NOVEMBRE 1927

HORS SÉRIE

LANCETTE FRANCAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

NUMÉRO DU CENTENAIRE

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

AUVRAY (M.), professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Laennec, membre de l'Académie de médecine.
BABONNEIX, médecin de la Charité.
BRELET, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.
CHASTENET DE GÉRY, chirurgien de l'hospice Paul Brousse.
COURTOIS-SUFFIT, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.
DELHERM, électroradiologiste de la Pitié.
FORGUE, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Montpellier, associé national de l'Académie de médecine, membre correspondant de l'Institut.
LANCE, assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades.
LEMIERRE, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
LERICHE, professeur à la Faculté de Strasbourg.
LHERMITTE, agrégé, médecin de l'hospice Paul Brousse.
MOULONGUET (P.), chirurgien des hôpitaux de Paris.
TOUPET (R.), chirurgien des hôpitaux de Paris.
RIBADEAU-DUMAS (H.), docteur en droit, avocat à la Cour d'appel.

PARIS

49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS, 49

PRIX DE CE NUMÉRO : 5 FR

R. C., 127.006, Seine.

NOVEMBRE 1927.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE



CACHET DE LA *LANCETTE FRANÇAISE*

1828

Le bureau est rue Christine, n° 5.
On s'abonne aussi chez les Directeurs des Postes et les principaux Libraires de Paris et des Départemens.

TOME 1ER. N° 1.

Le prix de l'abonnement est, pour Paris, de 18 fr. pour 6 mois, et de 20 fr. pour les départemens.

LA
LANCETTE FRANÇAISE,
GAZETTE
DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES,
PARAISSANT LES MARDI, JEUDI ET SAMEDI.

PARIS, SAMEDI 1ER NOVEMBRE 1828.

NOTRE CENTENAIRE

Le 1er novembre 1828, Fabre (de Marseille) faisait paraître le premier numéro de la LANCETTE FRANÇAISE. Le journal portait, en sous-titre : *Gazette des hôpitaux civils et militaires.*

Dès 1831, les mots GAZETTE DES HOPITAUX se détachent en gros caractères sur le titre du journal. La *Lancette française* passe au second plan, car, écrit Fabre « notre spécialité ce sont les faits recueillis



FABRE (DE MARSEILLE)
(Lith. Biographie des hommes du jour, 1840.)

dans les hôpitaux, la critique de ces faits et des institutions médicales ».

Depuis cette lointaine époque, bien des changements ont été apportés à l'aspect de notre journal, modifications plus ou moins apparentes, dues surtout à l'évolution des sciences médicales ou à des nécessités professionnelles.

Le fond est resté le même.

Pendant cent ans, la *Gazette* n'a pas cessé d'être un journal absolument indépendant, s'efforçant de tenir les praticiens et les étudiants au courant de tout ce qui pouvait leur être utile, s'efforçant aussi, par sa conscience, de mériter l'estime de ses lecteurs et de ses confrères (1). Elle a été singulièrement aidée dans sa tâche par ses rédacteurs en chef :

Fabre d'abord, son fondateur, en fait un organe de « propagation médicale » et de défense professionnelle ne reculant pas devant les polémiques les plus vives.

Avec Brochin père, l'orientation de la *Gazette* vers la clinique s'accentue nettement. Notre journal publie les plus beaux travaux du milieu du XIX[e] siècle et n'hésite pas, au besoin, à les critiquer avec le plus remarquable bon sens et une merveilleuse intuition de l'avenir.

Mais les sciences médicales se développent, les sociétés se multiplient, il devient impossible de faire de la critique médicale et on donne une plus large part aux cliniques et aux travaux originaux.

C'est alors, en 1887, que notre cher maître Ricard, succédant à Brochin père, institue, avec Albert Mathieu, les *Revues générales*. Cette création, véritable révolution dans la presse médicale, a donné à la *Gazette* un nouvel et prodigieux essor.

(1) Son importance lui a valu d'être l'organe officiel de la Société de chirurgie depuis sa fondation. Cette collaboration ne cessa qu'en 1875 lorsque la Société de chirurgie décida de publier elle-même son Bulletin. C'est un titre de noblesse qui devait être mentionné.

Depuis la retraite prématurée de Ricard, la direction scientifique de la *Gazette* est passée entre les mains de Babonneix et de Lance qui, avec Courtois-Suffit et Louis Le Sourd ont maintenu et développé les grandes traditions de notre journal.

Cette continuité dans l'esprit de la rédaction a été facilitée par la continuité dans la direction.

En cent ans, la *Gazette des hôpitaux* n'a eu que quatre directeurs : Fabre, de 1828 à 1848, Ernest Le Sourd, père, de 1848 à 1864, Ernest Le Sourd, fils, de 1864 à 1899, François Le Sourd, depuis 1899.

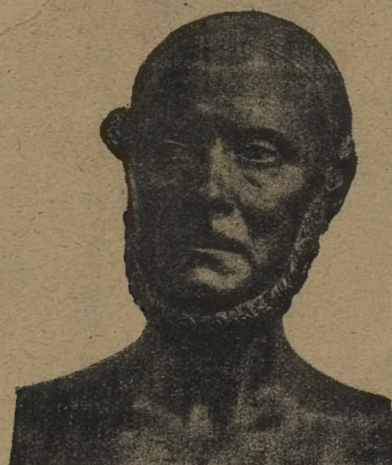
*
**

Au cours du siècle qui vient de se terminer, bien des événements ont paru menacer l'existence de la *Gazette* ; la révolution de 1848, le siège de Paris en 1871, enfin la grande guerre...

Si la *Gazette* a pu surmonter ces épreuves, c'est à la fidélité de ses lecteurs qu'elle le doit. Il est donc naturel qu'au début d'une rapide esquisse de la vie de notre journal, nous leur exprimions toute notre gratitude.

Un vieux dicton assure que les articles des journaux de médecine sont surtout faits pour ceux qui les rédigent. La *Gazette* a tenu à prouver le contraire, elle n'a jamais eu dans le passé, elle n'aura jamais d'autre ambition dans l'avenir que d'être utile à ceux qui lui font l'honneur de la lire.

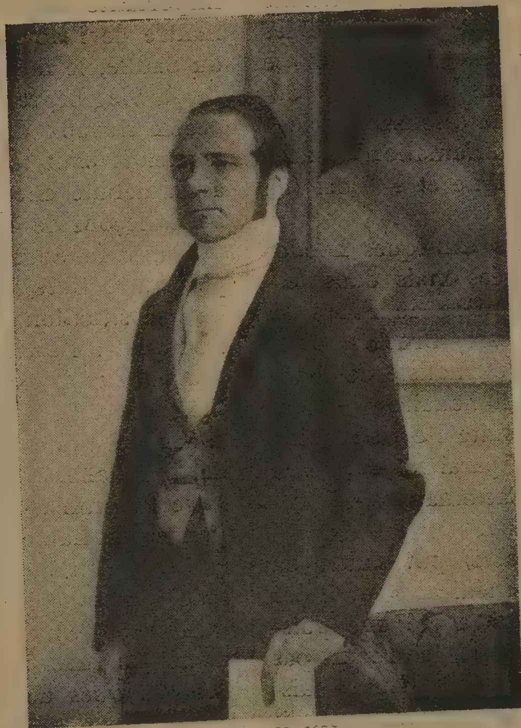
François LE SOURD.



FABRE

Buste attribué à David (d'Angers).

CENT ANS DE RÉDACTION



Ernest LE SOURD père
(D'après un daguerréotype.)



Ernest LE SOURD fils
(Cliché Sauvanaud.)



François LE SOURD
(Cliché Darby.)



Louis LE SOURD
(Cliché Melcy.)

FABRE ET LA FONDATION DU JOURNAL

Antoine-François-Hippolyte Fabre est né en 1797, à Marseille où son père était chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité. Il fit ses études à Paris et passa en 1824 sa thèse sur le Pemphigus (1). Trois ans plus tard il faisait ses débuts de journaliste dans la *Clinique des hôpitaux* (2) mais il ne tarda pas à la quitter. Avec un groupe d'anciens rédacteurs de *Clinique des hôpitaux* « séparés par des circonstances impérieuses d'un journal qu'ils s'étaient efforcés de placer avantageusement dans l'opinion » Fabre fonde en 1828 la Lancette Française

A cette époque il n'existait guère à Paris qu'une douzaine de publications médicales, la plupart étaient des recueils plutôt que des journaux. C'étaient la *Revue médicale* (1820) dans laquelle écrivaient Bailly, Esquirol et Récamier, les *Annales*, de Broussais, les *Archives générales de médecine*, la *Clinique des hôpitaux*, la *Gazette de santé*, qui devait se transformer en 1831 en *Gazette Médicale* avec Jules Guérin. A Bordeaux était publié le *Journal médical de la Gironde* qui existe toujours sur le nom de *Journal de médecine de Bordeaux*. A Londres, *The Lancet*, le grand périodique médical, paraissait depuis 1823.

Dès son apparition, la *Lancette française* donne des nouvelles scientifiques, des informations de Paris, de la France et de l'Etranger. C'est d'emblée un *Journal vivant*, rédigé par un homme jeune, plein de sentiments généreux et les traduisant avec une véritable fougue méridionale.

Fabre publie des leçons ou des résumés des leçons de Dupuytren, Chomel, Broussais, Cayol, Louis, Larrey, Boyer, Roux, Velpeau.

Il rend compte des opérations faites dans les services hospitaliers, les critique au besoin et donne quel-

(1) Parmi les nombreux travaux laissés par Fabre, il faut citer un mémoire sur *la méningite tuberculeuse*, couronné par l'Institut; *le Dictionnaire des Dictionnaires de médecine en 8 volumes* (1840), son livre sur *le Choléra Morbus* également couronné par l'Institut. Enfin un ouvrage assez rare maintenant, la *Némésis médicale*, recueil de satires, illustré par Daumier, dans lequel avec violence Fabre combat tous les abus ou les travers de la médecine.

(2) *La Clinique des hôpitaux* avait été fondée le 24 août 1827 par Lami, qui n'était pas médecin. Ce journal cessa de paraître en 1829. Lami fut tué pendant les journées de juillet 1830.

ques jours après des nouvelles des opérés, il fait une place aux faits cliniques recueillis par des praticiens de la ville ou de la campagne, enfin il critique les concours, les nominations de professeurs et tout ce qu'il croit injuste. Plus tard, nous le verrons défendre énergiquement la liberté de la discussion scientifique au cours d'un procès en diffamation intenté en 1843 par Jules Guérin à Malgaigne et à Vidal (de Cassis).

Fabre institue enfin les « Revues Cliniques hebdomadaires », qui ne sont pas signées mais dans lesquelles on peut reconnaître la manière de Fabre ou de ses collaborateurs : Alfred Foucart, Brochin père, Amédée Latour (Jean Raymond), journaliste de grande race dont les causeries hebdomadaires étaient très goûtées et qui fonda dans la suite l'*Union médicale ;* Roubaud, qui fit plus tard paraître la *France médicale ;* Montanier, Henri de Castelnau, etc.

Fabre mourut subitement en 1854.

A ses obsèques, Marchal (de Calvi) put saluer en lui le « créateur du journalisme médical » et il lui rendit justice en ajoutant : « Fabre a été une puissance, il avait une plume redoutée qu'il ne rendit pas vénale, il aurait pu s'enrichir, il mourut pauvre laissant à ses enfants pour tout héritage l'estime dont il était entouré. »

Albert BROCHIN et François LE SOURD.

BROCHIN ET SES COLLABORATEURS

Ernest Le Sourd père était propriétaire de la *Gazette* depuis 1848 ; il se montra un administrateur avisé en confiant la rédaction en chef à Hippolyte Brochin.

C'était encore un méridional qui allait présider aux destinées de la *Gazette.* Hippolyte Brochin était né à Carcassonne en 1808. Il avait fait ses études à Montpellier et s'était distingué à Marseille pendant la grande épidémie de choléra de 1832.

En 1837, il vient à Paris. Bientôt après il débute dans la *Gazette médicale,* dirigée par Jules Guérin.

Il entre, en 1853, à la *Gazette des hôpitaux.* Un an après il succède à Fabre comme rédacteur en chef et pendant trente-cinq ans, par son intelligence, par sa droiture et son travail il arrive à maintenir et à développer le grand renom de notre journal.

Ses « Premiers Paris », pleins de finesse et de bon sens resteront des modèles du genre et on ne sait ce que l'on doit le plus admirer de son talent d'exposition ou de la remarquable prescience avec laquelle il jugeait les faits nouveaux.

Brochin donna un grand développement aux « Revues Cliniques hebdomadaires » qui, jusqu'en 1887, constituèrent dans le journal un enseignement permanent de grande valeur.

Il fut aidé dans sa tâche par des collaborateurs tout à fait remarquables. Ce fut, d'abord, Victor Révillout, le frère du grand égyptologue. Victor Révillout était un journaliste de haute culture, son érudition profonde et son rare talent d'écrivain en ont fait un de nos collaborateurs les plus précieux. Ce furent encore Jamain, chirurgien des hôpitaux, admirable vulgarisateur ; Armand Desprès, aussi ardent à soutenir des paradoxes qu'à protester contre les injustices. Deux autres collaborateurs éminents ont occupé une place importante dans notre journal : Eugène Bouchut, le maître de l'Hôpital des Enfants malades, et Legrand du Saulle, le médecin de la Salpêtrière. Jusqu'à la fin de sa vie, Legrand du Saulle donna à la *Gazette* ses beaux travaux de médecine mentale et de médecine légale. Il était très attaché au journal dans lequel il avait débuté encore étudiant, en recueillant les plus belles leçons de Trousseau.

Ernest Le Sourd père disparut en 1864. Il avait apporté à la *Gazette* la grande expérience que lui donnait sa situation de directeur de plusieurs grands périodiques : l'*Univers illustré,* la *Revue de Paris,* le *Journal des Chemins de fer,* le *Moniteur vinicole.* Son fils, Ernest Le Sourd, lui succéda. Ancien Médecin de la Marine, ayant fait les campagnes de Crimée et d'Italie, il collaborait depuis plusieurs années à la *Gazette.* Avec Brochin et ses collaborateurs il sut conserver au journal la haute tenue qu'il avait acquise.

C'est d'ailleurs la grande époque du XIXe siècle, celle des travaux de Pasteur (1860-66) et de Villemin (1865-68). La *Gazette* donne de tous ces événements un reflet exact. C'est encore l'époque des grandes cliniques de Trousseau, les premiers travaux de Lister viennent d'apparaître et on prévoit le prodigieux essor de la chirurgie.

Brochin avec un tact, un sens de la mesure admirables, met en valeur les faits nouveaux et en tire pour ses lecteurs des conclusions pratiques et justes. C'est le plus bel éloge que l'on puisse faire de ce rédacteur en chef modèle, qui pendant trente-cinq ans soutint sans faiblesse une charge écrasante.

Louis LE SOURD.

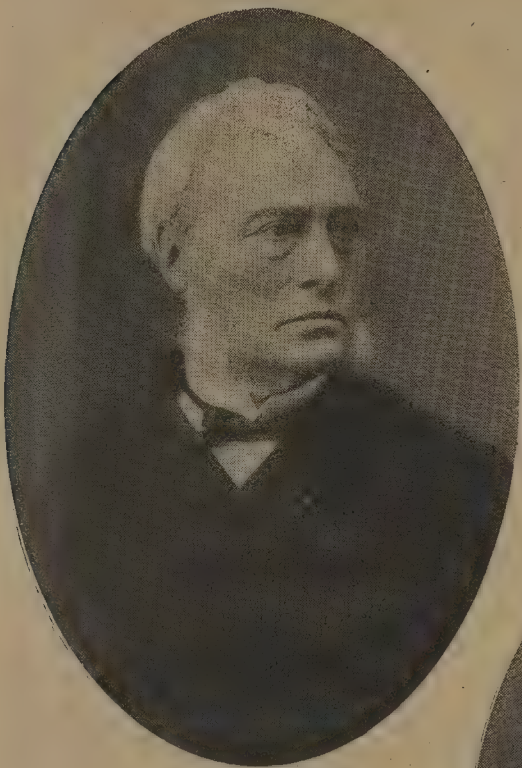
RICARD ET LES REVUES GÉNÉRALES

Hippolyte Brochin mourut en 1887, mon père confia le poste de rédacteur en chef et la rédaction chirurgicale à mon maître A. Ricard, alors prosecteur des hôpitaux ; la partie médicale de la rédaction revint à Albert Mathieu, à cette époque chef de clinique à la Faculté. C'est à cette heureuse association qu'est due la création des « Revues générales ».

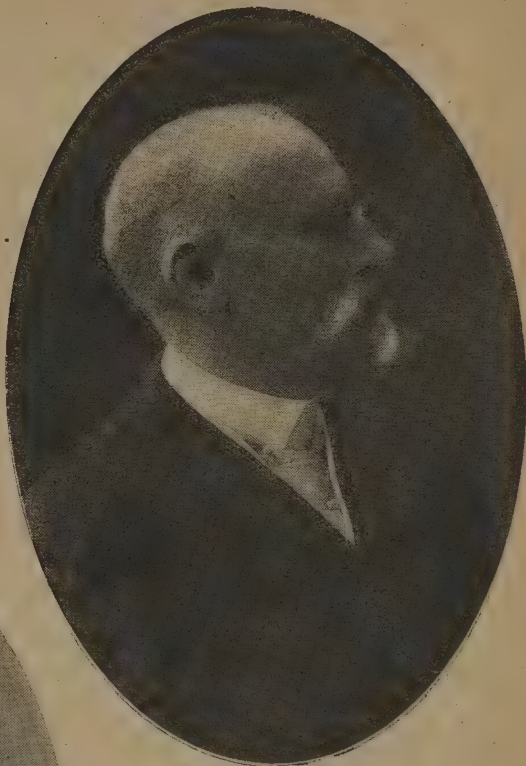
Ricard et Mathieu pensèrent très justement qu'avec l'évolution rapide de la médecine et la multiplication des spécialités il fallait trouver une nouvelle formule. Ils remplacèrent les « Revues Cliniques hebdomadaires » par des « Revues générales », mettant au point les questions les plus diverses. Personne ne pouvait mieux organiser un pareil service que Ricard, l'homme au robuste bon sens, aux idées claires et saines, et Mathieu dont l'œuvre en pathologie et en thérapeutique gastro-intestinale devait être si considérable.

Dès 1887 commença la publication des « Revues générales ».

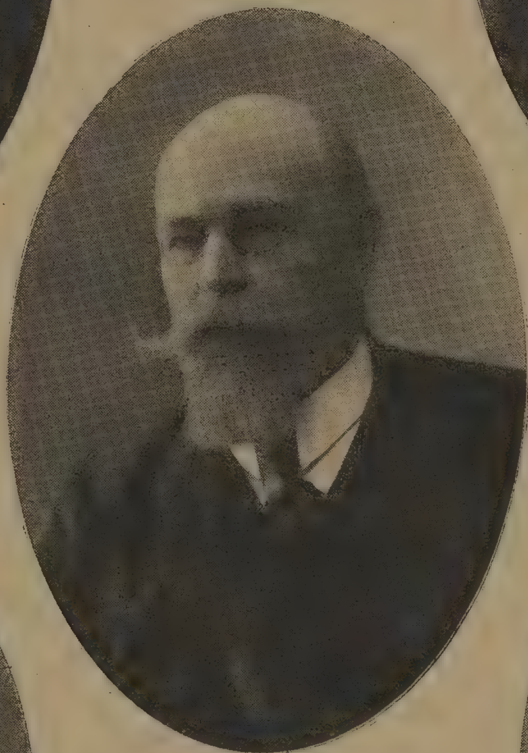
La première de ces Revues générales « Le drainage et l'évacuation continue de la vessie » est signée Henri Hartmann. On ne peut énumérer les noms de tous ceux qui, depuis 40 ans, collaborèrent ainsi à la *Gazette ;* ce serait nommer la plupart des maîtres de nos Facultés et de nos Ecoles de médecine, alors Internes ou chefs de clinique. Au milieu des jeunes auteurs se détache parfois le nom d'un de leurs maîtres : Verneuil, Péan, Farabeuf, Le Dentu... C'est dire com-



H. BROCHIN
(Cliché amateur.)



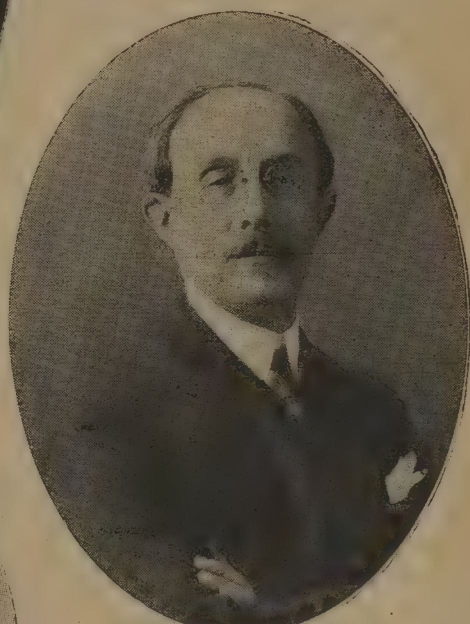
ALBERT BROCHIN
(Cliché Manuel.)



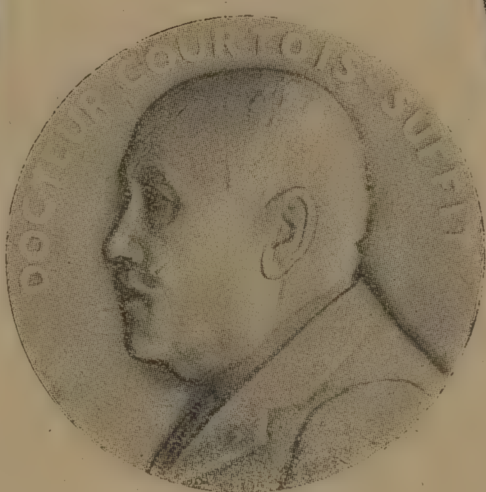
A. RICARD
(Cliché Manuel.)



M. LANCE
(Cliché amateur.)



L. BABONNEIX
(Cliché Braun.)



M. COURTOIS-SUFFIT
(Roger Bloche, sc.)

bien ce mode d'enseignement a été apprécié de tous et l'on comprend que le succès des Revues générales ne se soit jamais démenti.

A côté des Revues générales, les informations scientifiques qui devaient déjà beaucoup à Albert René, Gauja, Pichevin, prennent un nouveau développement avec Darras, Gaullieur l'Hardy et Gardner.

En même temps apparaissent, pour le délassement du lecteur, des variétés nombreuses. Rappelons les variétés dues à Camuset, l'auteur des charmants *Sonnets du docteur*, les articles de Maurice de Fleury, le plus exquis des écrivains, et les chroniques de Cabanès dont les trouvailles se renouvellent sans cesse.

En 1899, mon père fut enlevé après une courte maladie. Il ne m'appartient pas de dire tout ce que je dois à sa mémoire. Qu'ajouterais-je à la notice vraiment filiale écrite par Ricard dans la *Gazette* au moment de sa mort ? J'étais alors interne et la succession que j'étais appelé à prendre était bien lourde. Je trouvai en mon maître Ricard le meilleur, le plus dévoué et le plus sûr des guides. Comment dire le charme de ces conversations autour de la table de l'imprimerie où nous nous réunissions tous les deux jours. Quelle gratitude je garde de ces causeries où tout en discutant un de ces « Premiers Paris » dans lesquels il excellait, il me donnait, à son tour, des leçons de douce philosophie, de tolérance et de bonté. Malgré ses occupations accablantes, Ricard fut toujours fidèle au rendez-vous jusqu'au jour où, comme un sage, il décida de prendre sa retraite.

Au cours de mes premières années de direction, pendant lesquelles Albert Mathieu et Courtois-Suffit m'aidèrent avec un égal dévouement ; que de maîtres, — et je ne parle que des disparus, — sont entrés dans nos vieux bureaux. Je revois le grand Ollier, Léon Labbé, Dieulafoy, Jaboulay, Pozzi, l'inspecteur général Dujardin-Beaumetz, Félix Guyon, Grasset, Puech, J. Boeckel.

Quel souvenir plein d'émotion je garde de ce charmant Poncet ! Il avait fait ses débuts à la *Gazette* quand il était interne des hôpitaux de Lyon et il en était resté l'ami très fidèle.

Bien souvent il venait, avec son bon sourire, serrer la main de celui qu'il appelait plaisamment son « premier collaborateur ». Avec quelle chaleur il m'entretenait du rhumatisme tuberculeux ou de la tuberculose inflammatoire ! Outre ses propres travaux il m'apportait des articles de ses élèves, d'Alexis Carrel, de Bérard, de Tixier ou de René Leriche, qui veut bien représenter dans ce numéro son maître disparu.

Je reçus un jour la visite de Farabeuf, il venait m'offrir ses mémoires. Je le vois encore avec son cache-nez et son mac-farlane légendaires : « Le Sourd voulez-vous publier mes mémoires ? » — « Oui, mon cher maître, sans hésiter. » — « Je vous préviens qu'ils sont raides... ». A vrai dire, je m'en doutais, j'acceptai avec enthousiasme et Farabeuf me promit de les apporter sous peu... Un mois après il était mort, son fils est disparu aussi et je n'ai jamais pu savoir ce que sont devenus ces précieux mémoires.

BABONNEIX ET LANCE
ALBERT BROCHIN

Lorsque Ricard, à notre grand chagrin, jugea le moment venu de prendre sa retraite, la direction scientifique de la *Gazette* passa à nos chers amis Babonneix et Lance. Nos lecteurs les connaissent trop pour que j'aie besoin de dire tout ce qu'ils ont fait pour améliorer encore le journal, lui donner une plus grande sûreté d'informations en un temps où les sociétés savantes, les journées médicales, les réunions annuelles, les Congrès français, ou internationaux se multiplient, se pressent et laissent par leur ampleur bien loin en arrière les réunions des sociétés au temps de Fabre et le fameux congrès médical de 1845. Aussi combien sont utiles les actualités que signent Laumonier et Levent, les questions d'internat, et au point de vue professionnel les notes juridiques de Me H. Ribadeau Dumas.

Avec Babonneix et Lance, avec Courtois-Suffit, toujours fidèle, avec Louis Le Sourd et tout le groupe de collaborateurs dont quelques-uns seulement figurent dans ce numéro, la *Gazette* peut envisager l'avenir avec confiance.

A côté de nos rédacteurs je dois citer tout le personnel si dévoué de notre administration.

Depuis 1898, Mlle Brindel dirige nos services administratifs avec une compétence et un dévouement sans bornes. Aussi de quelle respectueuse affection est-elle entourée par nous tous.

Parmi nos très anciens collaborateurs figure encore notre ami, M. E. Thiollier. Aidé de son fils et de notre confrère Janicot, il conserve à nos services de publicité le caractère de loyauté et de confiance mutuelle qui est dans notre tradition.

Qu'il me soit enfin permis d'assurer de l'affection de toute la rédaction notre cher metteur en pages, M. Beaufrère, qui, depuis quarante-neuf ans, avec tant de ponctualité et d'intelligence, assure le plus délicat des services, assisté d'une admirable équipe.

Malgré sa grande ancienneté, M. Beaufrère n'est cependant pas notre doyen.

Albert Brochin, dès 1862, a été le bras droit de son père. Il a assuré, en particulier, les comptes rendus des sociétés, de l'Académie, de la Société de chirurgie. Personne mieux que lui ne sait donner de la vie au résumé d'une discussion. Il ajoute parfois son avis personnel, il le fait avec discrétion, mais tant de bon sens ! Sa longue expérience lui permet souvent de fixer un point d'histoire. Combien de fois ne l'avons-nous pas vu rendre à Péan ce qui lui appartenait, alors que beaucoup affectaient de l'ignorer.

Pendant de longues années je ne l'ai entendu appeler que le « jeune Brochin », le temps a passé. Si notre ami n'est plus *tout à fait* le « jeune Brochin » il a gardé de sa jeunesse l'activité, la bonne humeur, cette chaleur du cœur qui lui a valu tant de solides amitiés et aussi cette courtoisie de l'ancien temps qui est et restera la règle dans notre journal.

François LE SOURD.

REMARQUES A PROPOS DE 51 CAS PERSONNELS DE TRAUMATISMES CRANIENS

(FRACTURES ET CONTUSIONS CÉRÉBRALES)

OBSERVÉS PENDANT LES ANNÉES 1924, 1925 ET 1926

Par M. AUVRAY

Membre de l'Académie de médecine.

Dans cette étude les plaies du crâne par armes à feu ont été laissées de côté. Nous avons retenu seulement les traumatismes graves qualifiés fracture ou contusion cérébrale lorsque la fracture n'était pas évidente, mais seulement probable; en tout cas dans tous ces traumatismes il y avait du sang dans le liquide céphalorachidien en quantité plus ou moins notable, traduisant l'existence de la contusion. Ces traumatismes relevaient de causes multiples, mais nous insistons sur la grande fréquence des accidents de la rue provoqués par les véhicules de toute sorte.

— Ces accidents ont été beaucoup plus fréquents chez les hommes que chez les femmes ; sur 51 cas nous relevons 39 hommes et 12 femmes.

— La variété de la fracture la plus fréquente a été la fracture du rocher, souvent compliquée de fracture de l'étage antérieur (31 fois sur 51 cas) et encore nous ne parlons ici que des cas où il a été possible de la diagnostiquer cliniquement.

— Les signes cliniques observés chez nos blessés sont ceux qu'on a coutume de rencontrer chez les grands traumatisés du crâne. Je n'insisterai au point de vue clinique que sur les points suivants : des signes de localisation susceptibles de nous guider dans une intervention chirurgicale n'ont été que très exceptionnellement observés ; sur 22 cas de traumatismes craniens suivis en 1924 et sur 14 cas suivis en 1926, il n'est pas relevé un seul cas où il y ait eu des signes de localisation. En 1925, l'hémiplégie a constitué, dans un cas, un signe important de localisation ; le cas a été observé en été, alors que j'étais absent de mon service ; le blessé n'a pas été trépané, bien qu'il y eût du fait de l'hémiplégie, à mon avis, une indication à l'intervention. La même année Sauvé a trépané avec raison un blessé qui, après un intervalle libre de trois heures après l'accident, est entré peu à peu dans le coma; là encore il existait une indication nette à l'intervention chirurgicale.

Deux fois sur les 22 cas de 1924 nous avons assisté à des hémorragies se faisant par la trompe dans le pharynx et suivies de crachements de sang. Il s'agissait de fractures du rocher avec épanchement de sang dans la caisse et avec un tympan non perforé; celui-ci apparaissait à l'examen de l'oreille tendu et bleuté.

J'insiste sur ce fait que l'écoulement de liquide céphalo-rachidien succédant à l'écoulement sanguin par le nez ou les oreilles a été bien exceptionnellement observé chez nos blessés du crâne. Dans nos observations de 1924, il est signalé deux fois qu'il y a eu un écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien ; une fois l'écoulement s'est fait par le nez, l'autre fois il y a eu un écoulement profus par l'oreille ; ces écoulements ont été passagers. En 1925, sur 15 traumatisés, l'écoulement céphalo-rachidien n'est pas signalé une seule fois, et en 1926, sur 11 blessés on l'observe une seule fois. Il s'agit en somme d'un symptôme rare.

Des accidents de réaction méningée sont apparus dans un certain nombre de cas : 6 fois en 1924, 3 fois en 1925, 3 fois en 1926), de trois à six jours après la fracture ; ces accidents de réaction méningée sans infection (réaction hématolytique) se sont manifestés par de la céphalée, des vertiges, des nausées, des vomissements, de la raideur de la nuque, le signe de Kernig, de l'exagération des réflexes, de la photophobie ; le pouls a varié de 60 à 80 suivant les sujets, la température de 38 à 38°5. Ces accidents qui souvent au moment de leur apparition nous firent redouter l'infection méningée ont eu généralement une courte durée (deux à trois jours) et se sont terminés par la guérison ; dans les cas où le liquide céphalo-rachidien fut cultivé, il fut reconnu stérile.

La *question thérapeutique* est celle qui doit retenir plus particulièrement notre attention ; c'est elle que nous avons surtout en vue dans ce travail. Dans aucun des cas observés en 1924 et en 1926, il n'a existé d'indication précise à la trépanation (tel un enfoncement, des signes de localisation ou de compression, un intervalle lucide suivi de l'apparition progressive du coma et de phénomènes paralytiques). En 1925, j'ai déjà dit que dans un cas où il y avait hémiplégie gauche, j'aurais trépané, si j'avais été là, dans

l'espoir de découvrir un hématome comprimant la région motrice. La même année, mon assistant Sauvé a trépané un blessé chez lequel il y avait eu un intervalle lucide de trois heures suivi d'un état comateux et il a eu raison. Mais ce sont en somme les deux seuls cas sur 51 où il y ait eu une indication à trépaner d'emblée.

Sur les 51 cas de notre statistique, une seule fois (cas de Sauvé) la trépanation a donc été faite et elle a été suivie de mort très rapide ; l'opéré qui avait présenté une syncope grave au cours de la trépanation, a succombé une heure après celle-ci.

Trois de nos blessés n'ont subi aucun traitement ; 2 sont morts très rapidement après l'accident avant qu'on ait eu le temps de leur faire même une ponction lombaire, le troisième avait une fracture évidente du rocher, mais sans signes d'hypertension intra-cranienne ; ce blessé a guéri sans autre traitement que le traitement médical simple. Tous les autres traumatisés du crâne ont été traités par la ponction lombaire uniquement.

— En 1924, la ponction lombaire a été faite dans 20 cas sur 22 ; il y a eu 7 morts et 13 guérisons : 3 sont morts très rapidement après la blessure (six heures, huit heures, vingt-quatre heures), succombant à l'étendue des désordres encéphaliques ; un quatrième blessé est mort seulement au bout de trois jours, peut-être dans ce cas eût-on pu tenter d'associer la trépanation décompressive à la ponction lombaire. Un cinquième blessé qui avant son accident avait présenté déjà des troubles de circulation cérébrale, a succombé trente-six jours après l'accident, vraisemblablement à un nouvel ictus. Enfin 2 malades sont morts d'une méningite l'un au huitième jour, l'autre au treizième jour qu'une trépanation préventive n'eût probablement pas évitée. En somme chez ces blessés du crâne qui ont succombé, la mort était pour ainsi dire inévitable à quelque méthode de traitement qu'on eût recours, du fait de l'étendue des lésions encéphaliques et des accidents d'infection. Mais chez ceux qui ont survécu et en particulier chez quelques-uns, au nombre de 7, qui sont qualifiés de cas graves et très graves, s'accompagnant d'un grand état commotionnel et d'une quantité abondante de sang dans le liquide céphalo-rachidien, la ponction (répétée jusqu'à sept fois dans un cas) a eu une action favorable évidente.

— En 1925 la ponction lombaire a été pratiquée seule dans 14 cas sur 15 ; 2 de nos blessés sont morts, 11 ont guéri ; le quatorzième, qui n'a séjourné que quarante-huit heures dans notre service et a été ponctionné une seule fois, a réintégré son domicile en province, emmené par sa famille dans un état grave qui pouvait faire redouter une issue fatale ; j'ignore ce qu'il en est advenu. Des 2 morts, l'un a succombé au bout de quarante-huit heures ; c'est le blessé dont j'ai déjà parlé qui a présenté une hémiplégie gauche complète, la ponction lombaire n'a été pratiquée qu'une seule fois ; j'ai déjà dit qu'il eût certainement mieux valu recourir à la trépanation. L'autre a succombé douze jours après l'accident, il lui fut fait cinq ponctions lombaires ; on eût peut-être dû dans ce cas-là encore trépaner devant la persistance des accidents malgré les ponctions lombaires répétées. Au point de vue de la ponction lombaire, notre statistique de 1925 est moins intéressante que celle de l'année précédente, parce que dans 8 cas la lésion ne présentait pas une gravité bien grande et qu'il ne fut fait qu'une seule ponction ; la ponction pratiquée dans ces conditions était bien plus un élément de diagnostic qu'un élément thérapeutique. Cependant dans 3 cas graves, qui ont guéri, le rôle bienfaisant de la ponction lombaire répétée deux ou trois fois apparaît évident.

— En 1926, la ponction lombaire a été pratiquée comme seul moyen de traitement dans 13 cas sur 14 ; dans le quatorzième cas la mort est survenue en quatre heures sans qu'on ait appliqué aucune méthode thérapeutique. Des 13 cas ponctionnés, 2 sont morts rapidement dans les heures qui ont suivi l'accident, malgré la ponction lombaire qui a été faite précocement et qui a ramené du sang pur ; un troisième a quitté notre service sur sa demande et a été perdu de vue ; les 10 autres ont guéri. Ici le rôle bienfaisant de la ponction lombaire apparaît plus évident que dans la statistique de 1925 parce que les cas graves avec coma assez prolongé et liquide céphalo-rachidien très sanglant sont plus nombreux, on en compte 7 sur 10 ; plusieurs de ces cas ont nécessité jusqu'à trois et cinq ponctions et le liquide enlevé était toujours fortement sanglant.

— Si maintenant nous considérons les résultats d'ensemble fournis par la ponction lombaire dans le traitement des traumatismes craniens fermés pendant les trois années 1924-1925-1926, nous voyons que 47 de ces traumatisés ont été traités par la ponction lombaire avec 11 morts, 34 guérisons, 2 résultats inconnus chez des sujets qui ont quitté notre service et n'ont pas pu être suivis. Les 11 morts comprennent 5 morts qui se sont produites dans les quelques heures qui ont suivi l'accident du fait de l'étendue des désordres encéphaliques, je considère que ces cas étaient au-dessus des ressources chirurgicales, quel qu'ait été le mode de traitement. Deux blessés sont morts d'infection méningée ; je ne pense pas que la trépanation eût été plus apte que la ponction lombaire à prévenir l'infection qui a eu pour point de départ les cavités voisines du crâne. Dans les 4 autres cas, la mort est survenue plus tardivement (au bout de deux jours, trois jours, douze jours, trente-six jours); dans ce dernier cas la ponction lombaire répétée cinq fois avait eu une action favorable, la malade a succombé tardivement très probablement à un ictus comme elle en avait déjà fait un auparavant. En ce qui concerne les trois autres blessés, l'adjonction de la trépanation à la ponction lombaire aurait pu être discutée, j'y reviendrai dans quelques instants en traitant des indications de la trépanation.

Les guérisons sont au nombre de 34 ; sur ce chiffre il y a 17 cas qualifiés graves et très graves dans lesquels la ponction s'est montrée à elle seule efficace. Cette proportion élevée de cas graves est un argu-

ment très favorable à la ponction lombaire dans la thérapeutique des traumatismes craniens. Déjà en 1920, lorsque furent discutés devant la Société de chirurgie les mérites réciproques de la ponction lombaire et de la trépanation, j'avais apporté ma statistique de 1919 portant sur douze cas de traumatismes craniens, dont un seul avait été trépané avec succès, mais les onze autres, dont deux cas de moyenne gravité et six cas graves ou même très graves, avaient été traités par les ponctions lombaires associées au traitement médical ; ces onze blessés avaient guéri. C'était là sans doute une statistique particulièrement favorable et les séries ne peuvent pas être toutes semblables à celle qui précède.

La ponction lombaire nous paraît être un puissant moyen d'action qui compte actuellement de nombreux défenseurs puisque dans la discussion de 1920, à la Société de chirurgie, beaucoup d'orateurs, parmi lesquels je citerai Lecène, Broca, Quénu, Dujarrier, Mauclaire, Tuffier, P. Delbet, Jacob, Savariaud, Lenormant et moi-même ont soutenu la cause des ponctions lombaires répétées dans le traitement des fractures du crâne. Toutefois les bons résultats de la ponction lombaire ne doivent pas plus faire rejeter systématiquement la trépanation que celle-ci ne doit être systématiquement préconisée comme le font certains auteurs. La ponction lombaire a réussi dans un grand nombre de cas, voilà le fait, même dans des cas graves et très graves. Mais il faut savoir recourir à la trépanation dans certaines conditions bien déterminées.

D'abord la trépanation s'impose d'emblée lorsqu'il existe un enfoncement osseux en même temps que la fissure irradiée à la base, ou bien encore lorsqu'il existe des symptômes de foyer, de localisation, pouvant faire soupçonner la compression par un hématome par exemple d'un point déterminé de l'écorce cérébrale. — Dans des cas reconnus immédiatement très graves où il y a hypertension aiguë intra-cranienne, il me paraît indiqué d'associer assez rapidement la trépanation aux ponctions; on commencera par les ponctions qui permettront de diminuer l'hypertension, en attendant que le blessé soit préparé à subir la trépanation qu'il ne faut pas trop reculer. — La trépanation est aussi indiquée lorsque les ponctions lombaires n'amènent pas d'amélioration et qu'il y a persistance malgré les ponctions des accidents graves, du coma, dus à l'hypertension intra-cranienne. A plus forte raison faut-il trépaner, comme le réclame Pierre Delbet, si les accidents s'aggravent, s'il existe des signes d'hyperpression cérébrale progressive, si le pouls se ralentit progressivement en devenant très tendu, ce qui indique une augmentation de la pression sanguine en rapport avec l'hypertension intra-cranienne, si la respiration se ralentit, si les réflexes vont diminuant malgré la ponction lombaire, s'il y a de la mydriase. A plus forte raison faut-il trépaner, si ces signes apparaissent après un intervalle libre (Pierre Delbet). — Il serait encore indiqué de trépaner si on arrivait à cette conclusion que les espaces arachnoïdiens cérébraux et rachidiens ne communiquent pas, la ponction lombaire n'indiquant pas d'hyperpression rachidienne, alors qu'il existerait des signes cliniques manifestes d'hyperpression intra-cranienne.

Je tiens à rappeler en terminant que la ponction lombaire doit être faite avec certaines précautions. La décompression des centres nerveux ne doit pas être trop brusque pour éviter les accidents bulbaires, la céphalée, les accidents mortels même qui ont été observés ; on laissera le liquide s'écouler doucement, et on n'enlèvera que peu de liquide à la fois, de 10 à 20 cent. cubes, ce n'est qu'exceptionnellement que j'ai atteint 30 cent. cubes. La quantité de liquide soustrait a varié chez nos blessés du crâne, suivant que le liquide était plus ou moins chargé de sang, suivant sa tension et suivant la gravité des symptômes observés. Le nombre des ponctions pratiquées a été également très variable; certains de nos blessés du crâne qualifiés cas légers, chez lesquels le liquide céphalo-rachidien était seulement rosé, non hypertendu et même quelquefois hypotendu, n'ont subi qu'une seule ponction, celle-ci pouvant être considérée plutôt comme un élément de diagnostic que comme un élément thérapeutique. Mais dans les cas graves ou très graves on peut, on doit même répéter les ponctions ; dans ma statistique de l'année 1919 publiée à la Société de chirurgie, on voit que onze ponctions avaient été faites chez un de nos blessés en quinze jours ; chez un second douze en vingt jours, et chez un troisième treize en vingt-trois jours. Sans aller aussi loin, dans la plupart des cas on pourra se contenter de quatre, cinq, six ponctions.

Les bons effets de la ponction lombaire peuvent être très rapides ; j'ai vu dans certains cas des blessés reprendre connaissance aussitôt après la ponction. Celle-ci est également très utile pour calmer la céphalée qui persiste si souvent à la suite des blessures du crâne.

Ainsi comprise la ponction lombaire, associée au traitement médical habituel, est une arme puissante, à la portée de tous, qui est appelée à rendre les plus grands services dans le traitement des traumatismes craniens même les plus graves.

CERTAINES ATAXIES AIGUËS INFANTILES

RELÈVENT DE L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

Par M. L. BABONNEIX

Médecin de l'hôpital de la Charité.

« Sous le titre d'*ataxie aiguë* », dit M. Jacques Decourt dans son excellente thèse (1), « nombre d'auteurs, et surtout en Allemagne, ont rapporté des « faits qu'il est, à l'heure actuelle, fort difficile de « classer.

« Il s'agit sinon d'une maladie déterminée, du « moins d'un syndrome qui présente les caractères « généraux suivants :

« Début rapide en quelques instants, quelques jours, « généralement au milieu de phénomènes infectieux.

« Tableau d'une grande ataxie, de type cérébelleux, « accompagnée souvent de tremblement intentionnel « et de troubles de la parole rappelant ceux de la sclé- « rose en plaques. Nystagmus fréquent.

« Réflexes périostes et tendineux conservés, ordi- « nairement vifs, avec parfois du clonus et une in- « version du réflexe cutané plantaire.

« Absence habituelle de paralysies véritables, de « troubles sensitifs et sphinctériens.

« Evolution favorable, le plus souvent vers une gué- « rison rapide. »

Ces *ataxies aiguës de Leyden*, du nom de l'auteur qui les a le premier décrites en 1869, sont assez fréquentes chez l'enfant (2). Nous avons eu l'occasion d'en observer un certain nombre de cas, ces derniers temps.

Voici le plus intéressant d'entre eux.

***

Observation. — Anne X..., deux ans, vue le 13 juin 1927 pour troubles moteurs survenus il y a onze mois.

Quels sont ces troubles moteurs ? Il n'existe *aucun phénomène paralytique*, qu'il s'agisse des membres, du tronc ou de la face, mais on est frappé, dès l'abord, par le *caractère anormal* du *mouvement volontaire.*

La *marche* est mal assurée, hésitante, titubante, les pieds jetés brusquement de chaque côté de la ligne médiane, dont ils s'écartent d'une manière démesurée ; peut-être même existe-t-il un peu de talonnement. Quand elle se sent observée, la petite fille veut se hâter : ses pieds s'entrechoquent, ses jambes s'embarrassent, et on a l'impression qu'elle va tomber, la chute étant d'ailleurs rare. D'autres fois (et le fait a d'ailleurs attiré l'attention des parents), tout son corps, pendant qu'elle essaie de progresser, est comme ramené en arrière par une force invisible ; à ces phénomènes de rétropulsion se substitue, quoique assez rarement, de l'antépulsion. Malgré toutes ces anomalies, la marche ne semble point particulièrement pénible, et, toute la journée, l'enfant va et vient, parcourt la pièce où elle se trouve, va en explorer tous les recoins, répond à tous les appels sans paraître un instant fatiguée.

Nous n'avons pas constaté d'une façon nette de décomposition des mouvements du tronc et des jambes. Nous n'avons pu non plus, en raison du jeune âge de la patiente, chercher si l'occlusion des yeux modifiait ces troubles de la démarche.

Dans la *station verticale*, piétinement ininterrompu avec élargissement du polygone de sustentation ; instabilité choréiforme du tronc, des membres supérieurs et de la tête.

Les *mouvements des membres supérieurs* sont *incertains*, *maladroits ;* l'enfant éprouve une certaine difficulté à saisir les objets : sa main plane un moment avant de s'abattre sur eux.

Les seules anomalies motrices observées dans le domaine des *nerfs* craniens sont : 1° quelques oscillations de la tête, à l'occasion des mouvements volontaires ; 2° un peu *d'engouement :* la petite X... s'étrangle facilement quand elle boit. Mais il n'existe ni paralysie faciale, ni phénomènes oculaires : ptosis, nystagmus, strabisme, modifications pupillaires ; 3° une *salivation abondante*, datant du début des accidents.

D'une manière générale, il existe de l'*hypotonie :* celle-ci est surtout nette aux membres inférieurs, où l'on observe un double genu recurvatum.

La *parole* ne semble pas modifiée.

Nous n'avons pu constater aucun symptôme de *lésions pyramidales*. Les réflexes tendineux sont normaux. Il n'y a ni signe de Babinski ni trépidation spinale.

Il nous a été impossible de déceler le moindre *trouble psychique :* facultés critiques, caractère, sentiments affectifs ne différant pas de ceux qu'on observe chez une enfant du même âge.

L'état général n'a subi aucune altération.

En présence d'un tel ensemble symptomatique, impossible de ne pas porter le diagnostic d'ataxie. Mais de quelle nature ?

Question bien difficile à résoudre, et ce pour deux raisons :

1° Notre observation est incomplète, et parce qu'elle concerne un bébé, chez lequel il ne faut pas compter sur une exploration méthodique du système nerveux, et parce qu'il nous manque quelques données d'importance capitale : celles, en particulier, qu'auraient

(1) J. Decourt. Contribution à l'étude des ataxies aiguës. *Th. de Paris*, 1927, in-8° de 150 p., p. 110.

(2) Griffith. Ataxie aiguë infantile, *Arch. of Neurology and Psychiatry*, déc. 1921, p. 241.

fournies l'examen du fond d'œil, du liquide céphalo-rachidien et du sang ;

2° Les phénomènes observés semblent assez complexes. La rétro et l'antépulsion, l'instabilité choréiforme, la salivation font penser à une lésion des ganglions striés, l'ataxie statique, élargissement du polygone de sustentation, piétinement, et cinétique, démarche hésitante, titubante, ébrieuse, à une lésion cérébelleuse. Mais si l'on se rappelle que « les pieds « sont jetés brusquement de chaque côté de la ligne « médiane, dont ils s'écartent d'une manière démesurée, que peut-être existe-t-il même un peu de talonnement », comment ne pas évoquer l'idée d'une ataxie tabétique? Les tabétiques « élèvent brusquement « un pied, puis, au moment où ils le reposent, frappent lourdement le sol (ils *talonnent*); ils *fauchent*, « c'est-à-dire qu'ils lancent la jambe trop en dehors « pour la ramener ensuite trop en dedans ». Un peu plus tard, « ils progressent avec peine, et n'arrivent « à éviter la chute qu'en s'appuyant sur une canne « ou au bras de quelqu'un. Abandonnés à eux-mêmes, ils semblent d'abord cloués au sol. Enfin, ils « partent : leurs pieds s'entrechoquent, et ils ne tardent pas à tomber » (1).

Il s'agit donc, dans notre cas, d'une ataxie à caractères mixtes, rappelant à la fois l'ataxie tabétique et l'ataxie cérébelleuse, et présentant certains caractères de la symptomatologie striée.

***

Cette ataxie si spéciale, impossible malgré l'absence de certaines pièces du « dossier », de la rattacher à un tabes hérédo-spécifique. Outre que celui-ci est exceptionnel chez le nourrisson, il se caractérise par des signes qui, ici, font défaut : abolition des réflexes tendineux, signe d'Argyll-Robertson, etc. Il serait encore plus téméraire d'incriminer une sclérose en plaque ou une maladie de Friedreich. Il suffit, en effet, de prendre en considération les antécédents de l'enfant pour s'orienter aussitôt dans la bonne direction.

Antécédents héréditaires et personnels. — Les parents du bébé sont actuellement bien portants, de même qu'une sœur aînée âgée de six ans, mais la maman a fait il y a quelques années, une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire. La grossesse qui s'est terminée par la naissance de la petite Anne avait été médiocre. L'accouchement a eu lieu à terme et s'est effectué rapidement ; on n'a pas eu besoin de recourir au forceps. L'enfant, qui pesait 3 k. 200, a été élevée deux mois au lait condensé, puis au lait de vache frais, puis aux bouillies. On a eu quelques difficultés à la nourrir. Elle a eu sa première dent à cinq mois, en raison, probablement, d'un spasme du pharynx ; aussi est-elle restée longtemps délicate ; elle a commencé à marcher vers quatorze à quinze mois, et ne parle encore que très peu. Un grand oncle serait épileptique.

Histoire de la maladie. — Vers onze mois, *période de somnolence très nette*, avec petit mouvement fébrile et bientôt, troubles de la démarche, titubante. Il n'y a eu, à aucun moment, de modifications de caractère, de troubles sensoriels, de signes d'hypertension intracranienne. Différentes personnalités du monde médical parisien, dont MM. Aviragnet et Sicard, ont porté le diagnostic d'encéphalite léthargique avec d'autant plus de vraisemblance qu'il y en avait plusieurs cas dans la ville qu'habitait alors l'enfant. On a essayé sans succès l'urotropine, les extraits thyroïdiens à faible dose et les rayons ultra-violets. Il n'a été fait ni ponction lombaire, ni examen du fond de l'œil.

***

L'enfant a donc fait, à onze mois, une encéphalite léthargique typique. Si l'on se rappelle que les phénomènes actuels ont immédiatement succédé à la phase initiale de somnolence, qu'ils s'accompagnent de rétro et d'antépulsion, de salivation, impossible de ne pas établir entre celle-là et ceux-ci une relation de cause à effet, et de porter un autre diagnostic que celui d'ataxie postencéphalitique.

Des cas de ce genre n'ont pas encore beaucoup retenu les auteurs. Et, pourtant, ils ne sont pas exceptionnels. Sans prétendre en aucune manière à donner une bibliographie complète de la question, signalons que dans le premier des deux cas présentés par MM. Claude et Scheffer à la *Société médicale des hôpitaux*, le 24 février 1911 (p. 192 des *Bulletins*), la malade, âgée de quinze ans, avait souffert, au début, d'une somnolence et d'une torpeur continuelles, et que, parmi les symptômes, se trouvent mentionnés les spasmes faciaux et les paralysies des mouvements associés des yeux. Même somnolence dans le cas de M. P. Merle (*Société médicale des hôpitaux*, 17 oct. 1913, p. 325), concernant une fillette de six ans. MM. Cruchet, Moutier et Calmettes, dans leur note à la même Société (27 avril 1917), ne manquent point, parmi les formes de l'encéphalo-myélite disséminée, de signaler la forme ponto-cérébelleuse simple, avec ptosis, paralysie conjuguée des yeux, titubation cérébelleuse simple et ataxie aiguë. M. Griffith lui-même admet que les relations entre l'ataxie infantile et l'encéphalite épidémique sont du plus grand intérêt et suppose qu'avec les progrès de nos connaissances sur ce sujet, elles deviendront très probables. Il rappelle que, chez l'adulte, il existe une ataxie postencéphalitique et établit, non sans raison, un rapprochement entre l'ataxie aiguë et certaines formes d'encéphalite aiguë infantile accompagnées de myoclonies et de tremblement. Dans un certain nombre d'observations intitulées encéphalite à forme athétosique, ataxique, choréique, les phénomènes observés n'étaient-ils pas à quelques nuances près ceux de l'ataxie aiguë ?

***

Ne nous hâtons pas de rattacher à l'encéphalite toutes les ataxies aiguës de l'enfance ! Avançons seulement que le domaine de l'encéphalite aiguë infantile, déjà si vaste, s'étendra sans doute encore, qu'elle peut d'ores et déjà revendiquer certaines ataxies aiguës infantiles. Demandons aux chercheurs, quand ils se trouveront, chez un sujet jeune, en présence d'un tableau symptomatique rappelant l'affection décrite par Leyden, de songer à l'encéphalite épidémique.

(1) L. Babonneix, Tabes dorsualis, in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. XIX, 2e éd., Paris 1924.

PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS

Adénopathies
Lymphatisme
Tuberculoses
Arthritisme
Artério-Sclérose
Asthme

PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

R. C. 133.142. Seine



REMINÉRALISATION & RECALCIFICATION INTENSIVES

PAR

Autofixation, dans les Tissus, du Phosphate Tricalcique Naissant et Colloïdal.

Gaurol

NOUVEAU SEL ORGANIQUE
PHOSPHORÉ ET CALCIQUE
INTÉGRALEMENT ASSIMILABLE

(Communication à l'Académie des Sciences, 14 février 1921)

3 FORMES		
	AMPOULES	Injectables de 1 cc. Une ampoule par jour en injections sous-cutanées.
	COMPRIMÉS	1 à 3 comprimés par jour, suivant l'âge.
	GRANULÉ	1 à 3 cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE
A MM. LES DOCTEURS

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine)

Draeger.

RHUMATISME CHRONIQUE ET SYPHILIS

Par M. BRELET

Professeur à l'École de médecine de Nantes.

MM. Le Gendre et Martinet écrivaient en 1912 : « Les rhumatismes chroniques constituent un groupe complexe, dans lequel les cliniciens et les pathologistes n'ont pu encore démêler avec précision les influences étiologiques et pathogéniques » (1). Complexe, il l'est bien, le groupe des rhumatismes chroniques, puisque Teissier et Roque (2) le divisent et et y distinguent : le rhumatisme chronique déformant; le rhumatisme chronique succédant à une infection (rhumatisme articulaire aigu, blennorragie, tuberculose) ; le rhumatisme chronique d'origine toxique ou dyscrasique, rhumatisme goutteux.

C'est seulement dans les cas de rhumatisme chronique succédant à une infection que l'on peut facilement remonter à l'origine du mal et en reconstituer l'évolution clinique partant d'une étiologie certaine. On voit ainsi parfois un rhumatisme blennorragique passer à l'état chronique pour aboutir à une polyarthrite noueuse déformante, prédominant aux mains et aux pieds. Quelques observations ont été publiées de rhumatisme scarlatin devenu chronique, entre autres celle de Richardière et Péron, rhumatisme fixé à un cou-de-pied, un coude et deux doigts, celle de M. Variot, avec ankylose du coude gauche, déformation des doigts et double ankylose de l'articulation temporo-maxillaire. D'autres malades sont atteints de polyarthrites déformantes, après avoir eu quelque lésion bacillaire et c'est alors le rhumatisme chronique tuberculeux de Poncet.

L'étiologie du rhumatisme goutteux est déjà moins précise ; Teissier et Roque font remarquer que, pour la comprendre, il faut revenir à la conception des diathèses ; que la clinique montre l'étroite parenté reliant ce rhumatisme aux formes variées de l'arthritisme (gravelle, lithiases, diabète). Ce n'est pas de la goutte vraie, car le tophus manque ; c'est un état morbide spécial, tenant du rhumatisme par les arthrites et de la goutte par les lésions viscérales et vasculaires auxquelles il aboutit.

Reste à expliquer l'apparition du rhumatisme chronique déformant, rhumatisme noueux de Trousseau, surtout fréquent chez les femmes de quarante à soixante ans et particulièrement chez les femmes de la classe pauvre. Aussi voit-on beaucoup de cas de rhumatisme noueux dans les hospices de vieillards : c'est à l'Hospice de la Salpêtrière que Charcot et Trastour, vers la même époque, en recueillirent de nombreuses observations pour leurs thèses (1853), dans lesquelles ils firent une étude restée classique de cette affection. Pendant longtemps, il fut admis que la principale cause du rhumatisme chronique était l'humidité ; c'est, disent Teissier et Roque, la maladie qui guette les chasseurs à l'affût, les chasseurs au marais; c'est la maladie qu'engendrent le séjour dans une maison humide, l'habitation dans un rez-de-chaussée mal aéré ; c'est la maladie des laveuses, des égoutiers. Le froid humide serait, à lui seul, capable de créer le rhumatisme chronique progressif, en dehors de toute infection et de toute dyscrasie préexistante. Pour d'autres, le rhumatisme noueux doit être considéré comme une trophonévrose ; les arguments en faveur de cette théorie sont la ressemblance des déformations avec celles des maladies nerveuses, la marche symétrique des lésions, l'évolution ascendante à partir de l'extrémité des membres, l'exagération des réflexes (1). Plus récemment, on a pensé que le rhumatisme chronique dépendait peut-être d'un trouble fonctionnel des glandes endocrines, en particulier du corps thyroïde, d'où le conseil de prescrire, en pareil cas, un traitement thyroïdien.

Nous connaissons, en réalité, bien mal l'étiologie du rhumatisme noueux ; froid humide, trophonévrose, trouble endocrinien, cela reste assez vague et manque de précision. On désirerait voir peu à peu les cas de rhumatisme déformant d'origine indéterminée rentrer dans la catégorie des rhumatismes chroniques dépendant d'une infection. Parmi les infections chroniques, il en est deux, la tuberculose et la syphilis, dont la responsabilité est grande en pathologie ; on les incrimine souvent, trop souvent peut-être, mais il est bien certain qu'elles sont la cause de beaucoup d'affections. Nous ne reviendrons pas sur le rhumatisme tuberculeux de Poncet ; voyons seulement ce que l'on sait actuellement sur l'étiologie syphilitique du rhumatisme chronique déformant.

---

(1) LE GENDRE ET MARTINET. *Thérapeutique usuelle des Maladies de la nutrition.* Paris, 1912.

(2) TEISSIER et ROQUE. Art. RHUMATISMES CHRONIQUES. *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique*, Paris 1906.

(1) PÉROCHAUD, MIRALLIÉ et ARIN. De l'exagération des réflexes tendineux dans le rhumatisme chronique, *Gaz. méd. de Nantes*, 21 août 1897.

Dans les monographies les plus importantes écrites au XIX[e] siècle sur le rhumatisme chronique, il n'est jamais question de la syphilis à l'origine de cette affection. Mais voici qu'en 1901, E. Fournier relate l'observation d'une jeune fille de seize ans atteinte de déformations articulaires et présentant des cicatrices de gommes guéries par l'iodure de potassium; quelques autres observations sont publiées, les années suivantes, de rhumatisme chronique pouvant être rattaché à l'hérédo-syphilis, par exemlpe celle de Haushalter, qui examina un enfant de vingt-huit mois, hérédo-syphilitique, ayant un rhumatisme déformant des doigts, du poignet et du genou. Depuis 1915, l'étude des rapports du rhumatisme chronique et de la syphilis s'impose à l'attention et c'est M. Dufour (1) qui s'est particulièrement appliqué à élucider cette importante question; il a publié plusieurs cas dans lesquels l'étiologie syphilitique est indiscutable ; citons seulement celui d'une rhumatisante de quarante-deux ans, ayant une réaction de Wassermann positive et très améliorée par un traitement bismuthé, celui d'une femme de quarante-sept ans présentant, avec le rhumatisme noueux, de l'inégalité pupillaire, ayant un Wassermann positif, elle aussi très améliorée par le bismuth. L'étiologie syphilitique d'un certain nombre de cas de rhumatisme chronique est admise par Merklen, par MM. Carnot et Blamoutier (observation d'un rhumatisant ayant une lésion aortique et transformé par le novarséno-benzol), Harvier et Decourt (rhumatisante avec un tibia en lame de sabre). Nous trouvons encore dans la thèse de M. Vagnon (2) l'observation d'une rhumatisante chronique dont le mari était mort paralytique général. A Nantes, le professeur Urbain Monnier (3) fait une clinique sur les rhumatismes chroniques déformants d'origine hérédo-syphilitique: « C'est, dit-il, le mérite de Dufour et de ses élèves d'avoir montré que l'étiologie du rhumatisme déformant pouvait relever de la syphilis. Cette notion doit être toujours présente à l'esprit quand on examine un rhumatisant chronique. » Mais il ajoute: « Gardez-vous bien d'englober dans la syphilis tous les rhumatismes chroniques déformants. » Etudiant, dans une Revue générale, les formes cliniques de la syphilis articulaire, MM. Gilbert-Dreyfus et P. Bourgeois (4) consacrent un chapitre au rhumatisme chronique syphilitique et insistent sur les difficultés, parfois très grandes, du diagnostic étiologique. Souvent, en effet, comme l'a indiqué M. Dufour, il s'agit d'une syphilis atténuée, peu virulente, « évoluant à bas bruit, sournoisement, comme chez les hérédo-syphilitiques ou les femmes infectées par la conception. »

(1) DUFOUR, *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 12 mars 1915; DUFOUR et RAVINA, *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 29 juillet 1921; DUFOUR et DUCHON, *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 25 mai 1923, 2 nov. 1925; — Mme GEISMAR, *Th. de Paris*, 1922.

(2) VAGNON. Contribution à l'étude du rhumatisme chronique syphilitique. *Th. de Lyon*, 1924.

(3) MONNIER. *Gaz méd. de Nantes*, 1[er] nov. 1925.

(4) DREYFUS et BOURGEOIS, *Gazette des Hôpitaux*, 1925, n[os] 31 et 33.

Il existe donc très certainement des cas de rhumatisme noueux à l'origine desquels on retrouve la syphilis. Mais ces cas sont-ils fréquents ? MM. Haguenau et Bernard (1) ont examiné, à l'hospice d'Ivry, 31 rhumatisants chroniques et ils n'en ont trouvé qu'un ayant eu probablement la syphilis. M. Duhot (2) apporte une statistique de 51 cas avec un seul d'étiologie syphilitique et il conclut que la syphilis est un facteur possible de rhumatisme chronique, mais non le seul, ni le plus important.

A l'hospice Saint-Jacques de Nantes, nous avons, comme dans tous les hospices de vieillards, beaucoup de cas de rhumatisme chronique. J'ai conseillé à M. Martin (3) de faire, pour sa thèse, quelques recherches sur l'étiologie syphilitique de ces cas ; il a recueilli, dans le service de mon collègue le docteur Thibault et dans le mien, vingt observations; pour chacune d'elles, il a recherché dans les antécédents du malade tout ce qui pouvait faire soupçonner la syphilis ; il a fait une prise de sang ; les réactions de Wassermann, Hecht, Jacobstahl ont été pratiquées par le Docteur Ballet, professeur suppléant et chef des travaux de Bactériologie, qui a une très grande compétence en sérologie. Or, sur ces vingt malades, M. Martin n'en a trouvé aucun ayant quelque stigmate de syphilis ; dans un seul cas, la réaction de Wassermann était positive.

Cette statistique est très comparable à celles de MM. Haguenau et Bernard, de M. Duhot. En les réunissant, nous notons seulement trois syphilitiques sur un total de cent deux malades atteints de rhumatisme chronique professif déformant. Il semble donc bien que, dans les hospices de vieillards, l'étiologie syphilitique du rhumatisme noueux n'est pas fréquente. Pourquoi ces vieillards sont-ils atteints de polyarthrite déformante? Je n'en sais vraiment rien et je me rappelle volontiers cette phrase de M. Siredey : « La plupart des rhumatismes chroniques sont encore aussi peu connus à notre époque que l'étaient les affections de l'appareil respiratoire avant Laennec » (4).

(1) HAGUENAU et BERNARD, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 19 janv. 1923.

(2) DUHOT. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 30 nov. 1923.

(3) J. MARTIN. Rhumatisme chronique progressif déformant. Rapports avec la syphilis, *Thèse de Paris*, 1927.

(4) SIREDEY. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 12 mars 1925, p. 196.

LES FISTULES DERMOÏDES SACRO-COCCYGIENNES

Par M. CHASTENET DE GÉRY.

Chirurgien de l'hospice Paul Brousse.

Parmi les diverses lésions d'origine embryonnaire qui peuvent affecter la région sacro-coccygienne, les fistules dermoïdes n'occupent qu'une place modeste, trop modeste assurément. Pour les chirurgiens d'enfants, ce ne sont que des malformations sans importance et curieuses au seul point de vue du mécanisme de leur développement. Dans la pathologie de l'adulte, elles ne comptent pas davantage, passant pour très rares et dépourvues de toute gravité. Les traités classiques les ignorent ou se bornent à les mentionner. Leur histoire se fait avec des publications éparses et quelques monographies dont la plupart sont des thèses de doctorat.

Cependant les chirurgiens qui ont rencontré de ces fistules, du moins chez des sujets sortis de l'enfance, savent qu'elles méritent d'être mieux connues et considérées avec plus d'attention pour les raisons que voici : d'abord les erreurs de diagnostic à leur endroit sont fréquentes. Comme elles siègent dans une zone assez voisine de l'anus et à la hauteur du coccyx, on les prend presque toujours pour des fistules anales ou ostéopathiques. Ensuite, quoiqu'elles soient bénignes par nature, leur septicité constante fait qu'elles sont la source d'accidents locaux, voire généraux qui ne sont pas négligeables et dont la persistance ou la répétition trouble singulièrement la vie des malades. Enfin, tandis que mal traitées, elles récidivent perpétuellement, la guérison définitive en est assurée par l'exérèse totale, d'ordinaire facile à réaliser.

J'ai vu et opéré trois fistules sacro-coccygiennes. On en trouvera les observations à la fin de cet article. Elles sont typiques et illustrent assez bien, je crois, les remarques précédentes, ainsi que le bref exposé qui suit de nos connaissances sur cette affection.

Une première distinction s'impose. La malformation sacro-coccygienne peut revêtir plusieurs formes qui sont comme autant de degrés du trouble évolutif causal. Navarre, dans sa thèse, décrit la fossette, l'infundibulum, la fistule et la formation kystique fistuleuse. Ces termes sont suffisamment expressifs pour n'avoir pas besoin d'être autrement définis.

La fossette et l'infundibulum sont des dispositions fréquentes. Lannelongue a trouvé une dépression cutanée chez 95 des 130 sujets qu'il a examinés à ce point de vue. Heurtaux a rencontré l'infundibulum 42 fois sur 160 individus. La fistule paraît beaucoup plus rare et se voit surtout chez l'adulte. Le kyste, peut-être plus exceptionnel encore, appartient également à l'enfant et à l'adulte. Je n'envisage ici que la fistule ou le kyste fistulisé. Ce sont les formes les plus intéressantes, les seules qui constituent à vrai dire une entité pathologique, qui puissent prêter à l'erreur et doivent être traitées.

Les anatomistes se sont, les premiers, intéressés aux malformations congénitales de la région sacro-coccygienne. Roser, dès 1853, dans son Anatomie chirurgicale, en donnait même une explication qui n'est pas très éloignée des idées actuelles. On cite, après lui, Remack, Luschka, Krause. Puis les cliniciens comme Lawson Tait, Desprez, Féré, Lannelongue s'emparèrent à leur tour de cette question. Mais la partie pathogénique n'en est devenue un peu claire et précise que grâce au mémoire de Tourneux et Herrmann sur la persistance des vestiges médullaires coccygiens.

Vers le cinquième mois de la vie intra-utérine, au moment où les parties molles se développent considérablement et alors que le tronc se redresse, la peau de la région coccygienne est attirée par le ligament caudal et le filum terminal. Ainsi se forme une fossette ou un infundibulum ou même une fistule. Mais il semble que la fistule puisse provenir également d'une prolifération des vestiges coccygiens eux-mêmes.

La fistule, d'après Navarre, serait plus fréquente chez la femme. J.-C. Masson a trouvé une proportion inverse, 66 hommes sur 81 cas. Des 3 malades que j'ai observés, deux étaient des hommes.

La lésion apparaît à des âges très différents. Dans la statistique de Masson, le plus jeune sujet avait dix-neuf mois, le plus âgé cinquante-sept ans. Mes 3 malades avaient respectivement, au moment où leur malformation se révéla, trente ans, vingt et un ans et vingt-huit ans.

Les avis sont partagés sur le mode de début de la fistule. Celle-ci n'est-elle qu'un kyste ouvert à la peau ou, au contraire, le kyste n'est-il qu'une fistule bouchée et distendue par des produits de rétention? L'une et l'autre opinions se soutiennent et, d'ailleurs, ne s'excluent pas nécessairement. Le kyste dermoïde primitif me paraît en tout cas difficilement contestable. Chez certains malades, en effet, une petite tumeur sous-cutanée a précédé de fort longtemps la fistule.

Quoi qu'il en soit le début clinique de l'affection est presque toujours un abcès coccygien en apparence banal, qui s'ouvre spontanément ou est ouvert chirur-

gicalement et, dès lors, ne se referme plus que par intermittences. La fistule est constituée.

L'aspect sous lequel elle se présente est variable. Quel est son siège d'abord ? Navarre dit qu'elle s'ouvre en général à la hauteur de l'articulation sacro-coccygienne. Pour d'autres auteurs, comme Lockhart-Mummery, ce serait plutôt au niveau de la pointe du coccyx. On peut dire que l'orifice siège dans la région coccygienne, plus ou moins haut selon les cas, jamais au-dessous de la pointe de l'os. Il est habituellement sur la ligne médiane, quelquefois sur un des versants du sillon interfessier mais toujours à une petite distance de ce sillon. Il est punctiforme, plus rarement fissuraire, un peu caché dans une dépression en fossette, exceptionnellement au sommet d'une caroncule. Une même fistule peut avoir des orifices multiples. La peau voisine est souvent enflammée, rosée ou rougeâtre, ulcérée, parfois eczémateuse ou marquée de furoncles. Le liquide qui s'écoule de la fistule est jaune, gommeux ou franchement purulent.

Le trajet fistuleux se dirige de haut en bas dans le tissu cellulaire sous-cutané, plus ou moins parallèlement à la peau et son extrémité ou bien s'enfonce vers le coccyx ou bien, au contraire, revient vers la peau à la face profonde de laquelle elle semble se perdre. Habituellement rectiligne et étroit, ce cul-de-sac peut présenter des irrégularités de direction et de calibre. Ainsi est-il quelquefois dilaté ou au contraire rétréci à son extrémité. Sa longueur va de 2 à 8 centimètres.

Chez quelques sujets, la fistule comporte plusieurs canaux s'abouchant les uns dans les autres de façons diverses. Par exemple, deux canaux en V se jettent dans un autre longitudinal. Klemm a vu une fistule de 6 centimètres pourvue de quatre diverticules latéraux longs de 1 à 2 centimètres.

Le trajet n'aboutit jamais à un os dénudé ni à l'intestin. Pourtant, dans un cas publié par Lockhart-Mummery une fistule consécutive à l'incision d'un abcès coccygien s'était mise en communication avec le rectum.

Le canal dermoïde, toujours enflammé, n'offre intérieurement aucun aspect qui lui soit particulier, mais il peut contenir des poils. Quelques auteurs le nient, à tort certainement. Chez un de mes trois malades, les poils assez longs que j'ai trouvés dans la cavité m'eussent fait faire le diagnostic, si j'avais hésité sur la nature de l'affection et Masson indique que cet élément caractéristique existait dans 39 des 81 cas qu'il a réunis.

L'examen histologique de la paroi fistuleuse lèverait, au besoin, tous les doutes. A côté de certaines parties constituées par du tissu de granulation traduisant une réaction inflammatoire locale, on observe le revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié à couche cornée qui est le propre des fistules dermoïdes. Dans des cas très rares, un épithélium cylindrique a pu être rencontré. Sa présence s'explique par les aptitudes évolutives diverses des vestiges coccygiens.

Le diagnostic de l'affection est très facile, si l'on y songe. Néanmoins, comme je l'ai dit tout à l'heure, il est rarement fait. Un de mes malades traînait sa fistule depuis vingt-sept ans quand je l'ai vu pour la première fois. Chez les deux autres, l'affection quoique assez éloignée de son début était bien moins ancienne, mais elle avait été pareillement méconnue jusqu'à mon examen. On se rappellera que la fistule dermoïde s'ouvre dans la région coccygienne beaucoup plus loin de l'anus que les fistules anales, qu'elle est descendante, sous-cutanée, borgne, qu'elle n'aboutit ni au rectum — le cas de Lockhart-Mummery est unique — ni à un os dénudé, qu'elle ne s'accompagne d'aucune lésion cliniquement décelable du sacrum ni du coccyx.

La fistule a une évolution assez uniforme. Chez certains malades elle reste constamment ouverte et suintante. Ce n'est pas la règle. Presque toujours elle s'ouvre et se ferme alternativement, chacune de ses périodes d'activité et de repos étant d'une durée très variable selon les cas. Mais il s'agit bien d'une lésion chronique, qui ne guérit jamais spontanément.

Un traitement approprié la guérit par contre du premier coup et définitivement. Ce ne peut être, on le comprend, que l'excision de tout le trajet fistuleux. L'anesthésie locale m'a paru suffisante chez les trois malades que j'ai opérés. Sans doute, l'état de la peau dans la région opératoire n'est pas très favorable à ce mode d'anesthésie, mais il est possible d'améliorer préalablement les altérations cutanées par quelques pansements et le séjour au lit, puis une anesthésie encadrant les parties malades d'assez loin peut être faite aseptiquement.

La technique opératoire est simple et ne mérite pas une longue description. Le mieux est, en se guidant sur la sonde cannelée introduite d'abord dans le trajet, d'enlever la lésion en bloc et très largement. Mais si la fistule est irrégulière, si l'on a quelque raison de supposer qu'elle a des diverticules compliqués, il est plus prudent de l'ouvrir d'un bout à l'autre avant de l'enlever. La dissection doit être particulièrement minutieuse vers l'extrémité de la fistule. Celle-ci, en effet, se termine quelquefois par un cul-de-sac filiforme dans lequel ne pénètre pas la sonde et qui, cependant, doit être enlevé, si l'on veut éviter à coup sûr la récidive. Ce canalicule terminal se reconnaît du reste assez bien. Il forme un tractus blanchâtre qui tranche sur la graisse voisine et se tend quand on tire sur la partie déjà isolée de la fistule. Faut-il suturer ou tamponner la brèche opératoire ? J'ai toujours suturé. Il n'est d'ailleurs pas facile d'affronter correctement au fond du sillon interfessier deux lèvres cutanées qui ont la plus grande tendance à s'inverser.

Dans un cas, j'ai obtenu une réunion par première intention. Dans un autre j'ai dû désunir complètement et attendre la cicatrisation par bourgeonnement. Dans le troisième, il m'a fallu enlever deux fils pour évacuer un peu de sang et de pus, mais la plaie ne s'est pas désunie et la guérison n'a pas été sensiblement retardée par cet incident.

Voici mes observations :

I. La première date de la guerre. Dans un hôpital de l'intérieur dont j'étais alors le chirurgien, je reçus un jour, parmi les blessés d'un convoi, un confrère, médecin aide-major, évacué des formations sanitaires de l'avant pour une fistule de la région coccygienne, étiquetée fistule tuberculeuse. Le malade, âgé de trente et un ans, était un

homme grand et très robuste qui pesait, sans être vraiment obèse, une centaine de kilogs. Il racontait l'histoire suivante : vers la fin d'août 1914, à la suite d'un choc, il avait eu dans la région interfessière un hématome qui s'était infecté puis ouvert spontanément au bout de quelques jours. La guérison avait été rapide. En novembre suivant, une sorte de phlyctène s'était formée au même endroit, laissant à sa suite une ulcération lente à se cicatriser et une nodosité superficielle. Celle-ci, un an plus tard (novembre 1915) devint le siège d'un abcès qui s'ouvrit et se fistulisa.

Je vis le malade à la fin de décembre 1915. L'orifice de la fistule se trouvait dans la région coccygienne, sur un des versants du sillon interfessier, à 3 centimètres environ de la ligne médiane. La sonde cannelée pénétrait dans un trajet sous-cutané long de 3 à 4 centimètres qui se dirigeait obliquement vers la ligne médiane et se perdait dans les parties molles.

Le 11 janvier 1916, sous anesthésie locale, j'ouvris la fistule. Elle était tapissée par une membrane molle et rougeâtre et dans sa partie la plus profonde, contenait trois ou quatre poils longs de 2 centimètres environ. En ce point, qui correspondait sensiblement à la ligne médiane, je découvris un diverticule long de 1 centimètre et demi, descendant sous la peau du sillon médian et dont la direction faisait un angle obtus avec celle de la fistule. Le canal dermoïde ayant été ouvert et isolé dans toute son étendue fut enlevé largement, c'est-à-dire avec une couche assez épaisse des tissus voisins. La suture avec des crins profonds tint parfaitement et la réunion se fit par première intention. J'ai eu quelques mois plus tard des nouvelles du malade qui était resté complètement guéri.

II. — Mlle B... s'aperçut, à l'âge de vingt et un ans, qu'elle avait dans la région coccygienne une petite grosseur, indolore, du volume d'une cerise. Deux ans plus tard, en 1916, le nodule grossit, s'enflamma et s'ouvrit. Il s'écoula du sang et du pus et la plaie ne s'étant pas refermée laissa à sa suite une fistule. Celle-ci dont l'orifice était à 8 centimètres environ de l'anus, avait alors plusieurs centimètres de longueur, paraît-il. En 1917, un des médecins consultés, sans se prononcer sur la nature de la maladie, pratiqua un traitement assez singulier. Il fit, autour de la fistule, une série d'injections d'un liquide inconnu de la malade, une injection par mois, dix en tout. La guérison ne fut pas obtenue. La fistule n'a pas cessé, en effet, depuis de s'ouvrir et de se fermer alternativement.

La malade me consulte en novembre 1923. Sa fistule est dans une période d'inactivité. En examinant la région interfessière, on voit, à la hauteur du coccyx, une petite dépression longitudinale au fond de laquelle s'ouvrent trois pertuis minuscules, superposés et distants l'un de l'autre de quelques millimètres. La peau a, par places, un aspect cicatriciel. Actuellement, il n'y a aucun suintement par les pertuis dans lesquels le stylet ne pénètre qu'avec peine. En palpant on sent une induration sous-cutanée mobile sur le plan osseux sous-jacent.

Le 13 novembre 1923, sous-anesthésie locale, je pratique une ablation large de la zone déprimée fistuleuse et des tissus indurés sous-jacents, en creusant de part et d'autre de cette zone une tranchée qui va jusqu'au coccyx. Malgré l'étendue de l'exérèse, mes incisions rencontrent dans la graisse des tractus fibreux dont quelques-uns paraissent canaliculés. Toutes ces parties suspectes sont enlevées par une résection complémentaire des tissus bordant la tranchée. Suture sur un petit drain. Dans les jours suivants, désunion partielle de la plaie dont la cicatrication, malgré des pansements soignés, ne progresse pas.

Le 25 novembre, la plaie opératoire est totalement rouverte. Sur une de ses parois, on remarque une dépression grisâtre dans laquelle le stylet s'enfonce un peu et qui est sans doute un débris de canalicule dermoïde. Nouvelle résection d'une tranche de tissus à ce niveau. Tamponnement à la gaze iodoformée. Cicatrisation progressive et régulière en six semaines. La guérison a été définitive et m'a encore été confirmée tout récemment.

Ici les conditions opératoires étaient défavorables. D'abord, contrairement à ce qu'on pourrait croire a priori, il vaut mieux opérer la fistule en pleine activité que lorsqu'elle est tarie et réduite à l'état d'un tractus fibreux, peu facile à identifier. En outre, il est probable que dans ce cas le canal fistuleux avait de nombreuses ramifications et que la lésion dans son ensemble avait été bouleversée par les injections sclérosantes du traitement antérieur. Quoi qu'il en soit, le fait est instructif ; il montre qu'on ne peut obtenir la guérison si l'on laisse le moindre débris de la malformation congénitale.

III. — M. P. F..., cinquante-cinq ans, commerçant, est atteint, à l'âge de vingt-huit ans, d'un abcès sous-cutané, dans la région sacro-coccygienne. L'abcès incisé guérit rapidement. Au bout d'un an, nouvel abcès à la même place, traité et évoluant comme le premier. Le malade présente ainsi, toujours au même endroit et pendant plusieurs années, une série d'abcès. A partir de 1902, on ne peut plus parler d'abcès, la lésion a pris un caractère nettement fistuleux. La fistule se ferme pendant deux, trois ou quatre semaines, puis se rouvre, secrète un certain temps, se referme à nouveau et ainsi de suite. L'existence du malade a été empoisonnée par cette affection récidivant sans trêve depuis vingt-sept ans.

Mais elle l'a été aussi par des poussées d'arthrite qui, depuis 1902, tous les ans et pendant des périodes de trois à six mois, le forcent à garder le lit. Les genoux, les tibio-tarsiennes, les coudes sont atteints ensemble ou séparément. Ces arthrites sont caractérisées par du gonflement articulaire, des douleurs extrêmement vives, une impotence complète et une fièvre plus ou moins élevée. S'agit-il d'un pseudo-rhumatisme infectieux ayant pour point de départ la lésion sacro-coccygienne infectée ? Cela paraît très vraisemblable. Quoique le malade ait consulté divers médecins ou chirurgiens, tant pour la fistule que pour les arthrites, aucun avis n'a été émis sur ce point et aucun traitement d'ailleurs n'a pu le guérir.

Le malade m'est présenté le 25 novembre 1926 avec le diagnostic de fistule ostéopathique et une radiographie du sacrum qui semble confirmer ce diagnostic. C'est un homme corpulent, marchant avec un peu de difficulté par suite de la raideur articulaire que lui ont laissée ses arthrites. Il a dans la région sacro-coccygienne, vers la base du coccyx et un peu au-dessous, une zone légèrement violacée, déprimée et vaguement cicatricielle ayant une étendue de 6 centimètres en hauteur sur 2 à 3 en largeur, à la partie moyenne de laquelle s'ouvre la fistule. Celle-ci dirigée de haut en bas, longue de 3 centimètres environ paraît se terminer dans les parties molles sous-cutanées. Il n'y a aucun contact osseux et pas le moindre signe clinique de lésion sacrée ou coccygienne. La radiographie ne parle vraiment pas dans le sens de l'ostéite. Le diagnostic de fistule dermoïde s'impose.

Le 26 décembre 1926, ablation de la fistule, sous anesthésie locale. La peau malade et l'orifice du trajet circonscrits par deux incisions curvilignes sont détachés des parties saines voisines. Puis la fistule est disséquée de haut en bas. Mais je m'aperçois qu'elle ne finit pas là où s'arrête la pointe de la sonde cannelée. Elle se prolonge par un canalicule blanchâtre, à paroi fibreuse et épaisse, long de 2 à 3 centimètres et fixé par son extrémité à la face profonde de la peau. Le canal est enlevé dans sa totalité. Suture aux crins en capiton.

Il fallut, à cause d'un peu de rougeur de la plaie, faire

sauter un ou deux points pour donner issue à quelques gouttes de sang et de liquide séro-purulent. Mais la plaie ne se désunit pas et se cicatrisa complètement en trois semaines.

La guérison date actuellement de neuf mois. Elle peut être considérée comme définitive. D'autre part, les troubles articulaires se sont remarquablement améliorés depuis que la fistule a disparu.

L'examen histologique de la pièce enlevée a été pratiqué au laboratoire du Professeur Roussy. En voici le résultat :

Dans sa partie externe et moyenne, la paroi de la fistule est constituée par un tissu conjonctif en réaction inflammatoire, du type bourgeon charnu avec dans la profondeur un tissu très scléreux (fibres collagènes et nombreuses fibres élastiques).

Dans la portion terminale profonde, on note un canal bordé par un épithélium malpighien corné. Il s'agit donc d'une fistule congénitale.



LA *GAZETTE DES HOPITAUX* A VENISE

Cliché *Gazette des Hôpitaux*.

En janvier 1910, la crue de la Seine transforma la rue Saint-André-des-Arts en une rivière. Pour arriver dans nos bureaux, il fallait prendre un bachot à l'angle de la rue de l'Ancienne-Comédie. Le « gondolier » pénétrait sous la porte cochère et déposait ses voyageurs sur le palier de l'escalier...


Thérapeutique cardio-vasculaire
COMPRIMÉS DE
SPASMOSÉDINE
Antispasmodique
Sédatif Nerveux
(Phényl éthyl malonylurée, Bromhydrate de quinine, Cratægus)
ÉCHANTILLONS et
:: LITTÉRATURE ::
LABORATOIRES DEGLAUDE
Médicaments cardiaques spécialisés
6, Rue d'Assas
PARIS (VIe)
Le premier sédatif et antispasmodique spécialement mis au point pour la thérapeutique cardio-vasculaire
Petites Doses 15 gouttes par jour
Doses Moyennes 30 gouttes par jour
COMPLEXE TONICARDIAQUE
Association Digitaline-Ouabaïne
DIGIBAÏNE
NOM DÉPOSÉ
Echantillons
Littérature
LABORATOIRES DEGLAUDE
6 Rue d'Assas
PARIS VIe

LES INJECTIONS VAGINALES

Il est aujourd'hui reconnu que les organes génitaux externes de toute femme saine renferment de nombreux germes pathogènes, saprophytes, sarcines, diplocoques, colibacilles ou autres. La virulence de ces microbes qui, à l'état normal, est très atténué peut acquérir une violence particulière sous l'influence de causes étrangères.

A l'état de santé, la nécessité des injections ou lavages antiseptiques du conduit vulvo-vaginal s'impose donc. A l'état pathologique (lésions utérines, annexielles ou vaginales) on ne peut concevoir aucune thérapeutique sans injections ou lavages gynécologiques désinfectants et décongestifs. Question de grande importance pratique parce que les injections quotidiennes sont faites par les malades elles-mêmes, il est indispensable donc de ne pas laisser entre leurs mains un agent désinfectant toxique ou caustique par crainte d'erreurs possibles ou d'effets fâcheux.

Il ne paraît pas possible d'utiliser le sublimé ou les sels mercuriels qui, en dehors de leur toxicité considérable, irritent la muqueuse, sont absorbés par elle et déterminent des troubles cutanés ; le permanganate est un excellent désinfectant gynécologique mais mal accepté par la clientèle, il tache le linge, les bassins et la peau: dans plusieurs cas, des doses trop élevées de permanganate ont amené de l'atrésie vaginale ou vulvaire par causticité. Le formol serait un bon antiseptique s'il n'émettait pas des vapeurs irritantes. On utilise à sa place aujourd'hui le LUSOFORME, savon liquide, renfermant 20 p. 100 de formol et complètement sans inconvénients. De plus, grâce à son alcalinité, les mucosités sont dissoutes, le milieu humoral acide est transformé et l'action germicide devient plus pénétrante. Les effets désodorisants du formol se développent ainsi sur toute l'étendue de la muqueuse vulvo-vaginale et l'absence de causticité et de toxicité le rendent utilisable dans tous les cas et dans tous les milieux.

Les gynécologues utilisent une solution de LUSOFORME de 1/4 à 1/2 p. 100 et lui reconnaissent des effets antiseptiques égaux à ceux du sublimé, mais plus nettement désodorisants, et dans les leucorrhées, les vaginites, les vulvites, bartholinites, métrites, avec des résultats sérieux. La désodorisation des leucorrhées fétides n'est possible qu'à l'aide des injections vaginales, cette fétidité est un symptôme courant de l'épithélioma utérin. La métrite sénile, l'emploi du pessaire s'accompagnent aussi d'un écoulement nauséabond. Après les hystérectomies, après les amputations du col, les pertes fétides viennent alors des débris sphacélés. Dans tous ces cas particuliers la désodorisation est plus complète avec le LUSOFORME qu'avec l'eau oxygénée ou la liqueur de Labarraque.

En général les malades ne savent pas prendre les injections vaginales, presque toujours le liquide n'a pas une température assez élevée; or, il faut obtenir au moins 45 degrés pour que la décongestion des organes s'opère. Voici le moyen d'obtenir une injection à la chaleur voulue : on verse dans le bock un litre d'eau fraîche, une à deux cuillerées à café de LUSOFORME, on agite avec la canule, puis on verse un litre d'eau *bouillante*, le mélange ainsi obtenu a environ 45 degrés et donne une solution de 1/4 à 1/2 p. 100 en Lusoforme.

Il faut aussi indiquer aux malades de prendre les injections dans la position couchée, de mettre le bock à faible hauteur, et la nécessité de déprimer la fourchette périnéale. Ainsi pratiquée la désinfection du vagin est complète, ses effets se font rapidement sentir sur les organes profonds, les douleurs lombaires ou pelviennes disparaissent, les pertes leucorrhéiques se raréfient et une amélioration s'observe presque toujours.

M. LORTAL.

UN SIÈCLE DE RESPONSABILITÉ MÉDICALE

PAR MM.

COURTOIS-SUFFIT
Médecin des hôpitaux de Paris.

Francis BOURGEOIS
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

En 1825, il ya donc un peu plus de cent ans, le docteur Hélie (de Domfront) était appelé pour accoucher une femme dont l'enfant se présentait par l'épaule. Il amputa le bras qui sortait; puis, à la vue de l'autre bras, nouvelle amputation ! Malgré cette terrible mutilation, l'enfant vint au monde vivant et survécut.

L'affaire fit, à l'époque, un bruit considérable. La responsabilité du médecin fut mise en cause et, l'Académie de médecine ayant été consultée en 1828, c'est à propos de cette affaire que le docteur DOUBLE développa sa théorie de l'irresponsabilité absolue du médecin, qui fut adoptée par l'Académie (1).

Le Tribunal n'en condamna pas moins le docteur Hélie à servir une rente viagère de 200 francs à l'enfant mutilé.

Double était d'avis que le fait d'avoir obtenu un diplôme, conférait aux médecins un mandat illimité auprès de leurs malades, et que, par conséquent, on ne pouvait les rendre responsables des accidents survenant au cours de leurs opérations scientifiques, au cours des traitements institués ou encore du fait de leurs opinions médicales ou chirurgicales.

Pour cet auteur, l'art de guérir ne pouvait être profitable aux malades qu'à cette condition.

Ceci se passait en 1829...

Dans un arrêt en date du 18 juin 1835, la Cour de Cassation a contredit nettement cette thèse de l'irresponsabilité absolue.

C'est dans cet arrêt que furent développées les conclusions bien connues de l'avocat général DUPIN, qui eurent longtemps pour ainsi dire force de loi : « Les tribunaux ne sont pas qualifiés pour apprécier la valeur de certaines théories scientifiques, de certaines techniques opératoires, de certaines méthodes thérapeutiques. Par contre, le médecin, comme tous ses concitoyens, est civilement et pénalement responsable de son imprudence, de son ignorance, de sa négligence... »

Mais il était bien entendu, ainsi que l'a fait remarquer le professeur GARÇON, que dans l'esprit de cette jurisprudence, seules les fautes vraiment lourdes devaient entraîner la responsabilité du médecin et qu'il ne serait pas fait état des résultats d'une finesse plus ou moins grande de diagnostic, d'une habileté chirurgicale plus ou moins développée, qui pourraient faire que tel malade aurait été mieux traité entre les mains de tel médecin, plus instruit ou plus habile qu'un autre.

(1) Cf. *Lancette française*, t. I, p. 95, 196, 222, 226, 234, 239, 246.

***

Nous ne rappellerons pas ici les nombreux cas dans lesquels des médecins ont pu, à tort ou à raison, être poursuivis devant les tribunaux. Nous renvoyons, pour plus de détails, à un de nos précédents travaux publiés sur cette question (1).

Nous voulons seulement, dans le cadre limité de cet article, montrer comment, pendant un siècle, a évolué au point de vue juridique et au point de vue social, cette notion de la responsabilité du médecin. La question préoccupe à juste titre la corporation médicale, aussi bien en France qu'à l'étranger. Elle était à l'ordre du jour du XIXe Congrès belge de médecine professionnelle, qui vient de se tenir à Huy, le 30 juillet 1927.

Nous avons été heureux de constater que le rapporteur, M. le professeur de LAET, de l'Université de Bruxelles, était en pleine communauté d'idées avec la majorité de ses confrères français.

Suivant le plan de l'éminent rapporteur, rappelons que la responsabilité du médecin peut se trouver engagée dans les diverses circonstances suivantes :

A. Responsabilité du médecin traitant. — *Le médecin est-il obligé de donner ses soins à un malade qui les réclame?*

Légalement, non : sauf lorsqu'il est requis par une autorité qualifiée. Il est cependant d'usage courant qu'un médecin qui a commencé à donner ses soins à un malade, ne doit pas l'abandonner sans motif grave, en cours de traitement et sans lui avoir procuré un remplaçant.

La justice se montre néanmoins de plus en plus sévère : tandis qu'en 1844 on acquittait un médecin qui avait refusé d'aller accoucher une femme qui

(1) COURTOIS-SUFFIT et BOURGEOIS. La responsabilité médicale. Préface de Me HENRI ROBERT. *Paris Médical*, 23 juillet 1921.

mourut par suite du manque de secours médicaux ; en 1909 un jugement du Tribunal de Bourges décidait qu'un médecin n'avait pas le droit de priver une personne de son assistance, au mépris des lois les plus élémentaires de l'humanité ; et tout récemment encore, en 1927, un chirurgien d'Angoulême, requis pour aller soigner une blessée et qui avait fait valoir le mauvais état de sa santé, fut condamné pour son refus de se déranger, alors que, cependant, la blessée était à l'hôpital et qu'un service de garde y fonctionnait normalement.

Il n'est pas douteux qu'il y a là une interprétation abusive des textes et que le médecin ne doit, au fond, qu'à sa conscience la direction de ses actes dans cette forme de l'exercice de son métier. Comme le dit de Laet : « Si l'exercice de l'art de guérir est et doit rester libéral, il comporte d'impérieuses obligations de conscience, il est inséparable d'un caractère de dévouement et d'altruisme et par ce fait même, s'autorise d'ignorer la contrainte légale ».

B. Responsabilité du médecin vis-à-vis de son malade. — Deux ordres d'obligations sont prévues par la loi :

1° *Le médecin ne doit pas lui causer de dommages.*

2° *Il doit conserver le secret de ce qu'il a pu apprendre au cours ou à l'occasion de l'exercice de sa profession.*

C'est en vertu des articles 1382 et 1383 du Code civil, et 319 et 320 du Code pénal, que la responsabilité du médecin peut se trouver engagée.

Pendant longtemps, la jurisprudence fixée par Dupin fut suivie par la justice. Depuis plusieurs années, cependant, les tribunaux se montrent de plus en plus sévères et souvent même, se mettent en contradiction avec eux-mêmes.

C'est ainsi qu'un médecin qui avait négligé d'enlever un appareil platré est acquitté par le tribunal de Lyon, alors qu'un autre confrère, pour la même faute, et en application des mêmes articles du Code est condamné à Louvain.

C'est ainsi que, malgré plusieurs acquittements antérieurs pour l'erreur de diagnostic entre une grossesse et un fibrome avec opération consécutive, la Cour d'appel de Rouen a condamné il y a peu d'années un médecin qui, dans les mêmes conditions, avait opéré une femme enceinte, croyant à un fibrome. Le Tribunal lui reprocha de ne pas avoir eu recours à la radiographie.

Un enfant qu'on allait opérer, meurt sous le chloroforme. La Cour d'appel d'Angers confirmant un jugement du Tribunal de Château-Gontier condamne le médecin, lui reprochant de n'avoir pas ausculté au préalable son patient et de l'avoir endormi alors qu'il n'était pas à jeun !

Ainsi se crée peu à peu, en contradiction avec la doctrine de Dupin, une jurisprudence tendancieuse dans laquelle on voit des juristes décider, par exemple, des conditions requises pour donner la narcose sans danger alors que jusqu'ici, les magistrats s'étaient, avec juste raison, bien gardés d'émettre une opinion qui ne soit pas strictement juridique.

Non seulement le médecin est rendu responsable des actes qu'il a commis à tort ou à raison, mais voici maintenant qu'on veut le rendre également responsable des fautes commises par ses collaborateurs et même des accidents qui peuvent survenir du fait de la mauvaise fabrication ou du mauvais fonctionnement de ses appareils.

Les erreurs de prescription engagent également la responsabilité du signataire d'une ordonnance mais cette responsabilité ne doit s'étendre qu'aux fautes lourdes. L'expert commis doit seulement indiquer au tribunal si la dose prescrite était notoirement dangereuse et si les accidents qui ont été le résultat de la prescription sont nettement dus à l'ignorance ou à une étourderie du médecin.

La question des prescriptions médicamenteuses est, du reste, à l'heure actuelle, tout à fait à l'ordre du jour, en raison de nouveaux règlements concernant les stupéfiants.

Dans un but très louable, le législateur a voulu empêcher le trafic de la morphine et de la cocaïne. Des punitions sévères ont été édictées contre les trafiquants. Malheureusement, ceux qui ont été chargés de l'application de ces lois, de la vérification des ordonnances médicales et des registres pharmaceutiques, n'ont pas toujours interprété les textes dans l'esprit qu'il convenait et, tandis que de gros trafiquants écoulaient impunément des quantités considérables de stupéfiants, des médecins très honorables étaient traînés devant les tribunaux pour des libellés de prescriptions corrects au point de vue médical, mais inexacts au point de vue de la loi, alors qu'il était de toute évidence que ces prescriptions étaient destinées à de grands malades et non à des toxicomanes.

Le corps médical s'est ému de cet état de choses auquel il convient de remédier d'urgence si l'on ne veut pas que les malades qui souffrent en soient les victimes indirectes et se trouvent privés des calmants nécessaires.

La question du secret professionnel constitue la seconde obligation principale du médecin vis-à-vis de son malade. Cette obligation est réglée par l'article 378 du Code pénal et ainsi que l'a toujours affirmé le professeur Brouardel dans ses leçons, nul ne peut, pas même un Président de Tribunal, dégager le médecin de son secret, qui reste absolu.

Cependant, du fait des obligations créées par les lois sociales et les règlements d'hygiène générale, le médecin est, dans certains cas, obligé de violer, pour ainsi dire obligatoirement, le secret professionnel. C'est le cas de la déclaration des maladies contagieuses, des certificats de décès, d'accidents, de maladies professionnelles, etc.

Le médecin est encore responsable de ses actes vis-à-vis des tiers : il est responsable de la santé de l'enfant vis-à-vis de son père ou de sa mère, de celle de la femme vis-à-vis de son mari, de celle des mineurs et des aliénés vis-à-vis de leurs tuteurs ou de leurs représentants juridiques, d'où la nécessité de toujours demander une autorisation écrite avant toute intervention dans telles circonstances.

C. Responsabilité du médecin vis-à-vis de la société. — Le médecin doit, sous peine d'une amende de 50 à

200 francs en cas de non déclaration, déclarer les maladies contagieuses visées par l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 et les décrets consécutifs.

Il doit également déclarer les naissances et les décès dans les délais légaux. Il doit encore délivrer les certificats prescrits dans le cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles et l'on sait qu'il peut être accusé de complicité s'il s'agit d'un faux accident.

Le médecin peut engager sa responsabilité lorsqu'il agit comme expert, lorsqu'il est requis par l'autorité pour procéder à une autopsie, à un examen médico-légal ou encore lorsqu'il agit comme médecin traitant des mutilés et pensionnés de guerre, des Enfants-Assistés, des malades de l'Assistance à domicile ou du Bureau de Bienfaisance ou encore lorsqu'il soigne gratuitement des malades dans les hôpitaux.

Ainsi que le faisait remarquer Me Henri Robert dans sa préface de notre travail cité plus haut, c'est souvent celui qui ne devrait avoir que de la reconnaissance pour les soins désintéressés qui lui ont été donnés, qui cherche à tirer profit d'accidents ou de complications dans lesquels le médecin ne devrait pas être incriminé.

***

Des obligations légales multiples engagent donc, à l'heure actuelle et sous les formes les plus diverses, la responsabilité du médecin et nous ne pouvons mieux faire, en terminant ce travail, que de rapporter ici les conclusions du professeur agrégé de Laet, dans son rapport au dernier Congrès belge de médecine professionnelle :

« Nous voyons les dispositions visant essentiellement à la sauvegarde des intérêts sociaux et de l'ordre public mettre souvent le médecin dans des situations difficiles, où des obligations parfois contradictoires créent pour le praticien des risques de plus en plus nombreux. Tel est le cas de l'obligation professionnelle d'une part, et d'autre part, l'obligation de la déclaration des naissances, de certaines maladies contagieuses, la délivrance de certificats divers...

« Dans un autre ordre d'idées, nous voyons la jurisprudence évoluer nettement en matière de responsabilité pénale ou civile vers une plus grande sévérité, au point qu'aujourd'hui, la sage doctrine de l'avocat général Dupin est bien ébranlée.

Cette menace grandissante se complique encore du fait que le praticien peut être rendu seul responsable des conséquences fâcheuses résultant de fautes commises par ses aides. Or, les thérapeutiques et les méthodes modernes exigent presque habituellement des collaborations diverses et comportent assez souvent des risques liés à l'action modificatrice puissante des cures actuelles.

« Le praticien, enfin, est à la veille de voir cette situation s'aggraver encore par l'institution de législations sociales où son rôle devient de plus en plus nécessaire. La peur des responsabilités n'a jamais fait reculer un médecin digne de ce titre ; c'est au contraire l'oubli de leur existence qui, trop souvent, l'a conduit à de cruels mécomptes. »

LA CHOLÉCYSTOGRAPHIE

PAR MM.

DELHERM
Chef
du Service d'Électroradiologie de l'hôpital de la Pitié.

MOREL-KAHN
Assistant

Longtemps l'examen radiologique de la vésicule biliaire a fourni des résultats assez sommaires ; certes l'examen minutieux de nombreux clichés tels que permet par exemple de les multiplier la radiographie en série, associé à l'étude de la situation, du jeu et de la sensibilité des organes qu'étudie la radioscopie a permis dès avant l'emploi de la cholécystographie de réunir de nombreux cas de diagnostic positif d'affections vésiculaires. Le nombre de ceux-ci cependant était loin de correspondre à la fréquence des lésions de la vésicule ; c'est qu'en effet, trop souvent, la radiologie donnait des résultats négatifs. Une règle courante autrefois était de considérer, *en pratique, comme normale, toute vésicule dont l'ombre n'apparaissait pas sur une bonne radiographie*, étant entendu cependant que cette règle, dans les cas favorables, pouvait souffrir des exceptions. Les progrès de la technique, l'emploi des radiographies en série dans l'étude du duodénum, le pneumopéritoine, avaient permis de multiplier les résultats positifs et c'est à ces méthodes que recourent encore de préférence, dans le diagnostic des affections de la vésicule un certain nombre de radiologistes.

Les recherches entreprises en vue d'étudier la perméabilité du foie ont montré qu'il existait toute une catégorie de composés qui s'éliminent par la voie hépatique. Se basant sur ce fait, F. A. Graham, W.H. Cole (*J. of Amer. Med. Assoc.*, 82, 23.2.1924, p. 613 et nombreuses publications ultérieures) ont cherché à opacifier les voies biliaires à l'aide de composés possédant ces propriétés et ont pu ainsi obtenir une image de la vésicule biliaire d'une netteté parfaite due à la concentration élevée, dans ce réservoir, des substances opacifiantes éliminées.

Citons également, dans le même domaine, les recherches de Sabatini et Milani.

Très récente encore puisqu'elle date d'un peu plus de trois ans à peine, la « *cholécystographie* » n'a pas tardé à prendre une place de jour en jour plus importante parmi les multiples procédés d'examen en radiologie.

Nous n'avons pas l'intention d'étudier ici la technique de la cholécystographie ; nous nous proposons seulement d'en envisager l'emploi dans ses rapports avec la clinique et la physiologie et d'appeler l'attention sur quelques points particuliers.

En somme, l'emploi de ce procédé est du même ordre que celui de l'emploi des substances opaques dans l'étude de la cavité gastrique. Dans les deux cas nous avons recours à des artifices pour nous rendre visibles des organes que normalement nous ne voyons pas ; est-ce à dire que maîtres de ce procédé nous puissions dire désormais que nous pouvons, dans tous les cas, diagnostiquer l'état de la vésicule ; nous n'en sommes pas là, au contraire. L'étude de l'estomac ne s'est pas faite sans y consacrer de longues recherches et nous en sommes encore aux débuts de la cholécystographie ; ceux-ci même nous paraissent avoir été trop rapides et il nous semble que l'étude de la vésicule biliaire normale, tant au point de vue morphologique qu'au point de vue physiologique demande à être complété. C'est qu'en effet ce procédé récent nous permet des investigations directes qui jusqu'alors nous paraissaient irréalisables et qui viendront compléter nos connaissances sur la physiologie vésiculaire.

C'est ainsi que la cholécystographie nous a déjà permis de constater de grandes différences concernant la situation et la forme de vésicules présumées normales ouvrant ainsi des horizons nouveaux au diagnostic des affections de l'hypochondre droit. Mais c'est surtout le fonctionnement même de la vésicule que permet d'étudier ce procédé, à condition : 1° que la cellule hépatique soit intacte et que l'absorption sélective des substances opacifiantes (phénols, bromures de Sabatini et Milani) puisse se produire ; 2° que la bile séjourne assez longtemps dans la vésicule pour que, par concentration, sa teneur en sels opaques soit suffisante ; 3° que les parois de la vésicule soient en état d'absorber les phénols et de concentrer la bile. » (Mahart).

De nombreuses recherches entreprises ont conduit Whitaker, par exemple, après d'autres auteurs (p. ex. Boyden) à formuler, grâce à l'emploi de cette méthode, les conclusions suivantes, à savoir que toute alimentation riche en graisses provoque une évacuation rapide de la vésicule, l'ombre de celle-ci, après un repas exclusivement gras pouvant disparaître en deux heures, au lieu de vingt-quatre heures.

En outre les recherches entreprises ont permis de mettre en doute l'efficacité du drainage non chirurgical des voies biliaires par le sulfate de magnésium

(épreuve de MELTZER-LYON) dont les résultats sont nettement inférieurs à ceux du repas gras (*J. of Amer. Med. Assoc.*, 86, 23.1.1926, p. 239).

Toutes les recherches physiologiques sur la vésicule demandent à être complétées à la lumière de ce procédé. Celui-ci, d'un autre côté, largement utilisé en clinique, a donné des résultats que nous pouvons dès maintenant considérer comme concordants et satisfaisants si nous tenons compte des nombreuses statistiques publiées.

Grosso modo, la cholécystographie permet de diviser les vésicules en : 1° normales, à savoir celles dont l'opacité commence à apparaître au bout d'un temps déterminé (variable avec la méthode d'utilisation de la substance opaque, par voie veineuse ou buccale), s'opacifie graduellement pour diminuer régulièrement et disparaître en vingt-quatre à quarante-huit heures (ou deux ou trois heures après un repas gras). C'est ainsi que, *en pratique courante*, nous pouvons considérer comme *normale toute vésicule dont le cliché traduit l'ombre homogène et régulière.*

2° Pathologiques, à savoir celles dont l'opacité est faible, irrégulière ou hétérogène (vésicules épaissies, scléreuses ou adhérentes, lithiasiques ; insuffisance hépatique) ; celles qui ne s'opacifient aucunement. Dans ce cas, on peut ou non constater un ictère et c'est là le fait de l'obstruction des voies biliaires, du canal cystique, d'une cholécystite ou d'une insuffisance hépatique.

Bien entendu, la cholécystographie est une méthode encore trop nouvelle pour qu'on puisse dès maintenant en tirer des conclusions définitives ; ce sera l'œuvre du temps.

Enfin associée au repas opaque, la cholécystographie fournit des renseignements particulièrement intéressants sur les rapports duodéno-vésiculaires (GOSSET et LOEWY...).

Si nous en exceptons les cas de cirrhose du foie, d'oblitération des voies biliaires, les névropathies graves et les cas de cardiopathies accentuées, il ne semble pas qu'il y ait de contre-indications à l'emploi de la cholécystographie.

Comme toute méthode récente, l'emploi de la cholécystographie est encore discuté ; si elle donne lieu parfois à des incidents le plus souvent bénins (vomissements, diarrhée, malaises passagers), parfois mais très rarement plus accentués (notamment escares au lieu d'injection dans la méthode intra-veineuse), il ne semble pas qu'on ait eu, à ce jour, d'accident grave à lui objecter ; quelle est d'ailleurs la méthode nouvelle qui ait été acceptée d'emblée et dont l'innocuité ait été toujours absolue ? Nous devons donc voir dans l'emploi de la cholécystographie une méthode d'avenir que la physiologie et la clinique utiliseront avec fruit.


ALUCOL WANDER


WANDER
CRISTOLAX
LAXO-DIGESTIF


JEMALT
WANDER

DE L'EXÉRÈSE SYSTÉMATIQUE DU STERNO-MASTOIDIEN

DANS L'ABLATION DES GROSSES TUMEURS LATÉRALES DU COU

Par Émile FORGUE

Professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Montpellier.

Depuis près de vingt-cinq ans, j'emploie l'exérèse systématique du muscle sterno-cléido-mastoïdien dans l'extirpation des grosses tumeurs latérales du cou. J'en ai fait le premier usage dans l'ablation des volumineux lymphomes hypertrophiques tuberculeux ; je l'ai ensuite méthodisée, comme pratique générale, trouvant dans ce complément technique l'avantage d'un jour opératoire élargi, d'un accès facilité vers les groupes haut situés de la chaîne, et vers la région parotidienne, et d'une commodité de manœuvre manifestement améliorée, si bien que j'ai étendu l'application, comme règle technique commune, aux cas suivants : *l'extirpation des masses volumineuses de certains lymphomes tuberculeux, à type hypertrophique ; l'ablation de lymphosarcomes et de branchiomes dont j'ai ainsi réalisé quelques excisions exceptionnellement malaisées ; l'exérèse des adénopathies cancéreuses des épithéliomas linguaux et bucco-pharyngés*, que j'ai depuis longtemps abordée par des dissections au moins aussi amples que celles de Morestin et dont Roux-Berger a le mérite de continuer actuellement la manière large et résolue ; *l'ablation des tumeurs de la parotide ; les interventions pour cancers du pavillon*, cancers d'une malignité redoutable par leurs propagations lymphatiques précoces en pleine loge parotidienne, nécessitant comme temps opératoire complémentaire l'évidement total de cette loge. Voilà donc un détail technique très recommandable, parce qu'il est d'applications multiples ; et tous mes collaborateurs, tous les médecins qui ont assisté à des interventions ainsi conduites, se sont accordés à en reconnaître la précision et les services.

Je suis venu à cette idée technique par la considération des résultats en apparence paradoxaux, que m'avait fournis, dans la cure des torticolis invétérés, l'excision du sterno-cléido-mastoïdien, à l'instar de Mickulicz. Il semble, au premier abord, que la suppression unilatérale d'une des plus grandes actions musculaires cervicales doive entraîner un déséquilibre grave dans la statistique de la tête ; les faits démontrent, au contraire, — et Sédillot l'avait établi depuis longtemps — que le cou supporte bien la privation totale d'un de ses plus puissants muscles et que l'accommodation des autres forces musculaires en compense efficacement la perte.

Ce qui prouve d'ailleurs la logique et la valeur de cette conception opératoire, c'est qu'elle s'est présentée à plusieurs chirurgiens. Déjà Küttner (1) avait, en 1899, conseillé, par une incision cutanéo-musculaire coudée en Γ, la section *temporaire* de l'attache supérieure du sterno-mastoïdien, près de la mastoïde, pour atteindre les ganglions élevés de la chaîne ; de Quervain (2) a préféré attaquer le muscle par en bas et grâce à une incision en L, surtout recommandable pour les ganglions carotidiens et sus-claviculaires, procéder à un détachement *provisoire* du muscle, au-dessus de son attache sterno-claviculaire. Mais, ce ne sont là que des désinsertions momentanées, à l'un ou l'autre de ses deux points fixes, de façon à mobiliser temporairement un lambeau cutanéo-musculaire, pour favoriser l'attaque des ganglions sous-jacents, lambeau rabattu et suturé après l'extirpation ganglionnaire.

Autre chose est la suppression systématique du muscle, poursuivie depuis son attache mastoïdienne jusqu'à un niveau aussi bas qu'il est nécessaire, pour dépasser le pôle inférieur de la masse ganglionnaire. Sur ce point, nous sommes heureux de nous rencontrer avec un des meilleurs techniciens de la chirurgie américaine, chercheur ingénieux et physiologiste très avisé, avec Crile, qui, lui aussi, a été conduit à cette exérèse complémentaire du sterno-cléido-mastoïdien dans l'ablation des grosses tumeurs cervicales ; sa contribution donne un prix particulier à cette méthode (3). Je considère encore, comme un appoint de premier ordre, la confirmation de cette indication technique, par un opérateur de l'expérience de Roux-Berger, très compétent en chirurgie de tumeurs malignes du cou : par deux importantes communications (4), il a bien établi la valeur pratique de l'ablation du sterno-mastoïdien et de la jugulaire sous-jacente dans l'exé-

(1) Kuttner : Zur Technik ansgedehnter Lymphomextirpation am Halse, Beitr. Klin. chir., Bd XXIV, p. 822 à 826.

(2) De Quervain : Les incisions opératoires au niveau du cou, *Semaine méd.*, 1900, p. 12 à 16.

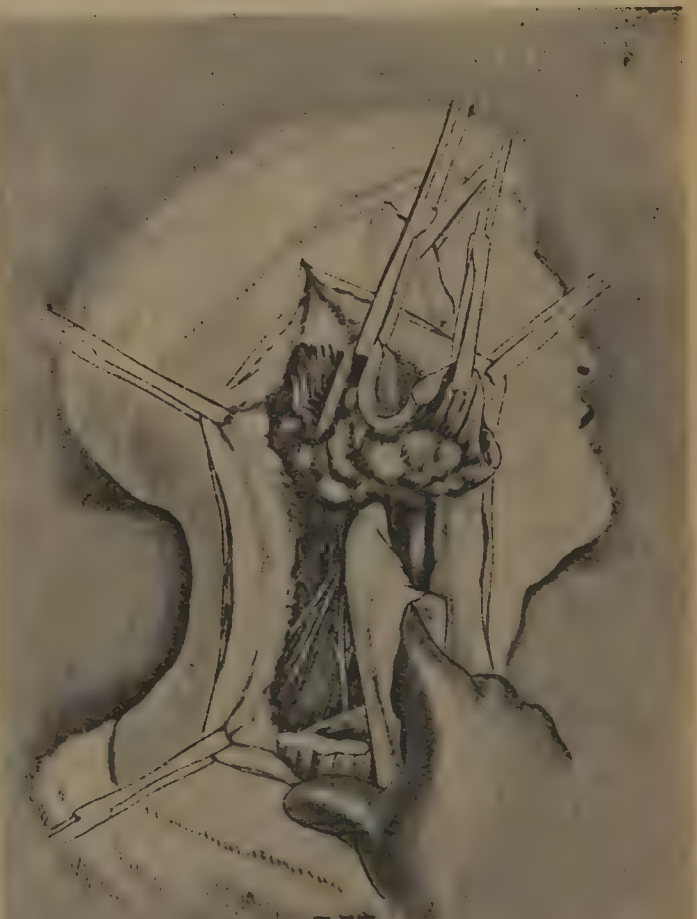
(3) Crile's *Metohd*. In *Surgery* de *Keen*, 1908, p. 328-333, vol. III.

(4) Roux-Berger : L'exérèse chirurgicale des tumeurs malignes de la région carotidienne, *Presse méd.*, 17 nov. 1920. — Le curage des ganglions du cou dans le cancer de la langue, *Presse méd.*, 13 juillet 1927.

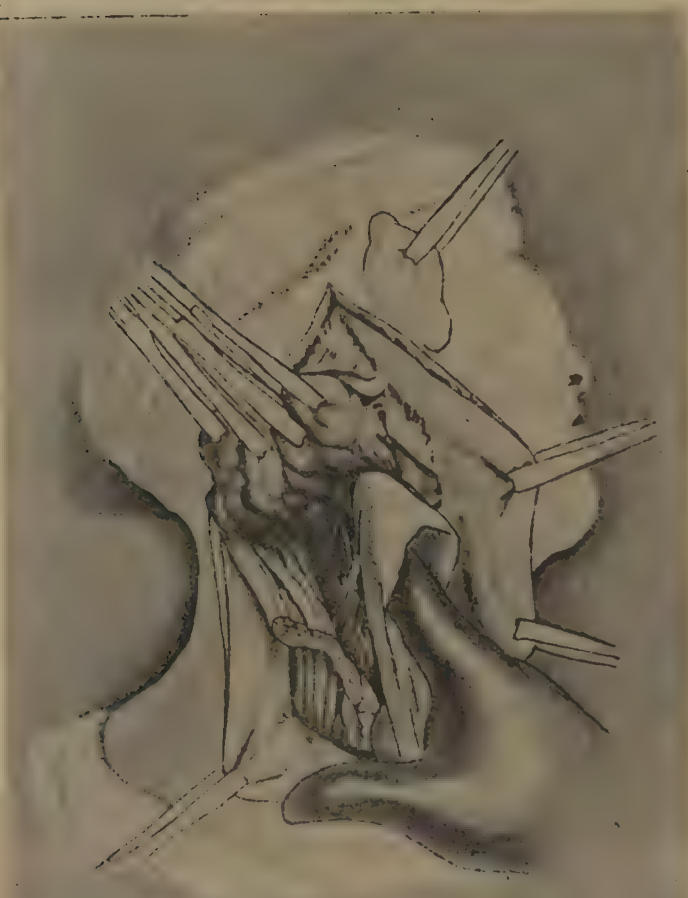

I
II
III
IV



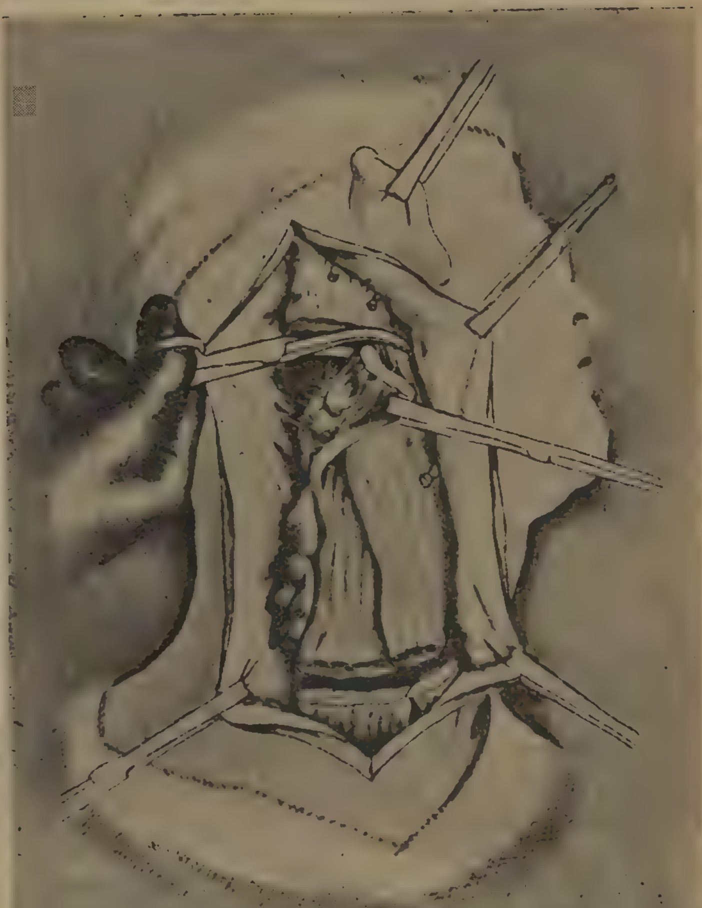
V



VI



VII



VIII

rèse des tumeurs malignes et des adénopathies cancéreuses de la région carotidienne ; car, c'est dans le plan de clivage inter-jugulo-carotidien qu'à l'imitation de la technique de CRILE (représentée par la figure II, p. 332 du volume III de KEEN'S SURGERY), il poursuit la libération de la face profonde de la masse ganglionnaire.

Les avantages et commodités opératoires résultant de cette excision du muscle sont multiples.

D'abord, on se débarrasse de la sangle large qui bride la masse ganglionnaire et qui, même libérée et écartée, gêne sa découverte totale. Mais, surtout, grâce à la section première du muscle, vers son insertion basse, on dispose d'une véritable poignée de manœuvre, d'une prise ferme où s'amarre une forte pince à abaissement ; on culbute le pôle inférieur du paquet de bas en haut, et l'on poursuit l'extirpation en bloc, de la masse musculo-ganglionnaire, de même que, dans l'amputation de la mamelle cancéreuse, nous enlevons, d'une seule pièce, tout le paquet de l'aisselle, avec les pectoraux, grand et petit.

Cette manœuvre de *version, de bas en haut*, donne de la commodité et de la solidité de prise ; elle découvre d'emblée et dégage, dès le premiers temps, notre repère anatomique majeur : la jugulaire interne. C'est là notre condition dominante de clairvoyance et de sécurité. Il faut, dès le début, être maître de cette large voie de circulation veineuse : soit que, délibérément, à la façon de CRILE et de ROUX-BERGER, on se décide à l'exciser et à passer dans l'espace de clivage inter-jugulo-carotidien (ce qui est surtout indiqué dans les opérations pour lésions cancéreuses) ; soit que l'on s'efforce (ainsi que ce doit être la règle dans les adénopathies tuberculeuses) de la ménager, auquel cas cette découverte première du tronc veineux et de ses affluents thyroïdiens et thyro-linguo-faciaux, donne à l'hémostase, dans un champ opératoire déblayé et bien découvert, une remarquable précision.

Il en est de même au pôle supérieur de la masse. La désinsertion totale du muscle, à son attache mastoïdienne, est aussi décisive pour la découverte étendue de la zone ganglionnaire supérieure : grâce à elle, l'accès sur les groupes retro-angulaire, juxta-jugulaire, sous-mastoïdiens, devient d'une netteté méthodique ; grâce à elle, la loge parotidienne est abordée largement, l'extirpation de la glande cancéreuse et de ses ganglions, si caractéristiques par leur pénétration en plein tissu glandulaire, peut être conduite avec clairvoyance et sécurité, sans que l'attaque du bord maxillaire soit nécessaire ; et, vraiment, il est bien plus logique d'élargir et de rendre accessible la loge parotidienne par la suppression de ses parties molles limitantes, de son relief musculaire postérieur, que par l'excision de son bord osseux antérieur. De plus, la désinsertion du muscle, à ras de la mastoïde, facilite singulièrement l'hémostase, s'il advient que la jugulaire soit blessée dans sa partie haute, au-dessous du golfe, lésion exceptionnelle dans le cas de ganglions tuberculeux adhérents, mais que nous avons vue deux fois, au cours de l'ablation de cancers parotidiens profondément bloqués.

Enfin, il n'est pas contestable qu'en chirurgie des tumeurs malignes cette technique, seule, répond aux conditions fondamentales de l'exérèse des lésions cancéreuses, à savoir : se tenir au large de la tumeur, en zone saine ; enlever *en bloc*, de façon à éviter le morcellement et les greffes ; et, pour réaliser cette exérèse intégrale, ne point hésiter aux sacrifices anatomiques (muscles, nerfs et vaisseaux) nécessaires.

***

Ce principe technique une fois établi, il est aisé d'en déduire les adaptations aux diverses éventualités opératoires.

Soit, d'abord (car, c'est par cette application que j'ai inauguré ce procédé technique, à une époque où l'extirpation des tuberculoses ganglionnaires était plus en honneur qu'actuellement), le cas de paquets ganglionnaires agglomérés, adhérents, parfois fistuleux, ou d'un très volumineux lymphome tuberculeux, en gros chapelet occupant la chaîne entière, ayant résisté à la mer, au soleil, au rayons X et aux ultra-violets. Cette indication opératoire s'est, à coup sûr, raréfiée, par les bons résultats de l'héliothérapie et des radiations ; mais elle n'a pas disparu ; et, précisément, les ganglions tuberculeux qu'il nous faut encore enlever chirurgicalement sont ceux qui paraissent — et qui sont en réalité — les plus difficiles à enlever. Nous sommes de l'opinion de BROCA et la répétons à nos élèves : « N'oubliez pas qu'il s'agit là d'une opération difficile, fertile en incidents, dans laquelle on n'a le droit de se hasarder que muni d'une solide expérience chirurgicale. » Or, il n'est pas douteux que l'exérèse concomitante du muscle et la découverte d'emblée de la jugulaire n'en aient considérablement réduit les difficultés.

Le malade est couché sur le dos, le cou étendu et défléchi par un coussin glissé sous les épaules. Un aide, aux mains gantées, est assis au chevet de la table, à gauche ou à droite de l'anesthésiste, selon le côté opéré, et, saisissant la tête en occipito-frontale, la déplace, au commandement de l'opérateur, du côté opposé pour bien dégager la région, puis la ramène dans la rectitude quand l'opération progresse en avant ou en dedans.

Sur une ligne dirigée de l'articulation sterno-claviculaire à la mastoïde, la peau est longuement incisée : la jugulaire externe est pincée et coupée entre deux pinces. De la limite antérieure de la masse, tangible et visible, jusqu'à son extrême relief postérieur, par une serie de traits larges, au bistouri, allant de bout en bout, toute la face externe du sterno-mastoïdien est découverte de haut en bas, ainsi que les limites du paquet ganglionnaire. L'attaque profonde de la masse commence par le pôle inférieur.

Je me porte vers la partie basse : je pince entre le pouce et l'index, le sterno-cléido-mastoïdien à quelques centimètres au-dessous des dernières masses ganglionnaires, et je le sectionne en travers, à coups de bistouri. Dès lors, disposant de cette tranche inférieure comme d'une prise solide, sur laquelle je fixe une ou deux fortes pinces à abaissement, progressivement, de bas en haut, je décolle la masse ganglionnaire avec le sterno-mastoïdien, en m'efforçant de repérer d'emblée la jugulaire interne. C'est là, en effet, le premier repère important qu'il faut jalonner : quand on a découvert la jugulaire interne il devient plus simple et

plus clair de poursuivre, avec toute chance d'éviter sa lésion, la libération de la masse ganglionnaire.

Cette prise du pôle inférieur de la tumeur, rendu mobile et accessible par la section première du sterno-cléido-mastoïdien, est donc le fait technique essentiel et qui domine toute la commodité de l'intervention.

Quant à la libération de la masse ganglionnaire, elle comporte évidemment des éventualités et des difficultés qui se subordonnent à l'importance des groupes atteints, à leur propagation, surtout vers la chaîne sous-maxillaire et, avant tout, à l'existence d'une péri-adénite. Celle-ci, en fixant le paquet ganglionnaire très étroitement à la gaine des vaisseaux et aux parties molles du cou, crée des inégalités opératoires qu'il est très difficile d'apprécier à l'avance ; de plus, le ramollissement caséeux, la fonte purulente étendue des ganglions sur lesquels il est très fréquent qu'on se méprenne, les trajets fistuleux, sont aussi des incommodités à l'intervention ; malgré tous les soins que l'on prend, il arrive que la poche purulente ganglionnaire s'ouvre, répande le contenu caséo-purulent sur la plaie opératoire et rende ainsi malaisée la dissection intégrale des ganglions ainsi modifiés.

C'est pourquoi une règle essentielle consiste à se tenir très près de la face profonde de la masse ganglionnaire, basculée et peu à peu relevée en haut. C'est surtout à coups de ciseaux courbes à pointe mousse, instrument commode pour ce travail, conduits *presque tangentiellement* à la surface, que l'on doit peu à peu dégager les masses ganglionnaires, en prenant soin de forcipresser préventivement tous les petits vaisseaux qui apparaissent tendus à la surface de la masse. Un aide, chargé de l'hémostase, éponge le foyer avec attention, chaque coup de ciseau étant précédé d'un coup de compresse. Dans quelques cas, on accélère le travail d'un coup d'index, qui luxe, dans la profondeur, un ganglion aberrant. Quant, au lieu de se trouver en zone d'adhérences, on arrive à des parties libres où l'atmosphère péri-ganglionnaire est normalement saine, une bonne manœuvre consiste, pendant que la main gauche, empoignant les pinces à abaissement, relève en haut la masse ganglionnaire et le sterno-mastoïdien, à décoller avec l'index, coiffé d'une compresse, les tractus cellulaires qui unissent plus ou moins lâchement la masse ganglionnaire aux parties profondes.

Pendant tout ce travail on n'a jamais perdu de vue la jugulaire interne ; c'est là le repère majeur, et, à la condition d'assurer une excellente hémostase, qui permet d'y voir clair, à la condition aussi de bien surveiller cette action capitale de la pointe des ciseaux qui travaillent tangentiellement à la masse, contre la masse elle-même, plutôt que dans les parties voisines, on arrive, par une expérience progressive de cette technique difficile, à sortir d'affaire des cas les plus malaisés, les plus fixés en apparence, sans porter atteinte à la jugulaire interne.

Quand il s'agit de ganglions tuberculeux, et non cancéreux, il est mieux de la ménager, si cela est réalisable : les adhérences de péri-adénite bacillaire, caséo-fongueuse, n'ont pas la gravité des infiltrats cancéreux et, laissés en place, peuvent ultérieurement guérir par sclérose. Il n'est donc pas indiqué, dans cette éventualité, d'adopter systématiquement le clivage interjugulo-carotidien que Cheyne, le premier, a conseillé et que Stiles a adopté. Mais, s'il faut, pour la valeur radicale de l'intervention, sacrifier la jugulaire, c'est une excision que nous avons plus de vingt fois réalisée, sur des segments plus ou moins étendus, sans dommage fonctionnel. Cotoyer la veine de près et la ménager, c'est garder à l'intervention son bel aspect d'opération clairvoyante, nette, anatomiquement réglée, qui doit être l'objectif du chirurgien quand il aborde de pareilles opérations. Si cette hémostase rigoureuse n'est point assurée, les espaces cellulaires du cou s'infiltrent de sang, l'opération perd de sa clarté, et les suites opératoires sont d'une moindre simplicité.

Et l'on arrive ainsi à la partie haute de la région carotidienne : c'est ici que le travail de dissection mérite une particulière surveillance. Il faut marcher immédiatement sur deux repères, qui dirigent bien cette dissection : l'un est le groupe des veines, si bien décrites par Farabeuf, et qui est constitué par l'aboutissant des veines thyroïdienne, linguale et faciale : très souvent c'est au niveau de son confluent que l'on trouve des masses ganglionnaires très adhérentes, enveloppant littéralement la veine jugulaire et son affluent veineux. Il est important aussi de bien reconnaître le ventre postérieur du muscle digastrique : cela permet de bien situer la dissection, de ménager le grand hypoglosse, de poursuivre l'excision des ganglions souvent très volumineux qui prolongent la masse vers les régions sous-maxillaire et sous-mentale. C'est aussi le moyen de bien limiter par en haut le pôle inférieur de la parotide et le groupe ganglionnaire qui maintes fois se prolonge vers la loge parotidienne.

C'est à ce moment, qu'en général je pratique la désinsertion haute du sterno-cléido-mastoïdien que je sectionne vers la pointe de la mastoïde. Cette section découvre nettement le splénius occipital, qui est constamment ménagé, et qui répond au plan profond de la dissection. En règle presque générale, on est conduit à sacrifier la branche externe du nerf spinal.

L'opération est, à ce moment, à peu près terminée : elle s'achève par une combinaison de la dissection ascendante, qui termine de bas en haut la libération des ganglions par rapport au tronc de la jugulaire interne, au-dessus du confluent du tronc veineux thyro-linguo-facial, et d'une dissection descendante qui complète cette libération au-dessous du ventre du digastrique, en avant du splénius cervical. C'est à ce moment qu'il faut surveiller le travail de la pointe des ciseaux : il faut, en général, forcipresser une petite artère qui se dirige vers l'occiput, de façon à maintenir le champ opératoire net ; il faut faire récliner fortement le ventre postérieur du digastrique en haut et en avant ; il faut aussi charger sous l'index, recourbé en crochet, la masse ganglionnaire ; grâce à ces précautions, on réussit à ménager la jugulaire interne, dans le secteur profond où elle s'engage sous le digastrique et à la libérer de ses dernières attaches.

L'hémostase est vérifiée soigneusement. Un petit drain est placé à la partie déclive, en arrière et en dehors de la ligne de suture. Suture cutanée très soignée ; ou application d'agrafes : il s'agit d'obtenir une cicatrice linéaire, incolore, souple et de visibilité très réduite.

Cette technique opératoire entraîne, en fait, la *spinalectomie externe*, c'est-à-dire l'excision, avec le sterno-mastoïdien (si l'exérèse musculaire porte sur la partie haute du muscle) de la branche externe de la XI[e] paire, qui, en général, pénètre dans le muscle vers sa région moyenne. Et la paralysie de cette branche externe, de ce spinal médullaire, peut être objectée à cette intervention élargie. Mais, heureusement, les neurologues qui ont soigneusement étudié le syndrome paralytique pur du spinal externe, soit par lésion exo-cranienne de ce nerf, soit après sa section chirurgicale, dans le « torticolis mental » de Brissaud, nous ont tranquillisés sur ce point : ce sont surtout les travaux de Sicard et de ses collaborateurs qui nous ont fourni des précisions. Il n'est question ici que de la paralysie du trapèze, puisque le sterno-mastoïdien a été plus ou moins sacrifié. Les chirurgiens avaient déjà noté la rareté paradoxale de ces paralysies : Westergaard n'avait signalé, dans sa bonne monographie, que deux cas de parésie du trapèze ; Oscard Bloch. réunissant 44 observations de section de l'accessoire pour torticolis spasmodique, avec seulement trois cas de parésie du « cucullaris », faisait remarquer combien peu fréquemment cette neurotomie entraîne la paralysie du sterno-mastoïdien et du trapèze. C'est que, si, chez l'animal, comme l'ont démontré Lesbre et Maignon, les nerfs cervicaux ne prennent aucune part à l'innervation motrice des sterno-mastoïdien et trapèze, on peut, au contraire, compter, chez l'homme, sur un régime variable d'innervation individuelle, tantôt assurée exclusivement par le spinal externe (dégénération), tantôt supplée par des filets d'emprunt aux branches du plexus cervical profond (régénération). Cette variabilité, suivant les sujets, bien établie par Babinski et Sicard, explique que, dans nombre de cas (qui paraissent constituer la grande majorité) on peut observer un retour à peu près intégral (en moins de dix à douze mois), des fonctions musculaires et des contractions électriques normales dans le trapèze. Dans une minorité de faits, la régénération ou la suppléance font défaut ; la paralysie du spinal externe s'affirme et se maintient cliniquement ; mais elle se borne, en somme, à des troubles tolérables, qui n'ont d'autre inconvénient qu'une déformation de la région (projection de la clavicule en avant ; exagération du creux sus-claviculaire ; chute de l'épaule à l'état de repos ; déviation en dehors du bord spinal de l'omoplate); quelques douleurs passagères (signalées par Westergaard) ; une légère limitation des mouvements d'élévation du bras et une certaine gêne pour soulever les poids lourds. Mais, la guérison stable des masses ganglionnaires, adhérentes et fistuleuses ou des gros lymphomes tuberculeux, rebelles aux moyens médicaux ou de petite chirurgie, vaut bien ces séquelles très supportables.



Les seuls rameaux du facial, vulnérables dans cette intervention sont :

1° Le premier rameau de la branche inférieure du facial, rameau qui, naissant au-dessus de l'angle du maxillaire inférieur, se porte en avant et en bas (rameau marginal de la mandibule) et qui est le nerf moteur principal de la lèvre inférieure (muscle orbiculaire, muscle carré du menton).

2° Le second rameau de cette branche inférieure (rameau cervical) intéressant surtout par la fameuse anastomose de Jaffe (ramus anastomoticus collo-mandibularis) qui établit la jonction entre le rameau marginal et les filets cervicaux. Mais la lésion du premier rameau est évitable, si l'on se tient au-dessous du bord inférieur du maxillaire, et celle du second rameau n'a pas généralement pour suite une paralysie bien apparente : d'abord, parce que, contrairement aux assertions de Jaffe, cette anastomose n'est pas constante, ensuite parce que les filets de ce rameau cervical sont surtout destinés à l'innervation du peaucier. Il ne faut point oublier qu'en somme, l'innervation de la musculature de la lèvre inférieure siège tout entière au-dessus du bord inférieur de la mandibule, et qu'à la condition de se tenir à un demi-centimètre au-dessous de ce bord, on a toute chance de la ménager.

***

Autre hypothèse, d'une plus grande fréquence clinique. Il s'agit d'une de ces adénopathies néoplasi-

ques, massives, radio-résistantes, secondaires aux cancers de la cavité buccale ou du carrefour aéro-digestif, surtout aux cancers de la langue. En raison de l'inconstance des résultats de la curiethérapie et de la rontgenthérapie, et jusqu'à progrès nouveaux des méthodes de radiations, l'évidement chirurgical des zones ganglionnaires cancéreuses reste alors le traitement de choix, quand il est réalisable. Ou bien, il s'agit d'une tumeur branchiale, pour lesquels le radium et les rayons X n'ont encore montré que des effets incertains. Ou bien, — éventualité bien décourageante — on a affaire à un lympho-sarcome, qui paraît limité et enlevable et que les radiations n'ont point réduit.

Ici, l'objectif, c'est l'opération complète, à distance de la lésion, sans risque de morcellement et de greffe, en bloc et en zone saine. Et nous sommes bien d'accord avec Roux-Berger pour abandonner les étroites règles classiques et aborder ces tumeurs, au large, dans les vrais plans de clivage. Depuis longtemps, nous leur avons appliqué notre règle technique de l'ablation, avec la masse ganglionnaire, du muscle sterno-mastoïdien, sous lequel nous trouvons, en général, une couche de décollement. Mais, il est réel que, très souvent les adénopathies cancéreuses et, constamment, les branchiomes, sont adhérents à la jugulaire et à ses affluents ; et l'intervention est frappée d'échec si elle n'emporte pas ces infiltrats périveineux. De là, cette proposition plus radicale, que Roux-Berger a eu le mérite de méthodiser : à savoir, enlever la jugulaire avec le bloc adéno-musculaire ; proposition que, depuis longtemps, nos collègues anglo-saxons ont réalisée, puisque dès 1896, nous entendions à l'association médicale de la Grande-Bretagne, Stiles recommander cette résection concomitante de la jugulaire interne (dont l'initiative, d'ailleurs, appartient à Cheyne), dans le but de rendre plus facile et plus rapide l'ablation des ganglions tuberculeux et puisque Crile l'a décrite avec figures à l'appui, reproduites dans le *Traité de Chirurgie* de Keen, en 1908 (*Block-Excision*). L'opération y gagne une grande netteté : l'espace interjugulo-carotidien, dans lequel on pénètre en ouvrant la gaine commune, est un excellent plan de décollement ; puisque très souvent les adhérences néoplasiques forcent l'opérateur à exciser la veine jugulaire (excision si remarquablement tolérée, en général), mieux vaut, d'emblée et systématiquement, attaquer la masse par cet espace de clivage intervasculaire et passer entre jugulaire et carotide ; l'hémostase est, ainsi préventive et parfaite, à la condition, pour éviter toute infiltration sanguine, de pincer soigneusement tout point saignant, ce qui laisse le champ opératoire clair et net ; le bloc s'enlève, d'une seule pièce, de bas en haut, emportant, en même temps que les ganglions, le muscle et la jugulaire, les plans aponévrotiques ; fidèle au même principe des larges exérèses musculaires, nous excisons, depuis longtemps, le ventre postérieur du digastrique et le stylo-hyoïdien pour faciliter l'ablation du groupe rétro-angulaire ; la désinsertion mastoïdienne du sterno rend aisée et sûre la section haute, après pincement, de la jugulaire interne.

***

Voici une troisième application de cette méthode technique, que j'ai réalisée avec de grands avantages d'accès opératoire élargi et de commodité de manœuvres : c'est son utilisation, comme temps préalable, dans l'ablation des tumeurs malignes de la parotide.

Pour l'ablation méthodique d'une tumeur maligne de la parotide, infiltrant en masse la glande et son prolongement pharyngien, ayant infecté les ganglions profonds, la condition indispensable, c'est de se mettre à l'aise par de très larges incisions : si l'on veut travailler en sécurité au fond du creux parotidien, il faut y voir nettement ; et l'on ne doit point être bridé par les insuffisantes dimensions de la plaie.

Cet élargissement du champ opératoire de la zone parotidienne est un problème qui a été diversement solutionné.

J'estime que la solution logique n'est pas d'élargir le champ opératoire en avant, vers le bord osseux, vers le bord rigide de la loge, soit par l'échancrure de la branche montante du maxillaire recommandée par J. L. Faure, soit par la résection condylo-marginale postérieure du maxillaire, préconisée par Bérard et Leriche. Je pense que cet agrandissement, cette large découverte de la loge parotidienne jusque dans la profondeur, est réalisée plus facilement si l'on se donne du jour en arrière, vers le bord mobile, au lieu de s'agrandir en avant.

En arrière, c'est surtout le relief du sterno-mastoïdien qui borne la loge : dès lors, il est facile de supprimer complètement ce corps musculaire, en le désinsérant totalement de la mastoïde, et en le sectionnant en travers de la partie la plus basse de l'incision.

Cette suppression totale du sterno-cléido-mastoïdien dans la partie haute du cou, qui peut d'ailleurs être aidée, comme je l'ai fait plusieurs fois, par l'excision du ventre postérieur du digastrique, donne une commodité opératoire remarquable : elle porte d'emblée l'opérateur jusqu'au contact de la zone périlleuse ; elle met sous son œil les rapports les plus importants avec la jugulaire interne, la carotide interne, les nerfs pneumo-gastrique, sympathique, spinal et glosso-pharyngien.

Or, le meilleur moyen de ménager ces organes, c'est de les repérer d'emblée. De plus, s'il est indiqué, comme cela m'est arrivé plusieurs fois, de sacrifier la jugulaire interne adhérente à la tumeur, il est facile de conduire méthodiquement l'excision de cette veine et de lier avec précision son bout central aussi près de la base du crâne qu'il est nécessaire. Dans deux opérations, j'ai été amené aussi à exciser une partie de la carotide interne ; et, récemment, j'ai excisé un segment de pneumo-gastrique. Ces complications opératoires, en matière de cancer parotidien vrai, sont faciles à résoudre à la faveur du large jour que crée l'ablation du sterno-cléido-mastoïdien ; de plus, il est aisé, en sacrifiant ce muscle, de poursuivre d'arrière en avant la presque totalité de l'extirpation de la tumeur parotidienne : on est conduit ainsi à suivre de proche en proche le feuillet profond de la loge et à aborder d'arrière en avant le prolongement pharyn-

gien, dont on constate de près les adhérences aux gros vaisseaux profonds.

Voici, en conformité, avec ces principes, la technique que je suis :

Mon incision s'étend depuis la base de la mastoïde jusqu'au dessous de la partie moyenne du cou, en longeant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; par conséquent, contrairement aux incisions de J.-L. Faure, de Bérard et Leriche, mon tracé, dans la partie haute, au lieu d'être pré-auriculaire, est rétro-auriculaire. Le pavillon de l'oreille est saisi par une pince à abaissement, repoussé en avant, et l'incision entame à fond les tissus jusque sur le plan osseux de la mastoïde. Elle se continue au-dessous de l'angle de la mâchoire jusqu'au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde.

La dissection de la peau est rapidement conduite, sans hémorragie bien notable, jusqu'à ce que toute la région parotidienne en avant, prolongement massétérin y compris, et toute la surface du sterno-mastoïdien en arrière, soient largement mises à découvert. A ce moment, je saisis par deux ou trois pinces à abaissement chacun de ces lambeaux cutanés, antérieur et postérieur, et les confie à un aide : c'est la meilleure manière d'écarter nettement les lèvres de cette incision.

Rapidement, la glande est libérée à sa partie antérieure après section entre deux pinces de l'artère et des veines transverses de la face. On isole prestement du masséter le prolongement antérieur de la parotide que l'on renverse face profonde en l'air, l'angle de la mâchoire étant ainsi à découvert et la zone rétro-maxillaire de l'organe ayant été rapidement décollée.

On se porte alors sur la partie la plus basse de l'incision : là, on sectionne entre deux pinces la jugulaire externe au point où elle croise le muscle sterno-mastoïdien ; ceci fait, je coupe totalement en travers ce muscle, généralement plus bas que l'os hyoïde, de façon à pouvoir s'il y a lieu, comprendre dans la masse excisée les ganglions cervicaux et sous-angulaires ; car le cancer parotidien vrai, en raison des relations intimes spéciales à la parotide qui s'établissent entre les éléments glandulaires et le système lymphatique de l'organe, a une tendance à infecter largement les ganglions voisins et surtout les ganglions sous-sterno mastoïdiens.

Il est donc indiqué de vérifier l'état de la chaîne cervicale profonde et, si ces ganglions sont suspects, de les enlever en bloc avec la glande. A la faveur de la section du sterno-mastoïdien, l'opérateur dispose d'une pince solide : je saisis habituellement, avec une

d'une prise solide : je saisis habituellement, avec une

sterno-mastoïdien, et, la relevant de bas en haut, je peux poursuivre, avec netteté, la dissection du paquet ganglionnaire profond, jusque sur l'angle de la mâchoire, en m'aidant de petits coups de ciseaux tangents à la surface profonde de la masse. Comme la veine jugulaire interne, ainsi que son affluent thyro-linguo facial, a été bien repérée, grâce à la section du sterno-mastoïdien, il devient très facile, à mesure que la dissection remonte de bas en haut, de se rendre compte des connexions de la masse avec cette veine ; et, si ces adhérences sont indécollables, il est facile de sectionner la veine jugulaire entre deux ligatures et de continuer, par une dissection ascendante, la libération de la tumeur jusqu'au niveau ou au-dessus de l'angle du maxillaire.

Le prolongement inférieur de la tumeur étant ainsi libre, je m'attaque au pôle supérieur. A coups de rugine, je désinsère le sterno-mastoïdien de toute la surface mastoïdienne et abaisse fortement cette tranche musculaire saisie avec une forte pince à abaissement. Puis, je poursuis l'excision du sterno-mastoïdien, par des coups de bistouri longeant son bord postérieur et, à mesure que progresse cette incision, je saisis le bord postérieur du muscle avec deux ou trois pinces à abaissement qui tirent la masse en avant. Ainsi se poursuit cette sorte de dissection rétrograde de la tumeur parotidienne : au-dessous apparaît, par

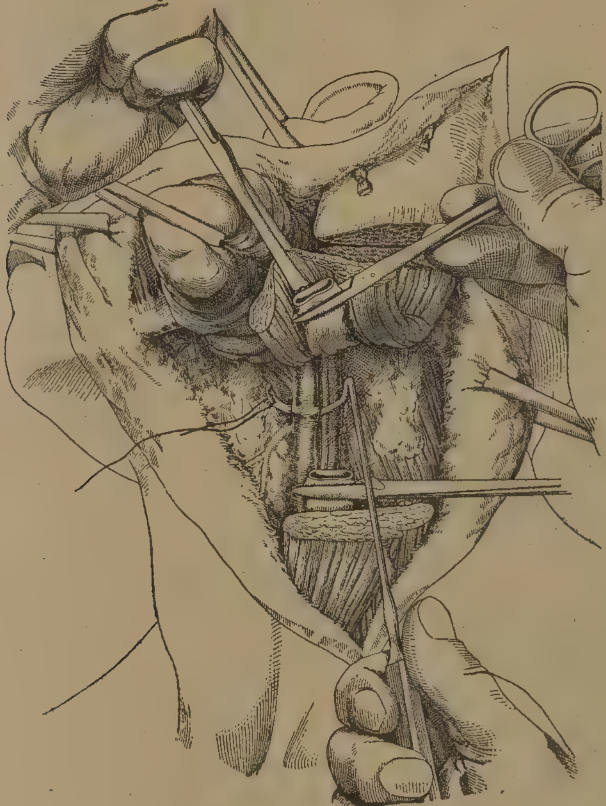


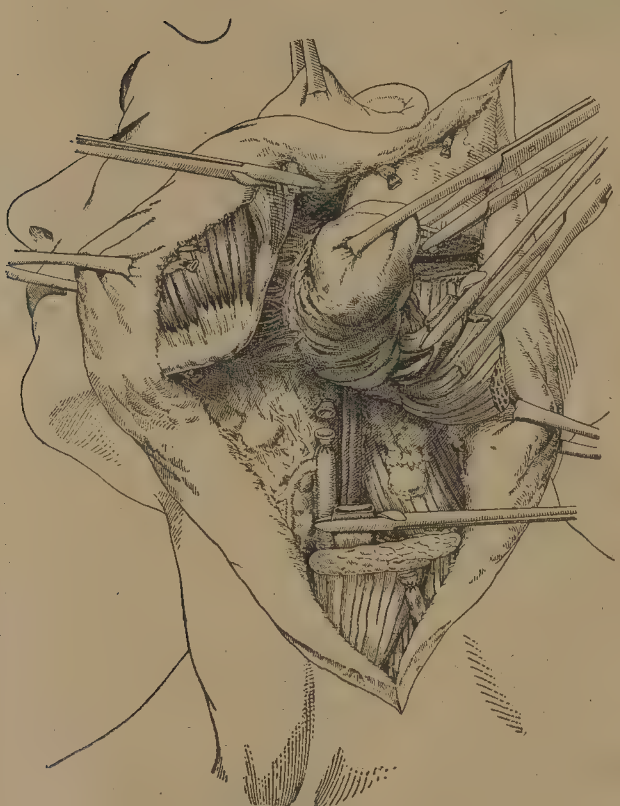
cette dissection large, progressivement approfondie sur toute son étendue, la région profonde ; on reconnaît le ventre postérieur du digastrique ; et, s'il est gênant, on le sacrifie ; on sectionne au-dessous du conduit auditif, dont on a rasé de près le cartilage, le tronc du facial en arrière de la base de la styloïde.

A cette hauteur, les rapports avec la jugulaire interne dans la zone stylo-digastrique, sont très proches ; et c'est alors qu'on apprécie l'avantage qu'il y a eu à repérer et reconnaître la jugulaire interne, dans la partie basse de l'incision.

A ce moment, la libération de la masse est très avancée : en haut, on achève de la libérer par la section du pédicule temporal. Entre la pointe de la mastoïde et la base de la styloïde, on a sectionné le pédicule stylo-mastoïdien, en rabattant la tumeur de bas en haut ; en arrière, on est libre et, peu à peu, en renversant de plus en plus la masse en avant, on mobilise la portion profonde de la tumeur ; en bas, on

a achevé de se rendre libre par la section de la carotide externe, entre deux ligatures, en général au-dessus de l'origine de l'artère faciale.





Dès lors, il devient facile de poursuivre la dissection dans la région profonde. Dans la plupart de mes opérations j'ai pu achever cette libération de la tumeur d'arrière en avant : la masse, entraînée fortement en avant par les pinces qui tiennent le muscle sterno-cléido-mastoïdien, et en arrière par celles qui ont saisi les pôles supérieur et inférieur de la tumeur, pivote vers la région massétérine : suivant la forme et la solidité des adhérences, cette libération se conduit soit avec le doigt et la sonde cannelée, si le prolongement profond reste sain et libre, soit à coups de ciseaux méthodiquement dirigés si les infiltrations néoplasiques fixent la tumeur aux gros vaisseaux profonds ; car la section des pédicules extra et sous-condyliens, quoique comportant une attentive hémostase en raison de leur richesse en veinules, n'est point un détail opératoire qui nécessite l'échancrure ou l'ablation du bord postérieur de la branche montante du maxillaire, et je n'y ai jamais eu recours.

***

Quatrième indication — d'ailleurs beaucoup plus rare — de cette méthode technique : ce sont les cancers du pavillon de l'oreille. J'ai observé une douzaine de ces cancers et j'ai été frappé de la grande fréquence de leurs récidives, inopérables, dans les ganglions de la zone parotidienne. Il y a là une condition spéciale, malignité que les classiques ne signalent point et qu'expliquent bien les propagations lymphatiques profondes de ces néoplasmes. Les collecteurs lymphatiques du pavillon de l'oreille aboutissent aux ganglions sous-sterno-mastoïdiens : ceux de la partie supérieure (hélix, fossette naviculaire et conque), après un relai dans les ganglions mastoïdiens, dans le groupe externe, entre la portion haute du sterno-mastoïdien et le splénius ; ceux de la partie inférieure (conque, tragus, lobule, affluent, d'une part à ces ganglions externes, d'autre part, au groupe interne des sous-sterno-mastoïdiens, à la chaîne jugulaire interne, et — détail anatomique important — à des ganglions de la loge parotidienne.

Or, il se passe, au niveau des ganglions parotidiens un fait histologique d'importance majeure qui, jusqu'à présent, n'a pas attiré, ce me semble, l'attention des chirurgiens. Il existe, à ce niveau, une remarquable interpénétration du système lymphatique et de l'appareil glandulaire. Cette connexion entre le tissu lymphoïde et le tissu épithélial a été, surtout, établie par Neisse (1) qui, par des coupes, en série, de parotides de fœtus et de nouveau-nés, a démontré l'envahissement des ganglions parotidiens par les acini glandulaires. Cette pénétration des éléments glandulaires dans les ganglions, qui peut arriver à réduire le tissu lymphatique à une mince coque entourant un bourgeon glandulaire, et qui s'explique par l'absence d'encapsulement de la glande et du ganglion aux stades initiaux de leur développement, me paraît expliquer comment, par la propagation lymphatique d'un néoplasme du pavillon, l'invasion cancéreuse est portée en pleine parotide. Elle me paraît être la raison

(1) Neisse : Uber den Einschluss von Parotisläppschen, in Lympfknoten, *Anat, Hefte, I ab L. Heft* Bd. X, p. 298, 1898.

de ces récidives, d'une haute gravité, occupant, en pleine masse, la loge parotidienne.

Et ce fait anatomique entraîne, je le crois, une décision thérapeutique radicale : l'exérèse d'un cancer du pavillon, avec adénopathies secondaires, dans la chaîne sous sterno-mastoïdienne et parotidienne, me semble comporter comme temps prophylactique, l'ablation de la parotide, c'est le seul moyen d'emporter, en bloc, les ganglions intra-parotidiens et de parer à l'envahissement glandulaire que permet l'interpénétration lympho-acineuse.

Sans doute, ce principe n'est point obligatoire dans tous les cas. Il y a des épithéliomas très limités et débutants qu'une amputation totale du pavillon (beaucoup moins déformante esthétiquement qu'on le croirait) suffit à guérir. Je parle des cas étendus, de la région du tragus surtout, avec adénopathie parotidienne. Depuis que j'ai suivi cette règle, j'ai obtenu 2 guérisons stables au delà de trois ans (sur 4 cas graves), alors qu'antérieurement dans 5 cas de cancers du tragus et de la conque, avec adénopathie propagée vers les ganglions internes de la chaîne jugulaire, j'avais observé, constamment, des récidives inopérables dans la loge parotidienne.



Sans doute, cela comporte la paralysie faciale ; mais, en matière de cancer, tout doit être sacrifié à la sécurité de l'exérèse radicale. Techniquement, le manuel opératoire se calque sur celui de l'ablation, plus haut décrite, de la parotidite : après détachement total de l'oreille, j'emporte, d'un seul tenant, un bloc composé du pavillon, du muscle sterno-mastoïdien désinséré à son insertion haute et de la parotide ; la figure ci-jointe représente une de ces pièces opératoires typique.

LES SCOLIOSES DOULOUREUSES DE L'ADULTE

Par M. LANCE

(Assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades.)

On croit communément que lorsque le scoliotique a atteint l'âge adulte, il est à l'abri de toute aggravation ultérieure, sa déformation étant définitivement fixée. Ceci est exact en général. Cependant les rechutes existent, elles sont même fréquentes. Et ceci ne doit pas étonner. En effet, l'édifice rachidien normal ne tient en équilibre que par l'action constante de la tonicité des masses musculaires périrachidiennes, parmi lesquelles les énormes masses sacro-lombaires jouent un rôle primordial. On sait d'ailleurs comment s'effondre le rachis lorsque, dans la paralysie infantile, un de ces groupes est frappé.

Or, le scoliotique « stabilisé » reste en équilibre avec des courbures osseuses anormales qui s'opposent, se contrebalancent, mais cet édifice est dans un équilibre précaire, plus précaire que celui du rachis normal, et, comme lui, maintenu uniquement par les muscles.

Vienne une cause d'affaiblissement de la musculature, comme les grossesses répétées chez la jeune femme, comme la déchéance musculaire qui survient souvent après la cinquantaine, l'édifice s'effondrera.

Cet effondrement secondaire présente un caractère bien particulier sur lequel il est important d'attirer l'attention du praticien c'est qu'il se manifeste surtout par des douleurs, et cela d'autant plus que le sujet est plus avancé en âge. Il se passe ici ce qui se passe partout dans l'organisme lorsque les axes osseux ont une direction anormale, que ce soit dans le pied plat, le genu valgum, la subluxation de la hanche, la scoliose, le processus est toujours le même. Le jour où la musculature devient insuffisante, il se produit d'abord des crises de contracture. Les muscles luttent. « La violence est la force des faibles, disait M. A. Broca. » Ces crises de contracture sont douloureuses et les douleurs siègent surtout aux points d'insertion des masses musculaires.

Puis, si l'affaiblissement musculaire continue, la musculature se laisse distendre et, inactive, s'atrophie. Ce sont alors les ligaments articulaires qui supportent le poids du corps. Or, si chez l'enfant, les ligaments, riches en tissu élastique, se laissent distendre facilement et sans douleur, il n'en est pas de même chez l'adulte. Avec l'âge, les ligaments deviennent fibreux, leur distension est particulièrement pénible. Elle entraîne à la longue des réactions de défense qui se traduisent souvent par des ossifications partielles des ligaments au niveau de leurs insertions (ostéophytes). Enfin, dans une troisième étape, le rachis se tasse, se replie sur lui-même, en cyphose marquée à la région dorsale qui est fixée latéralement par les côtes, avec une coudure latérale brusque à la région dorso-lombaire, ou lombo-sacrée, qui sont restées relativement souples. En ces points, apparaissent des névralgies à type nettement radiculaire par compression se produisant au niveau des trous de conjugaison. De toute manière, à tous les stades, ce sont des douleurs qui amènent le scoliotique chez son médecin.

La possibilité de ces scolioses douloureuses étant peu connue, il ne faut pas s'étonner de les voir considérer ces malades comme atteints de maux de Pott. C'est sous cette étiquette qu'on nous les adresse. Je vois chaque année trois ou quatre de ces anciens scoliotiques devenus douloureux avec l'âge. C'est sur l'ensemble d'une quarantaine de malades que j'ai pu suivre, que cette étude est basée. L'histoire de ces malades est le plus souvent simple, banale : c'est une femme huit fois sur dix, elle a fait une scoliose à l'adolescence, soignée ou non pendant plusieurs années, puis vers dix-sept ou dix-huit ans la déviation s'est stabilisée ; il a persisté une déformation d'intensité variable, ordinairement moyenne, parfois légère : habituellement une double courbure (lombaire gauche, dorsale droite), parfois une triple courbure, ou au contraire une courbure lombaire gauche sans compensation dorsale nette. Les années ont passé et c'est après un temps très variable que les premières crises douloureuses de « lumbago », de « douleurs de reins », ont apparu.

Chez la jeune femme c'est surtout à la suite de grossesses répétées et rapprochées que les premières douleurs apparaissent. Chez certains hommes, entre trente-cinq et quarante-cinq ans, c'est à la suite de fatigues physiques exagérées. Mais il faut bien savoir que c'est surtout après cinquante ans, surtout chez la femme, que débutent ces manifestations douloureuses.

Le plus souvent, les douleurs débutent sournoisement, augmentent peu à peu. Mais elles peuvent s'exagérer brusquement sous l'influence de causes variées. Tantôt c'est un traumatisme violent (projection par

éclatement d'obus, chute de tramway, de bicyclette, etc.), tantôt des secousses répétées (voyages); bien plus souvent les grandes douleurs ont succédé au soulèvement d'un fardeau (lourdes valises, port d'une bière dans un enterrement de campagne, une fille adulte devenue paralytique et que la mère est obligée de soulever, etc.), ou à l'affaiblissement, un amaigrissement rapide (grossesses, convalescence de maladies aiguës, grippe, pneumonie, ulcère de l'estomac).

Les douleurs sont d'abord passagères, par crises, n'apparaissant qu'à l'occasion d'une fatigue. Ce n'est que peu à peu que la douleur devient permanente avec des recrudescences nettes dans de certains actes bien déterminés (secousses en voiture, station debout prolongée, port de fardeaux, et station assise prolongée le torse penché en avant).

Au contraire le décubitus soulage instantanément ces malades, et même, au moins dans les débuts, la douleur disparaît complètement dès qu'ils sont couchés. Elle réapparaît le matin une demi-heure, une heure après le lever. Chez beaucoup, le port de ceintures serrées, de corsets ajustés, la suspension par la tête, par les bras, diminue aussi la douleur.

Le siège des douleurs est assez variable, comme son origine.

Dans les premiers temps le malade se plaint d'une douleur de reins, d'un « lumbago » — qui porte des deux côtés de la région lombaire, et sur les crêtes iliaques. Ces douleurs semblent bien en rapport avec la contracture musculaire, que l'examen révèle chez les malades. C'est la lutte des derniers vestiges de la musculature contre l'affaissement. Comme l'a noté le docteur G. Huc, les masses sacro-lombaires sont les dernières à résister, et les douleurs sur crêtes iliaques répondent bien à leurs insertions inférieures. A une période plus avancée, lorsque la musculature a cédé, les douleurs semblent avoir leur origine dans le double mouvement de désaxation et de tassement, que subit le rachis. Le *désaxement* est facile à constater. Quelle que soit la variété de la courbure scoliotique, il se traduit par ce fait que la verticale abaissée avec un fil à plomb de la fossette sous-occipitale médiane ne tombe plus rigoureusement dans le pli interfessier, mais tombe sur le côté, le plus souvent sur la droite. Les courbures de sens opposé qui se compensaient jusque-là ne se compensent plus. Le tronc tombe d'un côté et les muscles sont insuffisants à le retenir.

Le *tassement du rachis* est un phénomène encore plus constant. Dans quelques cas le malade lui-même sait qu'il a perdu de la taille. Il en a été averti par le tailleur, ou par la couturière. Une malade note qu'elle ne peut plus remonter certaine horloge sans monter sur un tabouret. L'un, soigneux, peut indiquer avec précision sa taille : 1 m. 70 à vingt ans, 1 m. 69 à vingt-neuf ans, 1 m. 65 à trente-six ans, époque d'apparition des douleurs. Ce tassement du rachis peut se produire au niveau de la région dorsale par exagération de la cyphose, mais c'est surtout une brusque plicature latérale qui s'est produite. Tandis que le segment dorsal du rachis est rigide, fixe, le segment lombaire reste chez le vieux scoliotique relativement souple. C'est en général à l'union du segment rigide et du segment souple, à la région dorso-lombaire (11e, 12e dorsale et 1re lombaire) que se fait la plicature, le désaxement du tronc. Parfois, comme l'a remarqué le docteur G. Huc, c'est au niveau de la 4e et 5e lombaire que se produit la coudure.

La preuve de ce tassement du tronc est facile à donner. Si l'on suspend le malade par la tête, ou, mieux encore, si on le soulève par le bras du côté opposé à celui de la chute du tronc, on peut, comme il n'existe plus le contracture musculaire, déplisser, allonger le rachis de 5 millimètres, 1 centimètre, parfois 2 centimètres, et ramener ainsi l'axe du tronc dans l'axe du bassin. Dès que la traction cesse le tronc retombe dans sa position vicieuse.

Le désaxement et le tassement du rachis ne va pas sans entraîner des tiraillements ligamentaires, et même des compressions radiculaires.

Les tiraillements ligamentaires ont lieu naturellement surtout du côté de la convexité. Les douleurs qui en résultent sont sans doute fréquentes, mais leur intensité n'est pas extrême. Rappelons que ces tiraillements ligamentaires entraînent à la longue des ossifications en bec de perroquet que l'on voit du côté de la convexité rachidienne. M. le professeur Sicard nous en montrait récemment un bel exemple dans son service.

Bien plus violentes sont les douleurs de compression radiculaire. Elles siègent du côté de la concavité, au point de plicature de la région dorso-lombaire, ou sur le bas du rachis lombaire. Le plus souvent ce sont des douleurs violentes le long du rebord des côtes, selon le trajet des 11e et 12e nerfs intercostaux. L'inclinaison du tronc de ce côté est pénible. Le malade l'évite. Plus rarement, ou seulement dans les moments de grande fatigue, la douleur s'étend à la partie supérieure de la fesse, à la partie interne de la cuisse jusqu'au niveau du genou, toujours du côté de la concavité lombaire.

On conçoit qu'en présence de ces douleurs à type radiculaire, de la déviation à coudure brusque du rachis, souvent de la contracture musculaire, la possibilité d'un mal de Pott soit la première hypothèse qui se présente à l'esprit. D'autant plus que la malade ne signale pas toujours l'existence antérieure d'une scoliose. Il y a si longtemps qu'elle n'en a plus entendu parler qu'elle l'a oubliée ou n'y attache plus aucune importance.

Bien plus, dans certains cas la scoliose de l'adolescence sera passée inaperçue. Plusieurs de nos malades nous affirment qu'elles étaient parfaitement droites jusque-là. Deux nous en fournissent des preuves troublantes. L'une invoque le témoignage de son médecin qui l'a soignée à plusieurs reprises pour des affections pulmonaires (auscultations, ventouses), et n'a jamais constaté aucune déviation. L'autre a depuis l'âge de douze ans toujours porté des corsets faits sur mesure, les deux côtés du tronc ont toujours été égaux, et c'est seulement à cinquante-quatre ans que la corsetière a signalé qu'un côté grossissait. Il semble donc que chez certains sujets la scoliose puisse débuter tardivement, après cinquante ans, et que cette scoliose puisse être douloureuse d'emblée. On conçoit alors combien le diagnostic avec le mal de Pott devient complexe. La radiographie du rachis face et pro-

fil est indispensable et l'interprétation des clichés n'est pas toujours facile. L'examen du liquide céphalo-rachidien peut donner un utile renseignement. Mais, à notre avis, ce qui tranche le diagnostic, c'est *l'action du décubitus sur la douleur*. S'il s'agit simplement de scoliose, dans tous les cas, les douleurs sont soulagées *en quelques minutes par le décubitus*, et reprennent presque aussitôt quand la malade quitte la position horizontale. Cette particularité ne se retrouve jamais dans le mal de Pott: le rachis fixé par la contracture ne présente pas ce plissement et déplissement sous l'action de la pesanteur.

Des considérations pathogéniques qui précèdent découlent naturellement certaines indications thérapeutiques.

Tout d'abord la prophylaxie.

Tout en évitant de l'effrayer, il est peut-être bon que le scoliotique « guéri » ne se considère pas comme un sujet normal et sache que certaines professions, l'exposant au port de lourds fardeaux, de fatigues excessives, lui sont interdites. Chez la femme scoliotique, les grossesses répétées rapprochées constituent aussi un danger. Dans la convalescence des maladies graves on surveillera le dos des scoliotiques et on ne fera reprendre la station debout que lorsqu'on jugera les forces suffisamment revenues et moyennant certaines précautions.

Pour la thérapeutique curatrice, elle différera selon l'âge du malade. Chez les sujets encore jeunes qui possèdent de la musculature et qui souffrent surtout de contracture, il convient de venir tout d'abord au secours de cette musculature par le repos en décubitus suffisamment prolongé, on y joindra du massage, des frictions alcoolisées, de l'héliothérapie, puis peu à peu quelques discrets exercices de développement musculaire. Plus tard, quand on reprendra la station verticale, il sera bon d'aider à l'équilibre du rachis parfois par un soulier à talon plus élevé d'un côté et de le soutenir par une ceinture de flanelle serrée (ceinture de zouave) ou un corset en coutil baleiné.

Mais le plus souvent on est en face d'un sujet âgé chez lequel le décubitus prolongé n'est pas sans danger, et chez lequel il faut renoncer à tout espoir de reconstituer une musculature. Ce qui en effet frappe chez ces malades, c'est leur maigreur, l'absence complète de tout muscle. Ce sont, selon l'expression du Doctur Huc, « des décharnés ». Et la proéminence de leurs saillies osseuses va compliquer le problème de l'appareillage. Ces malades ne sont en effet justiciables que de corsets rigides amovibles dont le type est le corset de celluloïd. Mais ces appareils sont très difficiles à faire tolérer. D'abord à cause de la maigreur et de la pression sur les points saillants du squelette. Ensuite parce que les gens âgés supportent très mal tout ce qui entrave le jeu de la respiration ; tout appareil qui appuie sur les côtes leur est insupportable. Aussi, au lieu du corset total emboîtant le bassin, les épaules, sommes-nous arrivés à établir un appareil plus restreint et cependant suffisant puisqu'il soulage les malades. Voici comment il est construit. Le moulage est pris en suspension par la tête ou mieux par le bras du côté opposé à la chute du tronc, pour bien déplisser le rachis. Le moulage positif sera rectifié, aminci à la taille, de manière à faire une « taille de guêpe ». Le corset de celluloïd construit sur le moulage se réduira à une sorte de ceinture en forme de double cône s'opposant par la pointe, l'un emboîtant le bassin, l'autre la base du thorax. Ce corset peut être très dégagé en avant et en arrière, sur les côtés au contraire il remonte le long du thorax par deux valves qui se prolongent par des courroies passant en sautoir sur les épaules. Le corset sera mis le matin, au lit, avant que le tassement vertébral se soit produit. Tous les malades qui ont consenti à tolérer un appareil construit d'après ces données se déclarent très soulagés. Mais ils souffrent à nouveau dès qu'ils veulent le supprimer, preuve absolue de son efficacité.

SYNDROME AIGU ET SPONTANÉMENT CURABLE D'INSUFFISANCE SURRÉNALE

RÉVÉLATEUR D'UNE TUBERCULOSE LATENTE DES CAPSULES SURRÉNALES

MORT SUBITE UN AN PLUS TARD

Par M. le professeur A. LEMIERRE et M. R. KOURILSKY.

Pour quiconque a l'expérience simultanée de la clinique et des autopsies, un fait ne cesse jamais d'être un sujet d'étonnement : c'est la fréquence relative avec laquelle on voit un état de bonne santé apparente se maintenir pendant longtemps, sans qu'apparaissent des troubles fonctionnels notables, nécessitant une intervention thérapeutique, malgré l'existence de lésions à la fois anciennes et étendues. Combien de morts subites le médecin légiste n'est-il pas amené à imputer, non à une maladie récente, mais à l'altération lentement destructive et poussée jusqu'à l'extrême limite d'organes indispensables à l'existence, altérations destructives dont l'insidiosité et la latence restent toujours surprenantes à concevoir. En face de semblables constatations, on se prend souvent à regretter de ne pas être plus exactement documenté sur les malaises, si minimes soient-ils, que le patient a pu éprouver pendant les semaines ou les mois qui ont précédé la mort et dont l'analyse précoce et minutieuse eût été susceptible d'enrichir nos connaissances non seulement sur la symptomatologie de la maladie en cause, mais peut-être aussi sur la physiologie des organes atteints.

Parmi ces organes d'importance vitale, les capsules surrénales méritent de retenir tout particulièrement l'attention. Depuis qu'Addison a établi la relation qui existe entre la dégénérescence tuberculeuse de ces glandes et le syndrome qui porte aujourd'hui son nom ; depuis que les physiologistes, éclairés par la découverte d'Addison, ont vu que l'ablation des surrénales entraîne une mort presque immédiate, les notions que nous possédons sur ce chapitre de pathologie se sont singulièrement étendues et précisées. La maladie d'Addison ne nous apparaît plus que comme un des aspects susceptibles de traduire l'insuffisance surrénale. Les recherches de Sergent et Léon Bernard (1), pour ne parler que des travaux français les plus connus, nous ont enseigné l'existence des syndromes surrénaux non addisoniens subaigus et chroniques ; elles nous ont appris à dépister les défaillances aiguës de la sécrétion interne des surrénales au cours des infections les plus diverses, défaillances tantôt passagères et curables, tantôt rapidement mortelles. Des investigations anatomo-pathologiques plus attentives ont surpris en pareil cas la présence soit de lésions récentes et notamment d'hémorragies au sein du parenchyme glandulaire, soit de lésions chroniques restées silencieuses jusque-là.

La tuberculose est de toutes les infections celle qui frappe les capsules surrénales avec la plus grande fréquence, engendrant d'ailleurs des complexus symptomatiques assez variés. Indépendamment des formes chroniques ou subaiguës, réalisant le syndrome d'Addison proprement dit ou le syndrome surrénal sans pigmentation addisonienne, il faut faire une large place à la *tuberculose latente des capsules surrénales.*

Il n'est pas exceptionnel tout d'abord de constater à l'autopsie des sujets morts de tuberculose pulmonaire ou péritonéale des lésions caséeuses plus ou moins étendues des surrénales, qui ne peuvent être considérées comme responsables de la mort. En tous cas ces lésions des surrénales ne s'étaient pas manifestées pendant la vie par des symptômes évidents, peut-être parce que ces symptômes, certainement très frustes, n'avaient pas été recherchés avec une suffisante minutie.

Mais la forme de tuberculose latente des capsules surrénales que nous avons particulièrement en vue est celle des sujets en bonne santé apparente, chez qui elle ne se révèle que quand elle a achevé à peu près complètement son œuvre de destruction (1). Les conséquences de cette caséification totale et insidieuse des deux capsules sont actuellement bien connues. Tantôt c'est la mort subite survenant soit sans raison appa-

(1) E. Sergent, *Etudes cliniques sur l'insuffisance surrénale,* Paris, 1920.

(1) E. Sergent et Léon Bernard, Sur un syndrome clinique non addisonien à évolution aiguë, lié à l'insuffisance capsulaire, *Arch. gén. de méd.*, juillet 1899.

rente, comme dans les cas de Creyx et Ragot (1), soit au cours d'une fièvre typhoïde évoluant normalement, comme dans les cas de Méry et Heuyer (2) et de Labougle (3), soit à la suite d'une vaccination antityphoïdique, comme dans le cas de Sergent (4), dont l'intérêt est tout à fait particulier. Tantôt, c'est l'apparition inopinée d'un syndrome aigu d'insuffisance surrénale rapidement mortel comme dans les observations de Portocalis (5), de Bouchut, Gensollen et Morenas (6), de Deglos (7), de Moutard-Martin (8), de Letulle (9), d'Oudard (10), de Willems et Goormahtig, de Binot (11), dans lesquelles on a vu ce syndrome survenir soit sans cause occasionnelle apparente, soit à la suite d'une infection intercurrente ou d'un traumatisme.

La tuberculose des capsules surrénales peut donc rester latente pendant toute ou presque toute son évolution et ne se révéler qu'à la période ultime, soit par la mort subite, soit par des accidents rapidement mortels. Mais il peut certainement se produire, au cours de cette évolution, alors que les lésions ne sont encore que partielles, des incidents passagers, survenant longtemps avant l'issue fatale et traduisant une défaillance transitoire de la fonction glandulaire. C'est le point sur lequel nous désirons insister aujourd'hui.

Déjà nous savons que la marche de la maladie d'Addison caractéristique n'est pas toujours régulièrement progressive. Il peut survenir au cours de cette affection des périodes d'aggravation faisant redouter une terminaison prochaine, auxquelles succèdent des améliorations se produisant soit spontanément, soit sous l'influence de l'opothérapie et permettant une survie prolongée. Nous avons suivi pendant plus de cinq ans un addisonien typique, ne suivant d'ailleurs aucun traitement particulier, et qui a présenté de semblables oscillations. Sergent (12) a rapporté en 1922 l'histoire d'un addisonien fruste qui a pu, pendant plusieurs années, se livrer à un travail modéré, mais qui de temps à autre faisait des crises d'asthénie et d'hypotension et qui finit par succomber à une crise d'insuffisance surrénale à type cholériforme ; à l'autopsie les deux glandes se montrèrent totalement dégénérées. Il est permis de croire que ce qui se passe au cours de la maladie d'Addison peut se produire, suivant un rythme analogue, mais sous un aspect singulièrement plus trompeur, lorsque la tuberculose des capsules surrénales est véritablement latente. En pareil cas les lésions glandulaires ne trahissent leur existence que sous l'influence de certaines causes occasionnelles et par intermittences entre lesquelles rien ne permet de soupçonner le danger terrible qui menace le patient dans un avenir plus ou moins éloigné.

Peut-être la tuberculose latente est-elle à la base de certaines « débilités surrénales » (1) invoquées pour expliquer l'apparition chez quelques sujets, au cours des maladies infectieuses, d'asthénie, d'hypotension artérielle, de troubles digestifs et de la ligne blanche de Sergent. D'autre part le fait rapporté par cet auteur de mort subite après une vaccination antityphoïdique chez un soldat porteur d'une dégénérescence caseuse totale des deux glandes est singulièrement suggestif : on peut se demander si, dans certaines au moins des observations dues à Lian, à Loeper, à Méry et Hallé (2), à Satre (3), les symptômes de choc vaccinal, si semblables à ceux de l'insuffisance capsulaire aiguë, n'ont pas eu pour raison initiale des lésions tuberculeuses, seulement partielles, des surrénales. Un grand pas aurait été fait sans doute dans la connaissance de cette question si les sujets ayant présenté dans ces diverses occasions, ces accidents passagers et curables, avaient pu être suivis pendant les périodes ultérieures de leur existence. Mais on comprend que de telles conditions d'observation à la foi clinique et anatomo-pathologique, ne peuvent être réalisées qu'à la suite d'un concours de circonstances exceptionnel. C'est pourquoi nous jugeons intéressant de verser au dossier de la tuberculose latente des capsules surrénales l'observation ci-dessous. Elle concerne un sujet qui a présenté sous nos yeux, pendant une grippe, un syndrome d'insuffisance surrénale aiguë, d'ailleurs obscurci par la coexistence de certains phénomènes inusités ; qui s'est rétabli cmplètement pendant un an ; puis que nous avons vu mourir brusquement au cours d'une nouvelle atteinte grippale, et à l'autopsie duquel nous avons trouvé une caséification totale des deux surrénales.

OBSERVATION. — M... (Giovanni), âgé de trente-sept ans, garçon de magasin, entre à l'hôpital Bichat, salle Bazin, le 20 novembre 1925.

---

(1) CREYX et RAGOT, Mort subite et dégénérescence tuberculeuse totale des capsules surrénales, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1921, 1er semestre, p. 127.

(2) MÉRY et HEUYER, *Soc. de pédiatrie*, 12 mai 1914.

(3) LABOUGLE, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 18 août 1907.

(4) E. SERGENT, Le diagnostic de la maladie d'Addison, *Bul. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 1922, 15 déc., p. 1679.

(5) PORTOCALIS, Insuffisance surrénale aiguë au cours d'une fièvre récurrente. Lésions préexistantes des surrénales. *Bul. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 1917, 23 mars, p. 545.

(6) BOUCHUT, GENSOLLEN et MORENAS, Tuberculose caséeuse totale des surrénales avec syndrome d'insuffisance surrénale à marche rapide sans pigmentation, Soc. méd. des hôp. de Lyon, 5 déc. 1922.

(7) DEGLOS, Abcès froid des capsules surrénales, *Lyon méd*, 25 juin 1921, t. CXXX, n° 12.

(8) MOUTARD-MARTIN, Tuberculose des Capsules surrénales chez un homme de 26 ans mort par cachexie. *Bul. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1917, 23 novembre, p. 1161.

(9) LETULLE, mort subite dans la tuberculose des capsules surrénales. *Soc. anat.*, 1894, p. 200.

(10) OUDARD, Insuffisance surrénale latente. Evolution rapide après un traumatisme, mort subite après intervention chirurgicale. Destruction totale des deux capsules par caséification tuberculeuse. Bul. et mém. de la Soc. méd. des hôp., 1922, 27 janvier, p. 184.

(11) BINOT, Tuberculose pulmonaire et des capsules surrénales. Mort subite après opération d'une fistule à l'anus. *Bul. de la Soc. anat.*, 1893, p. 117.

(12) E. SERGENT, Le diagnostic de la maladie d'Additon, *Bul. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1922, 15 déc. p. 1679.

(1) E. SERGENT, La débilité surrénale et les accidents consécutifs aux injections de Salvarsau, *Bul. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 1917, 20 févr., p. 312.

(2) H. MÉRY et J. HALLÉ, Sur certaines formes de réactions vaccinales antityphoïdiques (chocs vaccineux); leur traitement par l'adrénaline. *Bul. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1916, 10 nov., p. 1774.

(3) A. SATRE, Syndrome d'insuffisance surrénale aiguë provoqué par la vaccination antityphoïdique chez un addisonien latent, *Bul. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1917, 28 déc., p. 1318.

Il est tombé malade brusquement le 16 novembre : son affection a débuté par des frissons, par de la toux, par des vomissements qui se sont répétés depuis lors à chaque tentative d'alimentation et par une sensation de fatigue générale avec courbatures.

C'est un homme maigre, d'aspect peu vigoureux ; il paraît abattu. Les traits sont tirés. Son teint est à la fois pâle et plombé, un peu jaunâtre et terreux. La langue est saburrale. La température est à 39 degrés au moment de l'entrée, à 38°5 dans la soirée. La respiration n'est pas accélérée, 26 par minute. L'examen de l'appareil respiratoire ne montre que des sibilances et des ronchus nombreux dans les deux poumons. Le malade expectore des crachats mucopurulents. Le pouls est à 80 ; le cœur est normal. La tension artérielle mesurée avec l'appareil de Vaquez-Laubry est de Mxa 10, Mna 6 1/2.

Les troubles digestifs persistent : le malade a de fréquentes nausées et quelques vomissements après ingestion de liquide.

L'abdomen est plat et même un peu excavé, non douloureux spontanément et à la pression. L'appétit est nul. Constipation.

Le foie paraît de volume normal. La rate est percutable sur cinq travers de doigt sur la ligne axillaire et l'on palpe facilement son bord inférieur à chaque inspiration.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires vrais ; mais elles contiennent de l'urobiline.

Les réflexes tendineux et les yeux sont normaux.

L'interrogatoire révèle, chez M..., des antécédents héréditaires et personnels assez chargés. Il a eu cinq frères et sœurs dont 4 sont morts en bas âge. Italien de naissance, il est en France depuis six ans ; il a contracté le paludisme en Tripolitaine, il y a une dizaine d'années et présente depuis cette époque des accès intermittents deux ou trois fois par an. Il n'en a pas eu pourtant depuis un an et demi.

De plus, en 1921, il a été atteint d'une pleurésie aiguë avec épanchement qui a nécessité une thoracentèse.

Depuis ce moment M... s'est toujours considéré comme en bonne santé. Il mène une existence active. Marié, il a eu un enfant mort à trois mois. Il ne présente pas de symptôme d'alcoolisme chronique.

Le 21 novembre, température : matin, 36°8 ; soir, 37°4. Pouls 80. Respiration 26. Langue sèche. Examen du sang :

Globules rouges	4.880.000
Globules blancs	24.800
Polyneutrophiles	58 p. 100.
Eosinophiles	4 —
Grands mononucléaires......	2 —
Moyens mononucléaires	36 —
Lymphocytes	4 —

Pas dhématozoaires.

Le 22 novembre, température : matin, 38°4, soir, 39 degrés. Pouls 100. Respiration 24. Mêmes signes pulmonaires. Langue sèche.

On est frappé de l'odeur aigrelette de l'haleine.

La réaction de Gerhardt dans l'urine se montre fortement positive.

Nouvelle recherche d'hématozoaires dans le sang négative.

Le 23 novembre 1925, température : matin, 38°6 ; soir, 38 degrés. Pouls 100. Respiration 28. Mêmes signes bronchitiques. Langue sèche.

L'odeur de l'haleine persiste. La réaction de Gerhardt reste positive. Le dosage de l'acétone dans l'urine donne 4 gr. 60 par litre pour 1200 centimètres cubes d'urine dans les vingt-quatre heures.

Les jours suivants le tableau clinique prend un aspect assez particulier.

1° La température oscille assez irrégulièrement entre 37°6 et 38°6, avec une poussée à 40°8, pendant vingt-quatre heures le 28 novembre, une poussée à 39°6 le 30 novembre et une nouvelle poussée à 39°6 le 3 décembre, à la suite de laquelle la température tombe à 37 degrés en quarante-huit heures et s'y maintient définitivement.

2° Le pouls oscille entre 80 et 88. Le 28 novembre cependant, coïncidant avec la plus forte poussée thermique, il monte à 132 par minute, en même temps qu'il devient dépressible et presque filiforme. La tension artérielle mesurée le 3 décembre donne Mxa 8 1/2, Mna 4 1/2.

3° Les signes de bronchite persistent, variables d'un jour à l'autre. L'expectoration garde les mêmes caractères. L'examen bactériologique n'y montre pas de bacilles de Koch.

La respiration se maintient entre 24 et 28 par minute.

4° La langue est tantôt sèche et rôtie, tantôt saburrale. L'inappétence est absolue. Il y a encore par moment des nausées et des vomissements. De plus on voit apparaître de la diarrhée.

5° A partir du 28 novembre, le malade, qui était simplement déprimé, tombe dans un état d'abattement progressif qui dégénère en *torpeur* de plus en plus accentuée. Il reste dans son lit, immobile, répondant à peine aux questions qu'on lui pose et seulement après qu'on l'a secoué pour l'éveiller. Cet état de torpeur atteint son maximum du 27 novembre au 1er décembre. Puis il se dissipe progressivement.

6° Pendant toute cette période la réaction de Gerhardt persiste dans l'urine.

Les dosages d'acétone urinaire ont donné, par litre d'urine :

Le 1er décembre..............	1 gr. 78
Le 2 décembre..............	2 gr. 05
Le 7 décembre..............	0 gr. 45

Le taux de l'urine oscillant entre 800 et 1200 centimètres cubes par jour.

7° L'examen du sérum sanguin a démontré l'existence d'une azotémie assez notable.

Le 29 novembre	: urée du sérum....	1 gr. 70 p. 1000
Le 1er décembre	—	1 gr. 80 —
Le 2 décembre	—	1 gr. 21 —
Le 5 décembre	—	0 gr. 95 —

C'est seulement le 9 décembre que le chiffre de l'urée sanguine fut trouvé normal : 0 gr. 34 p. 1000.

L'examen de l'urine n'a pourtant montré à aucun moment ni albumine, ni cylindres.

8° Un nouvel examen hématologique renouvelé le 28 novembre a donné :

Globules rouges	4.860.000
Globules blancs	26.000

L'examen réfractométrique du sérum sanguin pratiqué le 1er décembre a donné :

Albumine .... 84 gr. p. 1000

9° L'hémoculture pratiquée le 28 novembre, au moment de la plus forte exacerbation thermique, est restée négative, de même les sérodiagnostics avec les bacilles typhique et paratyphique pratiqués à partir du 30 novembre.

La situation générale du malade, qui avait été très critique au moment de la poussée thermique du 28 novembre, était demeurée inquiétante les jours suivants. Le traitement a consisté en injections d'huile camphrée, injections sous-cutanées de sérum glucosé isotonique, lavements de bicarbonate de soude d'ailleurs mal tolérés.

A partir du 2 décembre, une amélioration s'est dessinée. Dès après la chute de la température le 5 décembre, le malade est complètement sorti de sa torpeur ; son appétit est devenu très vif ; et il a quitté l'hôpital sur sa demande le

19 décembre, se sentant tout à fait en état de reprendre son travail.

A ce moment, les signes de bronchite avaient complètement disparu. Un examen attentif des poumons avait montré au sommet gauche une légère diminution de la sonorité avec une respiration légèrement soufflante. La rate restait percutable, mais n'était plus perceptible à la palpation.

Le 31 *décembre* 1926, M... entre de nouveau à l'hôpital Bichat pour des accidents ayant débuté de la même façon que sa précédente maladie. Le 24 décembre il a été pris brusquement de frissons, de céphalalgie, de courbatures, de malaise, d'inappétence, de vomissements. Il était à ce moment en bonne santé. Depuis sa sortie de l'hôpital, en décembre 1925, il n'avait jamais interrompu son travail. Seulement, il lui arrivait parfois d'éprouver une fatigue anormale, le plongeant dans de véritables crises de sommeil irrésistible. Il avait de plus remarqué que ces accès de fatigue coïncidaient avec une sensation de soif intense.

A son entrée à l'hôpital, M... présente une température de 39°4 ; la respiration est accélérée ; le teint est plombé et jaunâtre ; il y a un peu de prostration. La gorge est rouge; pas de pigmentation de la muqueuse buccale.

L'auscultation montre des signes de bronchite généralisée, ronchus, râles sibilants, respiration saccadée ; de plus à la base droite il existe une respiration soufflante avec un foyer de râles sous-crépitants peu serrés.

L'expectoration est muco-purulente ; elle contient de nombreux pneumocoques, mais pas de bacilles de Koch.

Le cœur est normal. Le pouls est 96. La tension artérielle au Vaquez est de Mxa 13, Mna 5. Le dosage de l'urée du sang donne 0 gr. 44.

Dans les urines, ni albumine, ni glucose, ni pigments biliaires, ni réaction de Gerhardt. Poids du corps : 56 kilos. L'examen hématologique donne :

Globules rouges	3.200.000
Globules blancs	13.200

Rate non percutable.

Le 1er *et le* 2 *janvier* 1927, la température se maintient entre 39 et 40 degrés. Les signes pulmonaires ne se modifient pas. L'expectoration devient rougeâtre, collante, d'aspect pneumonique. Le pouls bat à 96.

Le malade reste prostré, somnolent, immobile. Mais il est absolument lucide quand on l'interroge. Il se plaint d'être fatigué ; mais il se meut rapidement et sans effort apparent quand on lui demande de s'asseoir sur son lit.

La langue est saburrale. Le malade a encore quelques vomissements et aussi de la diarrhée. Les urines sont foncées, 500 centimètres cubes par vingt-quatre heures ; mais elles ne contiennent aucun élément anormal.

Le 3 *janvier* 1927, température : matin, 38°4 ; soir, 38°1. Pouls 96. Respiration 20. Légère détente de l'état général.

Le 4 *janvier*, température : matin, 38 degrés ; soir, 38°8. Pouls 96. Le malade se déclare beaucoup mieux. Il est beaucoup plus éveillé. La diarrhée et les vomissements ont disparu. Tout fait prévoir une guérison prochaine.

Tension artérielle Mxa 12, Mna 6. Urée du sang : 0 gr. 38. Concentration de l'urée dans l'urine : 17 gr. 92.

Le 5 *janvier*, à trois heures du matin, M... demande à boire, s'assied sur son lit et tombe mort, sans que rien ait permis de présager un dénouement aussi rapide.

Autopsie, le 6 janvier 1926 :

Capsules surrénales. — Caséeuses ; à droite, la glande atteint le volume d'une grosse noix ; ouverte, elle est en état de dégénérescence caséeuse totale ; des concrétions crétacées représentent ce qui reste de l'écorce. La capsule gauche a conservé sa forme et son volume normal, mais elle est d'une dureté extrême et formée d'une série de tubercules crétacés confluents, séparés par un épais tissu fibreux.

Foie. — Poids : 1.620 grammes.

Sur la face supérieure, on trouve, s'étalant entre le diaphragme et la convexité du foie, un abcès caséeux gros comme une noix, attenant au parenchyme.

Sur la face antérieure, la capsule est épaisse autour d'une zone dure, large comme une pièce de cinq francs. En incisant cette plaque on trouve, au-dessous d'elle, une série de tubercules du volume d'un grain de plomb à celui d'une noisette, jaunes, consistants, et par endroits, durs et crétacés.

Poumons. — Le poumon gauche est infiltré à l'extrême sommet d'une sclérose très dure, enchassant des tubercules crétacés.

Le poumon droit présente des lésions apicales de sclérose tuberculeuse identiques, mais moins accentuées. Le lobe inférieur est gros, épais, un peu ruisselant.

Les bronches sont remplies de pus.

Cœur. — Normal.

Rate. — Poids : 340 grammes. La rate est grosse, dure et résistante, mais on n'y trouve aucune trace de lésions tuberculeuses.

Reins. — Poids : 190 grammes et 170 grammes. Normaux.

Encéphale. — Normal.

Cette observation peut être résumée de la façon suivante : un homme de trente-sept ans, présentant dans ses antécédents des manifestations de paludisme datant d'une dizaine d'années et une pleurésie aiguë séro-fibrineuse survenue quatre ans auparavant, est atteint, en pleine santé apparente, d'une infection aiguë fébrile à début brusque, avec bronchite, et ne pouvant guère être considérée que comme une atteinte grippale ou pneumococcique. Les recherches de laboratoire : hémoculture, sérodiagnostics, examen bactériologique des crachats, recherche des hématozoaires, l'étude de la formule hématologique montrant une hyperleucocytose accentuée ont permis d'écarter la possibilité d'une fièvre typhoïde, du paludisme ou de la tuberculose aiguë. Pourtant cette maladie, tout d'abord d'apparence banale, s'est rapidement accompagnée d'un état *d'asthénie excessive*, avec *torpeur* continuelle, suffisante pour inpirer de sérieuses inquiétudes, et coïncidant également avec des *vomissements* répétés et de la *diarrhée*. Simultanément, trois autres phénomènes ont attiré l'attention : 1° *un abaissement de la tension artérielle*, la tension maxima ayant descendu à 8 1/2, la minima à 4 1/2 au Vaquez ; 2° un certain degré *d'acidose* reconnaissable à l'odeur spéciale de l'haleine et à la présence dans l'urine de corps cétoniques en proportion exagérée ; 3° *une azotémie* notable, le taux de l'urée sanguine s'étant élevée jusqu'à 1 gr. 80 p. 1000.

Malgré cet état de choses menaçant, la guérison survint sans encombre : la température tomba brusquement quinze jours environ après le début ; le malade sortit de sa torpeur ; l'acétonémie et l'azotémie se dissipèrent. Moins de deux semaines plus tard, le sujet pouvait reprendre son travail.

Un an après, et sans avoir jamais été arrêté dans

ses occupations pendant cet intervalle, cet homme entra de nouveau à l'hôpital pour des accidents analogues à ceux qui l'y avaient amené une première fois : même début brusque avec frissons, fièvre, courbature, vomissements ; même poussée bronchitique ; mais, à aucun moment la situation n'a, cette fois, inspiré la moindre inquiétude et il a fallu le souvenir des accidents dont nous avions été témoins la première fois pour qu'il fût l'objet d'une surveillance particulière. Pas de dépression exagérée, pas d'acidose, pas d'azotémie, pas d'hypotension artérielle. Cinq jours après l'admission à l'hôpital, cette atteinte grippale semblait toucher à sa fin ; la température s'était abaissée, le malade déclarait éprouver un bien-être de bon augure : c'est alors que, sans aucun phénomène prémonitoire, il mourut subitement, au moment où il s'asseyait sur son lit.

Les symptômes singuliers constatés lors du premier séjour de cet homme à l'hôpital et dont l'origine était restée mystérieuse, avaient fait sur notre esprit une très vive impression et nous n'étions pas sans pressentir que la nouvelle atteinte grippale devait nous réserver quelque surprise. Son issue tragique vint confirmer cette crainte et nous livra d'ailleurs la solution de tout le problème. L'autopsie nous révéla l'existence chez ce sujet d'une dégénérescence caséeuse totale des deux capsules surrénales, caséification tellement complète que l'examen le plus attentif ne put nous montrer la moindre parcelle apparente de tissu glandulaire. Il y avait de plus un foyer caséeux limité à la surface du foie, et des tubercules caséeux fortement enkystés par de la sclérose à l'extrême sommet des deux poumons.

Il ne paraît pas douteux que les lésions tuberculeuses des capsules surrénales aient été la cause de la gravité de l'état général, de l'asthésie excessive et de l'hypotension artérielle observées pendant la première attaque de grippe, de même qu'elles expliquent la mort subite ayant mis fin inopinément, un an plus tard, à une nouvelle infection grippale.

A vrai dire, jusqu'au jour de l'autopsie, nous étions restés dans l'incertitude sur la véritable nature des accidents survenus au cours de la première infection. La coexistence de l'asthénie, des troubles digestifs et de l'hypotension artérielle pouvaient nous faire soupçonner l'insuffisance surrénale. Mais d'autre part l'acidose et l'azotémie ont accaparé notre attention d'une façon peut-être trop exclusive et, dans l'incertitude où nous étions, nous nous étions crus autorisés, sans conviction d'ailleurs très arrêtée, à leur attribuer le rôle principal. Maintenant que nous avons en main la solution du problème, nous sommes mieux placés pour discuter les relations qui peuvent exister entre ces deux phénomènes et l'insuffisance surrénale.

L'acidose s'est traduite chez notre sujet par une odeur caractéristique de l'haleine et par la présence dans l'urine d'une quantité d'acétone et d'acide diacétique ayant atteint un jour 5 gr. 50. Peut-être l'insuffisance surrénale a-t-elle contribué à son apparition. Nous savons que la sécrétion adrénalinique exerce une influence sur la glycémie et que Leriboullet a signalé l'hypoglycémie au cours des diphtéries graves avec insuffisance surrénale D'autre part Maranon a noté que les addisoniens possèdent une notable hypersensibilité à l'insuline qui provoque chez eux des phénomènes sévères d'hypoglycémie, hypersensibilité qu'Hallion et Gayet, Lewis et Magenta ont constatée également chez les animaux décapsulés. Rien ne défend de supposer que, chez notre malade, l'acétonémie ait été causée, au moins pour une part, par l'insuffisance de la sécrétion adrénalinique, devenue incapable de déclencher assez efficacement la libération compensatrice du glucose aux dépens des réserves glycogéniques ; et en partie aussi peut-être par un trouble du métabolisme des corps azotés au moment où il se produisait dans l'économie une désintégration accélérée des albumines tissulaires.

Quant à l'azotémie, ses relations avec l'insuffisance surrénale nous semblent plus improbables, bien que Sicard et Haguenau (1) aient signalé la possibilité de son apparition chez les addisoniens. Nous l'attribuons plus volontiers à une insuffisance fonctionnelle aiguë du rein dont le parenchyme secréteur a été temporairement inhibé par l'action de l'infection intercurrente qui, en même temps, a provoqué l'inhibition des éléments sécréteurs des capsules surrénales encore respectés par la tuberculose. Ajoutons qu'il y avait une atteinte hépatique concomitante se traduisant par de l'urobilinurie.

Telle est cette observation qui nous paraît être un exemple typique de tuberculose latente des capsules surrénales se révélant passagèrement, longtemps avant que la destruction totale des deux glandes fût un fait accompli, par des accidents aigus, spontanément et rapidement curables. Cette curabilité même, étant donné ce que nous savons sur le pronostic immédiat habituel de pareils accidents quand ils éclatent au cours de la tuberculose surrénale latente, a contribué à faire méconnaître la véritable nature de la maladie. Peut-être aurions nous pu néanmoins la soupçonner. Notre sujet avait eu quatre ans plus tôt une pleurésie tuberculeuse. Ses téguments étaient d'une coloration jaunâtre, très différente de la mélanodermie addisonienne, sans pigmentation de la muqueuse buccale, et à laquelle nous avons peut-être trop facilement, chez cet homme de nationalité italienne, attribué une origine ethnique. Une semblable coloration de la peau a été signalée dans certains cas de tuberculose surrénale.

Enfin, pendant la période d'un an qui a séparé la première atteinte grippale de la seconde, notre sujet a présenté de temps à autre des crises de fatigue avec tendance irrésistible au sommeil. Il y a donc là tout un faisceau d'indices qui, après coup, apparaissent comme significatifs. Mais, par contre, entre la pleurésie apparue en 1921 et la première grippe avec syndrome aigu d'insuffisance surrénale, en 1925 la santé avait toujours été bonne. Après la guérison de ce syndrome d'insuffisance surrénale et la mort subite survenue un an plus tard, le sujet a pu, malgré les crises passagères de fatigue que nous avons signalées, exercer sans jamais s'arrêter une profession assez fati-

(1) Sicard et Haguenau, Dosage de l'urée sanguine des addisoniens, *Bul. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 15 mai 1914, p. 902.

gante. Enfin l'attaque de grippe qui a été la cause occasionnelle de la mort subite ne s'est pas montrée d'une gravité particulière : point capital, elle n'a déterminé ni asthénie, ni hypotension artérielle notables et le dénouement fatal a été tout à fait inattendu.

Nous avons pensé faire œuvre utile en insistant sur tous ces détails. Ils confirment pleinement l'opinion des auteurs qui se sont efforcés de montrer quel intérêt il y a à chercher à dépister, au cours des états morbides les plus divers, les indices de l'insuffisance surrénale, si minimes soient-ils. Sans doute, dans l'interprétation de ces indices, se heurtera-t-on souvent, comme cela s'est trouvé dans notre cas, à bien des paradoxes, à bien des contradictions, à bien des phénomènes trompeurs tels que cette acétonémie et cette azotémie que nous avons vu se surajouter si étrangement au tableau de l'insuffisance surrénale aiguë. Mais notre observation est la démonstration qu'il ne faut pas se laisser égarer par de telles anomalies.

En tous cas la tuberculose latente des capsules surrénales est une maladie dont il ne faut jamais oublier la possibilité quand on se trouve en face de sujets entachés d'antécédents tuberculeux. Chez de tels sujets l'apparition de symptômes même frustes et transitoires pouvant faire penser à l'insuffisance surrénale au cours d'une infection grave ou bénigne devra retenir immédiatement l'attention. Lorsque le malade paraîtra complètement rétabli, il y aura intérêt à ne le pas perdre de vue et à chercher à surprendre chez lui par la suite le moindre petit indice suspect. Le fait de dépister d'une façon précoce une tuberculose latente des capsules surrénales ne comporte pas seulement en effet un intérêt théorique. Le malade peut en bénéficier. En cas de retour d'une infection intercurrente, et si la tuberculose a respecté encore une quantité suffisante de parenchyme secréteur, peut-être l'utilisation judicieuse de l'opothérapie surrénale permettra-t-elle au patient de franchir un pas difficile. Mais aussi, en lui évitant occasionnellement un traumatisme chirurgical ou une vaccination préventive dont nous connaissons les conséquences désastreuses, le médecin pourra contribuer à prolonger son existence.

DES MALADIES DU CAL

(RÉSORPTION, DISPARITION SOUDAINE, RAMOLLISSEMENT DOULOUREUX)

ET DE LEUR TRAITEMENT

Par R. LERICHE

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg.

Ce chapitre de pathologie est bien obscur dans les livres. On cite quelques faits, on incrimime quelques maladies infectieuses, l'influence, très discutable, du système nerveux central, le rôle des glandes à sécrétion interne, et c'est tout. Pas la moindre suggestion sur le mécanisme, sur le mode de prévention de ces accidents, sur leur traitement.

A la faveur des notions que nous avons acquises sur l'ostéogénèse dans ces dernières années et ses lois (1), il nous est possible d'être plus précis. Les maladies du cal, retard, résorption, ramollissement, disparition, sont devenues d'explication facile et on peut, aujourd'hui, les guérir presque à coup sûr.

Qu'on ne croie pas qu'il s'agisse là de maladies très rares, aussi exceptionnelles que le laisserait supposer l'indigence de nos connaissances à leur sujet.

Avec la pratique de l'ostéosynthèse, les faits se sont multipliés et ce sont des accidents avec lesquels tout chirurgien peut avoir à compter.

Mais tout d'abord quelques faits :

Observation I. — *Disparition très rapide d'un cal radiographiquement constaté après ablation d'une plaque d'ostéosynthèse* (2).

Il s'agissait d'un homme robuste, ayant été blessé par balle le 18 juillet 1918, et opéré quelques mois plus tard par ostéosynthèse au fil pour une pseudarthrose de l'humérus à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen. Le résultat avait été nul. Après avoir enlevé le fil métallique placé, et avoir avivé les fragments, je mis en place une plaque de Lambotte avec six vis le 30 janvier 1919. Le 5 avril, la consolidation était obtenue ; la radiographie montrait un cal en formation. Le 19 mai, le cal était cliniquement et radiographiquement volumineux, j'intervins pour vérifier le radial paralysé et enlever la plaque. Une perte de substance du nerf fut réparée par une greffe de Nageotte. La plaque enchâssée dans un cal très développé, fut enlevée. Trois jours après, je trouvai la pseudarthrose reproduite. Radiographiquement tout cal avait disparu, les extrémités osseuses étaient nettes sans trace du cal antérieurement constaté.

Greffe osseuse ultérieure. Guérison.

Obs. II. — *Résorption très rapide d'un cal après trois jours de grippe fébrile* (1). — Un homme de vingt-trois ans se fait en tombant de bicyclette une fracture spiroïde de jambe. Mise en plâtre immédiate. Six semaines plus tard, comme il y a un fort déplacement, le malade est envoyé à la clinique de Strasbourg où le 7 octobre 1924 Fontaine réduit la fracture sous rachianesthésie et fait une ostéosynthèse avec des lames de Parham. Consolidation rapide, cal volumineux. Le 15 décembre, le malade sort, marchant bien et reprend son travail.

Le 15 janvier 1925, il prend une bénigne grippe avec température élevée et s'alite pendant trois jours. Le 19, il se lève, sort dans son jardin : soudain sa jambe se dérobe sous lui. Il tombe et ne peut se relever. Il est amené à la clinique : les fragments sont complètement mobiles. Il n'y a plus du tout de cal, ni cliniquement ni radiographiquement. Il y a par contre une petite collection au milieu de la cicatrice. Elle est incisée. Il y a quelques gouttes de pus à staphylocoques. Ablation des bandes de Parham. Le 8 février, la consolidation n'ayant pas l'air de s'effectuer, on fait une sympathectomie périfémorale. Dix jours après, le cal est radiographiquement visible. Au vingtième jour il est sensible à la main. Au quarante et unième jour, il est aussi gros qu'au mois de décembre. Au soixante-douzième jour, il est énorme. La jambe est très solide. Guérison complète vérifiée un an plus tard.

Obs. III (inédite). — *Fracture ancienne (1908) de la colonne dorsolombaire avec cal volumineux. En février 1926, cholécystectomie avec drainage du cholédoque pour ictère lithiasique. Dans la convalescence douleurs lombaires progressives. Gêne progressive de la marche. Greffe osseuse ultérieure. Guérison.* — En 1908, D... fait une chute d'un arbre ; il se fracture des côtes et la 1re lombaire. Il guérit dans les délais normaux et se porte bien jusqu'en 1924 où, à l'âge de quarante-six ans, il prend des douleurs dans l'hypocondre droit qui se traduisent manifestement, dans

(1) Leriche et Policard. *Les problèmes de la physiologie normale et pathologique de l'os*, 1 vol., Masson, éditeur, 1926.

(2) Observation complète in Bouzol. — Quelques observations de pseudarthrose sus-épiphysaire inférieure de l'humérus. Leur traitement opératoire, *Th. de Lyon*, 1920.

(1) Fontaine. A propos de huit observations de retard de consolidation et de pseudarthrose traitée par la S.P. *Rev. de chir.*, 1926, n° 1, p. 95.

les années suivantes, comme une cholécystite. En janvier 1926, ictère fébrile. A ce moment, la radiographie montre un tassement de la XIIe dorsale, de la 1re et de la 2e lombaire, avec déviation latérale, formant un bloc, avec de fortes proliférations osseuses et des becs de perroquet très marqués. Le 11 février, cholécystectomie avec drainage du cholydoque pour lithiase de la voie principale avec cholecystite. Le drainage biliaire est maintenu une dizaine de jours. A cette date, il ne s'écoule plus de bile par le drain, ni par la plaie. Guérison rapide, mais avec persistance d'asthénie. Dans les semaines qui suivent, le malade se plaint de douleurs lombaires. Les choses sont si prononcées que, ne trouvant rien d'objectif, on propose au malade une ponction lombaire qu'il refuse. Il part alors et revient deux mois plus tard avec des douleurs de plus en plus vives dans le dos et de la gêne pour marcher. L'examen neurologique et viscéral est négatif. L'exploration locale montre une raideur considérable de la colonne (elle était souple quelques mois plus tôt) et une sensibilité très vive à la palpation. La pression sur la région du cal autrefois indolore est insupportable et il semble que la 12e dorsale fasse une saillie en arrière, qui n'existait pas auparavant. Le malade ne peut plus s'asseoir et ne marche qu'avec beaucoup de peine. Il a l'impression qu'il se tasse.

Le repos au lit n'améliore pas cet état, qui s'aggrave peu à peu. Si bien que le malade, qui avait tout d'abord refusé une intervention, la réclame un jour spontanément.

La radiographie ne permet pas de voir de modification de densité des os, le développement du bloc osseux périrachidien rendant la comparaison difficile.

Le 30 novembre 1926, sous anesthésie locale, je mets un grand greffon (18 centimètres), allant de la 11e dorsale à la 4e lombaire. Au cours de l'intervention je trouve sur les parties gauches de la 12e dorsale et de la 1re lombaire, vers la 12e côte et contre l'apophyse transverse des masses d'os nouveau, assez friable. Il y a certainement eu des remaniements dans ce vieux cal, tout récemment.

Disparition rapide des douleurs. Bientôt on a peine à retenir le malade au lit. Le 31 janvier, il part, marchant sans douleurs, pouvant se lever, se plier et s'asseoir. Il ne se plaint plus que d'une légère hyperesthésie dans le domaine du XIe nerf intercostal. Il a été revu deux mois plus tard en excellent état.

Voici en somme trois exemples de résorption du cal, deux avec disparition secondaire et complète, l'autre avec remaniement et sans doute raréfaction douloureuse. Ces modifications sont survenues dans des circonstances différentes, l'une après une intervention locale (ablation d'une plaque d'ostéosynthèse et réparation d'un nerf voisin), l'autre après une courte maladie fébrile qui a fait suppurer une cicatrice dont l'évolution avait été cliniquement aseptique, la troisième après un ictère lithiasique et drainage du cholédoque.

Peut-on trouver une explication à ces faits ?

Certainement oui, mais, pour cela, il faut se rappeler le mécanisme de l'ostéogénèse, de la formation du cal et les lois de la biologie osseuse, tels que nous les connaissons aujourd'hui.

Nous nous sommes fait pendant longtemps une idée très inexacte de la signification générale et de la vie du tissu osseux. Par une tendance, trop naturelle de nos esprits antropocentriques et finalistes, nous admettions comme évidence que le fait, pour un tissu, de constituer l'armature résistante qui nous permet d'être des hommes debouts, marchants, forts, souples cependant, est une fin en soi. Nous imaginions que cette fin justifie à elle seule une vie tissulaire tout entière orientée vers la solidité. Nos conceptions pathologiques étaient basées sur cette idée. La réalité est toute autre. L'os n'est, initialement et essentiellemen, qu'une réserve intra-conjonctive de sels minéraux et surtout calciques, assez instable. Les propriétés physiques de cette réserve surabondante lui ont permis de devenir un élément essentiel de notre vie de relation. L'usage, l'adaptation fonctionnelle, l'ont modelée en des maquettes qui nous paraissent immuables parce qu'elles survivent à la mort. Cela ne doit pas nous faire perdre de vue leur rôle initial de réserves plastiques et leur état réel de dépôt instable intra-conjonctif. La vie du tissu osseux n'est que le reflet de la vie de cette matière conjonctive. Le dépôt dans ses mutations est subordonné aux besoins organiques généraux et dépend avant tout du régime circulatoire qui règne autour de lui.

Il ne se maintient intact qu'en présence d'un certain équilibre vasculaire. Si le débit circulatoire diminue sans qu'il y ait stase, l'os se densifie. S'il y a stase veineuse, il subit une profonde décalcification puis la transformation adipeuse. Si, au contraire, la circulation devient plus active, s'il y a hyperhémie, l'os se raréfie. En restant bien vivant, il tend à se réduire à sa trame conjonctivo-vasculaire. Si les besoins organiques en sels calcaires augmentent, comme pendant que la mère construit le squelette de son enfant, par hyperhémie péri-osseuse, l'organisme puise dans ses réserves et l'os se résorbe.

En somme, l'os est le jouet de la vie conjonctive locale et de la vie organique générale..

Ces lignes générales étant posées, que se passe-t-il quand un os est fracturé ?

Le besoin que nous avons d'un squelette intact nous fait penser généralement que nous organisons de suite une série d'opérations organiques en vue de la réparation, sans bien savoir, d'ailleurs, qui règle cette ordonnance biologique.

En fait, la consolidation osseuse est le fruit d'une série de réactions qui s'ignorent, mais se juxtaposent en étant déclenchées par le traumatisme lui-même.

L'étude de l'ostéogénèse nous a montré, à Policard et à moi, que toute ossification chez l'adulte était fonction de deux conditions essentielles : d'une certaine qualité de tissu conjonctif et d'un apport de matériaux calcaires.

Il faut d'abord que le tissu conjonctif soit congestionné, devienne œdémateux, avec une trame fibrillaire nouvelle par multiplication, pour qu'il soit ossifiable, c'est-à-dire réceptif pour les sels de chaux.

Il faut, ensuite, que des sels de chaux soient apportés sur place. Dans la vie intra-utérine, les éléments minéraux viennent des réserves de la mère, c'est-à-dire de ses os surtout. Chez l'enfant et dans la période de croissance, ils viennent de l'alimentation et sont apportés par le sang. Chez l'adulte, ils semblent provenir toujours d'une libération locale des constituants des os voisins. Quand de l'os se construit, l'équilibre de composition du sang n'est pas modifié et par contre on peut toujours déceler, au voisinage des tissus qui s'ossifient, une raréfaction osseuse. Celle-ci est déclanchée par l'hyperhémie os-

seuse. Toute suractivité circulatoire péri et intra-osseuse s'accompagne d'une rapide diminution de densité de l'os hyperhémié. Expérimentalement, il en est ainsi après la sympathectomie périartérielle qui fait de la vaso-dilatation. Chez l'homme, dans des circonstances favorables, des radiographies montrent nettement cette raréfaction par hyperhémie. — Sur l'animal, on la retrouve dans certaines conditions expérimentales.

Et les éléments calciques ainsi libérés semblent rester sur place. Ils ne sont pas normalement emportés par le sang. On a pu en faire une détection histo-chimique dans les tissus parostaux.

En somme, *la condition de toute ostéogénèse, chez l'adulte, est une hyperhémie péri et intraosseuse*, qui déclanche dans les tissus conjonctifs voisins des transformations de sens défini, ce que l'on appelle, parfois, un retour à l'état embryonnaire et dans l'os lui-même une raréfaction avec libération sur place des éléments attaqués.

Or, que se passe-t-il quand un os est fracturé ?

Tout traumatisme produit rapidement une hyperhémie locale. Cette hyperhémie, accrue du fait de l'hémorragie interstitielle, atteint les parties conjonctives voisines et les extrémités osseuses fracturées. Le traumatisme provoque donc sur place les conditions mêmes qui sont le point de départ de l'ostéogénèse. Dès lors, toutes les opérations tissulaires connues se déclanchent automatiquement : de l'os nouveau apparaît dans le tissu conjonctif périfragmentaire, œdémateux et modifié ; les deux masses d'os nouveau en grossissant se rejoignent, se fusionnent et le cal est constitué. Ce cal est d'autant plus gros que le processus hyperhémique dure plus longtemps (cal des fractures légèrement infectées). Mais bientôt le tissu conjonctif utilisable est tout utilisé et le cal cesse de croître. L'hyperhémie semble cesser dans le tissu conjonctif avant de cesser au niveau de l'os même. Et c'est sans doute ainsi que le cal cesse de croître. Puis, la circulation revient peu à peu au régime normal. Les tissus mous voisins se condensent, en périoste, autour de l'os néoformé auquel les mouvements, les pressions achèvent de donner son état définitif. Mais pendant longtemps, l'os ainsi produit est de l'os fibreux, peu dense, biologiquement fragile.

Que brusquement survienne un nouveau flux d'hyperhémie locale, il peut d'un coup être résorbé, puisque toute hyperhémie péri et intraosseuse tend à raréfier l'os. Il disparaît laissant vide la trame conjonctive qui le logeait, sans qu'un tissu conjonctif voisin soit apte à le recevoir. Que devient-il alors ? Nous n'en savons rien. Mais c'est un fait que les cals qui disparaissent le font presque toujours après un état congestif local, comme celui que produit un traumatisme opératoire (observation I) ou un état infectieux local activé par une maladie infectieuse générale (observation II).

Ainsi, les résorptions rapides et les disparitions soudaines des cals, s'expliquent très bien par la physiologie même de l'ostéogénèse. Il y a, à leur origine, un processus de même ordre que celui qui a présidé à sa formation même.

Mais comment comprendre le ramollissement d'un cal ancien et son remaniement dans le cas de l'observation III ?

La physiologie nous en donne une explication très précise. Si l'on veut bien se souvenir que le squelette n'est, initialement et génétiquement, qu'une réserve de sels minéraux, il va de soi qu'au jour où l'organisme a besoin de ses réserves minérales, il les mobilise là où elles sont. Un cal, même ancien, est alors atteint comme l'ensemble du squelette, mais cette reprise au niveau du cal a des conséquences qu'elle n'a pas ailleurs.

Or, on sait depuis longtemps que la perte prolongée de la bile amène des ostéomalacies. Doyon, en 1902, a, le premier, signalé un cas de ce genre : une chienne dont le cholédoque avait été réséqué et qui avait gardé une fistule biliaire, présenta au bout de sept mois des signes d'ostéomalacie et mourut au dixième. En 1905, Pawlow retrouva le même fait, qui fut étudié ultérieurement par Seidel, à l'occasion d'une observation humaine, puis par Looser et par Recklinghausen. Tout récemment (1), Dieterich a repris ces travaux expérimentaux sur dix animaux. Il a vu que chez un chien sacrifié neuf mois après résection du cholédoque et fistulisation de la vésicule à la peau, les os se laissaient couper au couteau, et présentaient histologiquement une résorption lacunaire très prononcée. Il en a conclu que cette sorte d'ostéomalacie était sous la dépendance du manque ou d'une diminution dans l'apport des sels de chaux. Il me semblerait plus juste de dire que pour compenser la perte de chaux par la bile, ou par la non absorption de la chaux alimentaire, l'animal puise dans ses réserves et les mobilise pour ses besoins. D'où cette raréfaction progressive, analogue à celle que l'on voit parfois chez la femme au cours de la grossesse, pendant la construction du squelette de l'enfant.

Dans de semblables conditions, un cal peut se raréfier, devenir lacunaire, se tasser. Et c'est sans doute ce qui s'est passé chez le malade de l'observation III.

En somme, les résorptions de cal en toutes circonstances sont des phénomènes physiologiques assez aisément explicables à l'heure actuelle et qui peuvent servir même, je crois, à comprendre certaines maladies encore mystérieuses comme les dystrophies kystiques des os (ostéite kystique), les cals bulbeux, etc. Mais ceci m'entraînerait trop loin.

***

Au point de vue pratique, il y a lieu d'envisager deux questions : Peut-on prévenir la résorption d'un cal ? Peut-on l'enrayer ou en réparer les conséquences ?

La prévention de ces accidents est, dans une certaine mesure, possible. On doit savoir qu'un cal récent est un cal instable que toute hyperhémie peut atteindre. On doit donc le ménager, ne pas l'exposer à des congestions locales et surtout s'abstenir de toute intervention à son niveau avant plusieurs mois. Après l'ostéosynthèse notamment, il convient de laisser long-

(1) Dieterich. Le ramollissement ostéoporosique après les fistules biliaires. *Brun's Beitr. zur klin. Chir.*, t. XXXIV, f. 4, p. 530, 1926.

temps en place les éléments métalliques de synthèse et de ne les enlever que très tardivement, après six ou sept mois. Il faut savoir aussi que toute faute d'aspesie peut se payer même à distance, même après une guérison par première intention. Toute cicatrice un peu rouge, un peu œdémateuse, fait courir des risques à un cal, parce qu'elle entretient à son voisinage un état de microbisme latent susceptible de réveil sous une cause générale, comme dans l'observation II. Enfin, quand un malade porteur d'un cal est soumis à une épreuve physiologique comme la grossesse, comme un drainage biliaire, il faut savoir surveiller le cal et au besoin diriger l'alimentation en conséquence.

En présence d'une raréfaction constituée, incomplète ou complète, nous ne sommes pas désarmés.

Quand les os sont revenus à leur état fracturaire, quand il y a une pseudarthrose par résorption d'un cal, la sympathectomie périartérielle peut par l'hyperhémie qu'elle produit remettre le tissu conjonctif et les os dans les conditions physiologiques de la réparation, et amener très rapidement la formation d'un cal si les os sont au contact.

J'ai recueilli dans la littérature de ces dernières années 16 succès sur 17 retards de consolidation, pseudarthroses traités par sympathectomie périartérielle. Dans mon service, sur 10 opérations, il y a eu 6 consolidations très rapides. Dans ces 6 cas, se trouve comprise l'observation II que j'ai rapportée plus haut. Il est probable que dans l'observation I le même résultat aurait pu être obtenu, et que la greffe n'était pas nécessaire, mais à l'époque (1919), je n'en savais rien.

Si la raréfaction du cal est due à une cause générale, comme il y a diminution générale de la masse calcique dans tout le squelette, il est plus sûr de faire une greffe et d'apporter sur place des éléments minéraux de réparation. Dans mon observation III, la guérison a été ainsi rapidement obtenue et le malade, impotent depuis des mois, a guéri en quelques semaines.

LA FORME PONTO-CÉRÉBELLEUSE

DE LA PARALYSIE PSEUDO-BULBAIRE

Par M. Jean LHERMITTE, agrégé, médecin de l'hospice Paul Brousse, et M. N. KYRIACO

Depuis l'époque, déjà reculée, où Lépine décrivait la paralysie pseudo-bulbaire, nombre de travaux, dus surtout aux neurologistes français, ont enrichi notablement la symptomatologie de cette affection. Et aujourd'hui le tableau clinique de la paralysie pseudobulbaire se montre l'un des plus riches de la neurologie.

Cette complexité symptomatique tient, est-il besoin de le rappeler, à l'étendue et à la diversité des lésions dont le système nerveux du pseudo-bulbaire est généralement affecté. On le sait, en effet, la paralysie pseudo-bulbaire s'installe sur un organisme profondément taré, soit par la sénilité, soit, et plus souvent encore, par cette affection génératrice des graves lésions artérielles du cerveau : la syphilis.

En poursuivant l'hypothèse géniale et hardie à l'époque où elle fut présentée par Brissaud, nous avons montré, avec L. Cornil, par des faits anatomo-cliniques, que la paralysie pseudo-bulbaire pouvait reconnaître une double origine : l'une, dans l'altération des faisceaux cortico-ponto-bulbaires, l'autre, dans la lésion du système strié.

Mais ces deux tableaux anatomo-cliniques n'expriment pas complètement la physionomie de l'affection que nous avons en vue.

Déjà, nombre d'auteurs, et en particulier M. Cacciapuotti, avaient montré la relative fréquence des symptômes cérébelleux au cours de l'évolution de la paralysie pseudo-bulbaire ; et le problème d'un syndrome pseudo-bulbaire d'origine cérébelleuse s'était même posé devant certains esprits.

Reprenant l'étude de cette question, J. Lhermitte et J. Cuel apportèrent une observation clinique significative, surtout en ce qu'elle paraissait démontrer la réalité d'une paralysie pseudo-bulbaire liée à des lésions du pédoncule cérébelleux moyen, dans la prétubérance, associées à la dégénération des fibres cortico-ponto-bulbaires.

Le tableau clinique, dans ce fait, était dominé par deux accents : l'un pyramidal, l'autre cérébelleux. Mais, et ce fait est des plus suggestifs, non seulement la symptomatologie cérébelleuse dominait, mais encore celle-ci s'était manifestée plusieurs années avant l'apparition des phénomènes pseudo-bulbaires.

Le malade observé par Lhermitte et Cuel, âgé de soixante-neuf ans et hospitalisé en raison d'une difficulté progressive de la marche apparue trois ans auparavant, présentait, dès son entrée, un syndrome cérébelleux des mieux caractérisés. La dysmétrie apparaissait très nette aux quatre membres avec prédominance à gauche ; celle-ci s'accompagnait de tremblement cinétique à grandes oscillations. Le signe de la flexion combinée des jambes et du tronc (Babinski) était des plus nets, ainsi que l'asynergie des membres inférieurs dans l'épreuve du renversement de la tête en arrière.

Les troubles de la marche sont, on le sait, presque constants dans la paralysie pseudo-bulbaire banale, et les démarches, spasmodique ou figée, donnent un cachet que tout le monde connaît. Mais ici, il s'agissait de tout autre chose ; et la démarche du malade oscillante, titubante, festonnante ou ébrieuse, s'avérait très franchement de caractère cérébelleux.

D'autre part, la dysarthrie, la dysphagie, la salivation excessive, la tendance au pleurer et au rire prolongés, une déviation légère de la face, la trémulation des cordes vocales, jointes à l'exagération des réflexes tendineux, indiquaient clairement que, au syndrome cérébelleux, s'associait un syndrome pseudo-bulbaire.

En raison du caractère lentement progressif de la maladie et de l'intrication des symptômes cérébelleux avec phénomènes pseudo-bulbaires, Lhermitte et Cuel conclurent à l'existence de lésions nécrotiques multiples et disséminées dans la protubérance. Il semblait, en effet, que par l'atteinte simultanée des fibres et des noyaux du P.C.M. d'une part, et des faisceaux cortico-bulbaires d'autre part, de petits foyers malaciques dans la protubérance, pussent expliquer le complexus symptomatique, à la fois pseudo-bulbaire et cérébelleux.

L'examen anatomique vint justifier cette hypothèse. Lhermitte et Cuel constatèrent, en effet, l'existence d'un état criblé de la protubérance contrastant avec l'intégrité du cervelet. Les olives bulbaires présentaient également cette pseudo-hypertrophie qui fut décrite d'abord par Pierre Marie et Guillain, Lhermitte et Lejonne, et dont Ch. Foix montra la relation avec la dégénération du faisceau central de la calotte, lequel chemine, on le sait, dans la partie dorsale de la protubérance.

Pour être complets, nous ajouterons qu'il existait bien quelques lacunes dans les corps striés ; mais c'est là une constatation trop banale à l'autopsie des

vieillards pour être retenue dans l'interprétation pathogénique du cas que nous relatons.

La superposition si exacte des tableaux clinique et anatomique confère, on le voit, une véritable autonomie à ce type de paralysie pseudo-bulbaire et légitime pleinement la dénomination de forme ponto-cérébelleuse que Lhermitte et Cuel lui avaient assignée.

C'est dans ce cadre que vient tout naturellement se placer une observation rapportée plus récemment par Crouzon, Dereux et Kenzinger. Comme dans le cas précédent, au syndrome pseudo-bulbaire caractérisé par la dysarthrie, la dysphonie, la dysphagie les myoclonies du voile du palais, le rire et le pleurer spasmodiques, s'associaient des symptômes cérébelleux dont la dysmétrie, l'adiadococinésie, l'asynergie, la catalepsie étaient les plus éclatants. Il convient d'ajouter que la perturbation du système pyramidal était également des plus nettes et se traduisait par l'exaltation des réflexes tendineux et osseux à laquelle se joignait une extension bilatérale du gros orteil avec exagération des réflexes dits de défense. On le voit, les traits cliniques de cette observation, laquelle ne fut pas sanctionnée par un examen anatomique, se superposent rigoureusement à ceux qu'avaient relevés Lhermitte et Cuel. Aussi, après avoir discuté l'hypothèse d'un double foyer, l'un cérébral, et l'autre cérébelleux, pour rendre compte de la symptomatologie complexe que présentait leur malade, Crouzon, Dereux et Kensinger reconnaissent être amenés à adopter la façon de voir de Lhermitte et Cuel et d'admettre l'existence d'une lésion occupant la partie supérieure de l'étage inférieur de la protubérance. Cette hypothèse se trouve renforcée et soutenue par le fait que, chez le malade observé par ces auteurs, le syndrome pseudo-bulbaire et cérébelleux, s'établit brutalement à la suite d'un ictus et ne subit aucune aggravation progressive appréciable.

A considérer la littérature médicale, il semble que les exemples de la forme ponto-cérebelleuse de la paralysie pseudo-bulbaire ne soient pas d'une bien grande fréquence. Cette impression, croyons-nous, n'est pas, peut-être, aussi justifiée qu'elle le paraît. En effet, nous avons retrouvé, depuis l'époque de notre précédent travail, un exemple nouveau du type que nous avons décrit. Et il n'est pas interdit de penser que mieux avertis de la réalité de ce type anatomo-clinique, les neurologistes en constateront chaque année de plus nombreuses répliques.

L'observation nouvelle que nous rapportons ici a trait à un homme de cinquante ans, éthylique qui, en février 1924, fut pris brusquement par un ictus, sans perte de connaissance, à la suite duquel se fixa le syndrome pseudo-bulbaire et cérébelleux tel à peu près que nous le retrouvons aujourd'hui, après une observation prolongée pendant deux ans. Chez ce sujet, le syndrome pseudo-bulbaire s'accuse par le pleurer spasmodique, la dysarthrie, l'hypertonie des quatre membres, l'exagération des réflexes tendineux accompagnés du signe de Babinski à droite et d'une ébauche d'extension de l'orteil avec signe de l'éventail à gauche. La dysphagie s'est accusée surtout depuis quelque temps et le gâtisme s'est installé définitivement.

Lorsque nous examinâmes le malade pour la première fois en décembre 1924, nous fûmes frappés par la prédominance vraiment saisissante du syndrome cérébelleux sur la symptomatologie pseudo-bulbaire. Tout de même que dans les faits précédents, la démarche apparaissait titubante et festonnante, cérébello-spasmodique ; la dysmétrie, l'ataxie cérébelleuse, le tremblement cynétique se montraient des plus nets dans les mouvements d'épreuve.

Ainsi que nous l'avons dit, le tableau clinique, établi d'emblée en février 1924, ne se modifia guère dans la suite et, à notre dernier examen (17 août 1927), nous retrouvions, comme deux ans et demi auparavant, la double expression cérébelleuse et pseudo-bulbaire.

L'installation brutale de l'affection chez ce malade, à la suite d'un ictus, apparente ce fait à celui qu'ont rapporté Crouzon et ses collaborateurs. Ici, comme là, il est rationnel d'admettre l'existence d'un foyer destructif d'origine artérielle intéressant la région ventrale de la protubérance et sectionnant à la fois les fibres corticobulbo-spinales d'une part, et les fibres transversales du pont qui donnent naissance au P. C. M. d'autre part.

L'authenticité d'un type ponto-cérébelleux de la pseudo-paralysie bulbaire se trouve, on le voit, appuyée par des faits cliniques et anatomiques trop précis pour être révoquée en doute. Il nous reste maintenant à rechercher l'explication physio-pathologique de ce syndrome à double expression symptomatique.

Ainsi que nous l'avons montré avec L. Cornil, les phénomènes pseudo-bulbaires: dysphagie, dysarthrie, dysphonie, amimie, pleurer et rire spasmodiques peuvent traduire soit une adultération des voies cortico-ponto-bulbaires, soit, ainsi que le supposait déjà Brissaud, une lésion bi-latérale du système strié.

Bien que nous ignorions le trajet exact des fibres de projection des corps striés, et qu'il ne soit pas impossible qu'une lésion protubérantielle puisse les atteindre, nous savons cependant que l'influence des corps striés sur la musculature s'effectue par des voies nombreuses semées de relais fréquents ; de telle sorte que celles-ci sont beaucoup moins menacées dans leur trajet que les voies directes de la motricité volontaire ramassées dans les faisceaux pyramidaux et cortico-bulbaires. C'est pourquoi, en dehors d'autres considérations dont l'exposé nous entraînerait trop loin, nous pensons que l'expression pseudo-bulbaire, déterminée par les lésions protubérantielles, est la traduction de lésions qui portent non pas sur les fibres descendantes de l'appareil strié, mais sur les voies d'origine corticale qui commandent le fonctionnement volontaire des centres pontiques et bulbaires de la musculature des lèvres, de la langue, de la face, du pharynx, et du larynx.

Pour ce qui est de l'expression cérébelleuse, son origine est beaucoup plus explicite et il n'est pas douteux qu'elle est liée à l'altération plus ou moins grossière des fibres du P. C. M. dans son segment protubérantiel. De trop nombreux faits, à commencer par l'observation célèbre de J. Babinski, démontrent comment, et avec quelle facilité, les lésions de la protubérance retentissent sur la fonction cérébelleuse en la

désorganisant, pour qu'il soit utile d'insister sur ce point.

Quant à la nature de la lésion, elle ne peut être selon nous qu'artériopathique ; et cela, pour deux raisons : d'abord parce qu'il s'agit d'individus âgés, puis que fréquemment (deux cas sur trois), le syndrome s'établit avec la brusquerie et l'imprévu qui président aux ruptures et aux oblitérations artérielles. Nous n'avons aucun renseignement étiologique précis sur le cas rapporté par Crouzon, Dereux et Kenzinger, mais, dans nos deux faits, la lésion artérielle originelle était probablement sous l'influence de la syphilis. Nous ne saurions trop redire l'importance que nous attachons à la recherche des antécédents, des stigmates et des réactions humorales de la syphilis dans la maladie pseudo-bulbaire, quelle que soit la forme qu'elle affecte. La syphilis domine de haut l'étiologie de cette affection ; elle en est la grande pourvoyeuse. Mais elle n'est pas le seul agent étiologique, et il est facile de saisir, à priori, que les tumeurs, les processus infectieux, la sclérose en plaques par exemple, lorsqu'ils attaquent la protubérance, sont susceptibles, eux aussi, de donner naissance à la forme ponto-cérébelleuse de la pseudo-paralysie bulbaire.

Pour revenir au problème qui nous occupe, c'est-à-dire aux lésions protubérantielles d'origine artérielle, nous ajouterons que notre expérience nous a montré depuis longtemps leur fréquence. Et celle-ci se comprend aisément si l'on songe au faible calibre des vaisseaux pontiques et à leur branchement sur la grosse artère basilaire.

*
* *

En dernière analyse, des faits que nous venons d'exposer, il appert qu'il existe un type de pseudo-paralysie bulbaire à double expression symptomatique et dont la traduction cérébelleuse n'est pas la moins saisissante. Réalisée par des lésions développées au sein de la protubérance, ce qui leur permet d'attaquer et de détruire les faisceaux cortico-bulbaires et les fibres du P. C. M., cette forme de paralysie pseudo-bulbaire affecte principalement, semble-t-il, les sujets en état d'involution sénile, surtout lorsque, à la décadence de l'âge, s'adjoint l'influence du virus syphilitique.

Dépister cette modalité nouvelle ne se heurte à aucune difficulté pour un esprit suffisamment prévenu. Et nous ne doutons pas que ce type anatomo-clinique ne soit plus fréquemment rencontré maintenant que nous avons insisté sur ses particularités cliniques et évolutives.

LA PULVÉRISATION DES EXTRÉMITÉS ARTICULAIRES

ESSAI SUR LA PATHOGÉNIE DES ARTHRITES DÉFORMANTES

Par P. MOULONGUET

Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Mon attention a été attirée depuis plusieurs années sur un phénomène pathologique qui a été jusqu'ici très peu étudié (Freund (1)) et qui me paraît cependant avoir une grosse importance pour la pathogénie des arthrites chroniques déformantes : c'est celui de la pulvérisation des extrémités articulaires.

Sous ce nom, j'entends le détachement de multiples petits éclats osseux arrachés à une épiphyse, l'éparpillement de ces menus copeaux d'os dans la cavité articulaire, et les phénomènes réactionnels qui s'en suivent de la part des parties molles de l'articulation.

Le phénomène de la pulvérisation des extrémités articulaires peut être rencontré dans deux ordres de cas : soit un traumatisme très violent produisant une distorsion articulaire et le broiement ou l'arrachement de fragments d'os, soit un ou plusieurs microtraumatismes agissant sur des os fragiles, enflammés ou atteints d'ostéoporose. Ce dernier type est le plus fréquent.

On peut étudier les phénomènes de la pulvérisation des extrémités articulaires sur des pièces humaines et sur des pièces expérimentales. Nous donnerons d'abord deux observations cliniques où l'on pourra juger du phénomène et de son importance.

Observation I. — B..., trente-six ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Docteur Lenormant, en mai 1919.

Au mois de décembre de l'année précédente, chargeant un sac pesant sur ses épaules, il avait senti un craquement dans le genou. La douleur ne fut pas très vive et il put monter son fardeau chez lui. Quelques jours plus tard apparut une hydarthrose.

La marche était possible, mais douloureuse ; plusieurs fois se produisirent des arrêts brusques provoqués par une douleur aiguë accompagnée de craquements. Cet état dura cinq mois.

Au moment de son entrée à l'hôpital, l'hydarthrose était devenue considérable et la marche était impossible.

La radiographie révèle des lésions du rebord du plateau tibial interne : fissure oblique qui semble détacher un coin osseux.

Opération (Lenormant). — Arthrotomie large interne. Ecoulement de liquide séro-fibrineux. La synoviale très épaissie, très rouge, a un aspect velvétique. Dans l'angle inférieur de la plaie, vers le tibia, on voit un bouquet de végétations cartilagineuses pédiculées. Le ménisque interne est très altéré. Sur la marge interne du plateau tibial existe une perte de substance osseuse. Il existe un petit fragment ostéo-cartilagineux libre.

Il est pratiqué une synovectomie partielle. Fermeture de l'articulation.

A la suite de cette intervention le genou est resté affaibli et enraidi. Résultat fonctionnel médiocre.

L'examen histologique de la synoviale enlevée révèle des lésions que l'œil nu ne permettait pas de reconnaître : la pulvérisation dans tous les recoins de l'articulation de petits fragments osseux minuscules, provenant évidemment du foyer osseux tibial traumatique. Ces éclats osseux sont englobés par la synoviale (fig. 1) ; ils sont les uns nécro-

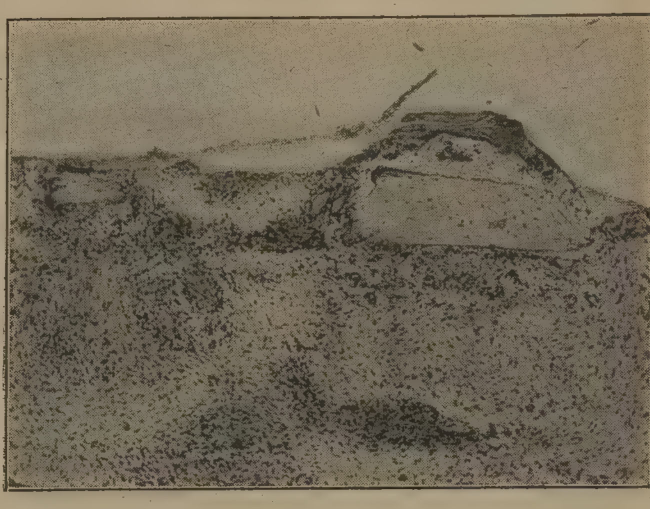


Fig. 1. — *Pulvérisation osseuse intraarticulaire traumatique.* — Les fragments d'os englobés par la membrane synoviale sont petit à petit exclus de la cavité articulaire. La plupart des fragments sont nécrobiosés ; le plus grand réhabité par des cellules venues des tissus qui l'entourent a « repris », c'est une greffe.

biosés, les autres réhabités par des ostéoblastes de nouvelle formation ; leurs bords sont érodés ; ils sont évidemment en voie de remaniement. On trouve un grand nombre de ces éclats osseux attachés à la formation fibro-cartilagineuse pédiculée qui avait été remarquée pendant l'opération et qui est, elle aussi, d'origine traumatique.

L'existence de ces éclats osseux au sein des parois arti-

(1) Freund, *Virchow's Archiv*, 1927, t. cclxiii, fasc. 2, p. 515.

culaires explique l'arthrite post-traumatique dont se plaignait le malade.

Observation II. — Q..., âgé de cinquante-sept ans, entre dans le service du Professeur Lecène, à Saint-Louis, pour une arthropathie tabétique du genou droit.

Ce malade a contracté la syphilis à vingt-deux ans ; il n'a jamais été soigné. Il n'accuse aucun traumatisme. Les troubles fonctionnels sont apparus progressivement au niveau du genou il y a dix-huit mois environ ; ils sont d'ailleurs modérés en comparaison de la déformation du genou qui est extrême. Le membre à ce niveau a le volume d'une tête d'adulte ; il est le siège de grosses bosselures et il est presque impossible de rapporter des altérations aussi grossières au type anatomique normal. Du côté interne, un épaississement énorme paraît appartenir au tibia, la rotule paraît doublée de volume. Le fémur est doublé d'épaisseur et se perd dans des masses condyliennes monstrueuses. Au niveau de la région des adducteurs on sent un style osseux, souple qui remonte au milieu des muscles et qu'on peut suivre sur une dizaine de centimètres. Il y a une légère hydarthrose. Le membre est en position vicieuse, avec rotation interne de la jambe sur la cuisse. Le genou est ballant, les mouvement de latéralité et d'hyperextension sont possibles : tous ces mouvements sont complètement indolents. La flexion est très limitée.

On propose au malade l'amputation de cuisse qu'il accepte. La dissection du genou montre les lésions ordinaires de l'arthropathie tabétique, et notamment une usure extrême des extrémités osseuses dont le cartilage est presque partout détruit. Ces extrémités osseuses sont énormes, il s'y est adjoint des ossifications nouvelles considérables. Il y a une grosse réaction scléro-lipomateuse des parties molles de l'articulation et ailleurs des placards durs, calcifiés se sont formés dans la capsule et dans les ligaments. On peut disséquer dans la cuisse l'ossification tendineuse que l'on avait reconnue cliniquement. La diaphyse fémorale est le siège d'une périostose antéro-latérale qui double son diamètre normal.

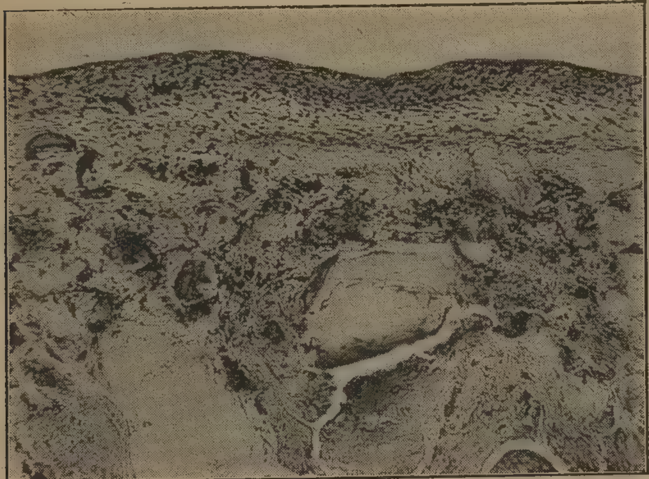


Fig. 2. — *Pulvérisation osseuse dans une arthropathie tabétique.* — Le phénomène est plus ancien que sur la figure 1; les fragments d'os sont profondément inclus dans la paroi articulaire, la synoviale est reconstituée sur eux. Au voisinage de ces fragments séquestrés se forment des dépôts calcifiés. Ailleurs les néoformations sont cartilagineuses et même osseuses.

L'examen histologique de la synoviale du genou montre qu'elle est parsemée de petits débris osseux, à limites nettes, en grande partie nécrosés, qui sont indiscutablement des éclats provenant des extrémités articulaires détruites, englobés et remaniés par la synoviale articulaire (fig. 2). Au voisinage de ces éclats existent de très nombreux amas calcifiés et, parmi eux, quelques ossifications microscopiques et de petites plages cartilagineuses. En certains points les tissus périsynoviaux sont profondément dégénérés, nécrotiques, parsemés de dépôts calcaires.

Ces aspects histologiques démontrent de la façon la plus nette que les éclats osseux pulvérisés dans l'articulation sont à l'origine des graves altérations anatomiques de cette arthropathie tabétique.

Dans ces deux cas, par conséquent, on retrouve la même pulvérisation d'innombrables fragments de tissu osseux dans l'articulation. Cette lésion commune réunit deux faits de par ailleurs très dissemblables et qui répondent chacun à l'une des étiologies que nous avons indiquées plus haut : la première observation est d'une pulvérisation traumatique, survenue chez un homme jeune, à squelette sain, par suite d'un accident grave ; la seconde est d'une pulvérisation pathologique survenue chez un tabétique dont les os sont altérés, dystrophiques du fait de la lésion médullaire, à tel point qu'ils ont été broyés sans qu'agisse jamais un traumatisme notable.

On peut reproduire le même phénomène expérimentalement.

Le procédé que j'ai employé est la création d'arthrites inflammatoires aseptiques : les arthrites sériques ; j'ai utilisé le lapin. Arthus a montré qu'il se produit chez cet animal, lorsqu'on lui fait des injections souscutanées répétées de sérum de cheval, des phénomènes locaux, d'abord inflammatoires, puis nécrotiques. Ce phénomène d'Arthus n'est pas propre au tissu cellulaire ; on le retrouve au niveau de tous les tissus, au moins conjonctifs. Par des injections répétées de sérum de cheval dans le genou du lapin, j'ai obtenu des arthrites réactionnelles aseptiques à évolution chronique, très comparables par leurs lésions aux arthrites sèches de la pathologie humaine.

La figure 3 montre la coupe d'une villosité synoviale prélevée dans une arthrite sérique, à notable distance d'une extrémité osseuse ; on y voit un petit

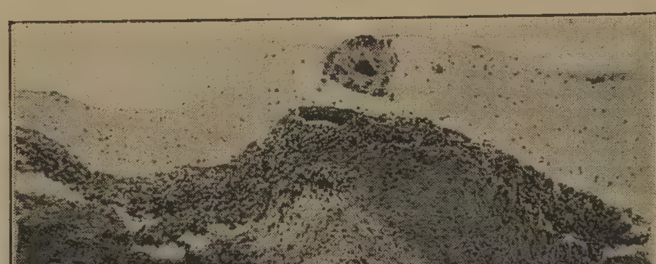


Fig. 3. — *Un éclat osseux détaché dans une arthrite sérique expérimentale.* — Cet éclat est repris par la synoviale comme ceux de la figure 1; il est nécrobisé.

séquestre englobé par la synoviale très enflammée. Il est exactement semblable à ceux de la figure 1 qui représente une pièce humaine.

Il est à remarquer que cette pièce expérimentale représente une variété inflammatoire de la pulvérisation des extrémités articulaires, la lésion osseuse est ici consécutive à une arthrite. Il est très certain qu'une pareille étiologie doit se retrouver chez l'homme et non seulement dans les arthrites non infectieu-

ses comme est l'arthrite sérique, mais encore dans les arthrites infectieuses où, d'ailleurs, l'exfoliation du cartilage et la séquestration osseuse en surface sont des lésions bien connues. Le mécanisme de la pulvérisation osseuse ici est dans la fragilité osseuse au voisinage d'un foyer inflammatoire.

Le phénomène de la pulvérisation des extrémités articulaires peut donc être rencontré dans de multiples circonstances. Il est certain qu'il n'est pas rare.

Ce sont les conséquences de ce processus qui méritent d'être examinées. Pour bien les comprendre, il faut étudier brièvement l'évolution histologique des fragments osseux projetés dans une articulation. Très vite, ils sont repris et englobés par la membrane synoviale — suivant un mécanisme très général qu'on peut étudier aussi bien au niveau des séreuses, telles que le péritoine, qu'au niveau des synoviales, et qui tend à l'exclusion des corps étrangers. Chaque éclat osseux entrant en contact avec un point quelconque de la paroi articulaire, va être rattaché à cette paroi par un bourgeonnement de la synoviale ; le revêtement endothélial le recouvrira par glissement et bientôt il sera, au sens histologique du terme, exclus de la cavité articulaire. Ce travail terminé la situation topographique de l'éclat osseux peut être diverse. Parfois il est complètement enfoui dans la paroi : c'est l'évolution que l'on observe sur la figure 1 où, de droite à gauche, on voit les fragments s'enfoncer dans l'épaisseur de la capsule articulaire, de sorte que la synoviale finit par ne présenter aucune saillie et être reconstituée parfaitement. Parfois, l'éclat osseux reste pédiculé dans l'articulation et dans cette situation il peut devenir l'origine d'un corps étranger articulaire, comme nous le verrons.

En même temps que ces phénomènes réactionnels interviennent du fait de la synoviale, les débris osseux détachés se sont nécrosés. On sait, en effet, que le tissu osseux a besoin pour vivre d'une vascularisation active et que l'interruption même temporaire de celle-ci entraîne sa mort immédiate. On voit sur la figure 1 que les plus petits éclats osseux sont nécrobiosés, aucune cellule osseuse n'y est plus colorable. Cette nécrobiose peut être temporaire, parce que l'os, lorsqu'il a retrouvé une vascularisation d'emprunt, est susceptible d'être réhabité par de nouveaux ostéoblastes et par conséquent de reprendre une nouvelle vie : c'est le phénomène bien connu maintenant de la reprise des greffes osseuses. Cette formation d'os nouveau aux dépens de l'ancien, est visible sur le plus grand fragment d'os de la figure 1 ; il est réhabité par des ostéoblastes fournis par le tissu conjonctif qui l'entoure. Parfois le processus est un peu différent ; l'os ancien reste séquestré et c'est à son pourtour que se forme l'os nouveau, utilisant pour sa construction les matériaux de désintégration que lui fournit le séquestre. C'est cette formation d'os nouveau qui est très intéressante pour nous, parce qu'elle explique l'une des conséquences anatomo-cliniques du phénomène de la pulvérisation : les ossifications périarticulaires.

Cette évolution histologique des fragments osseux pulvérisés dans une articulation explique les conséquences anatomo-cliniques du phénomène ; elles sont de trois ordres.

I. *La Guérison.* — L'articulation parsemée de débris d'os peut s'en débarrasser en les excluant d'abord, en les résorbant ensuite. Cette résorption se fait par deux mécanismes : l'ostéolyse ou destruction de la substance osseuse par les processus chimiques, l'ostéoclasie ou macrophagie du tissu osseux par les cellules géantes, ostéoblastes et myéloplaxes. Il n'y a pas à douter que cette évolution favorable ne puisse aller jusqu'à la guérison complète, avec retour à l'intégrité fonctionnelle de l'articulation. Néanmoins cette guérison est sans doute plus rare que les processus pathologiques que nous allons étudier maintenant.

II. *L'arthrite chronique déformante.* — L'altération des extrémités osseuses par les pertes de substance que laissent les éclats osseux détachés, les réactions capsulaires que crée la présence de ces éclats dans la synoviale qui les a absorbés, les ossifications qui se font dans les parties molles au voisinage de ces éclats — tels sont les désordres anatomiques que réalise la pulvérisation osseuse intraarticulaire. Ce sont là les lésions mêmes de l'arthrite chronique déformante.

Cette filiation n'est pas hypothétique ; ce sont les constatations faites dans nos observations qui permettent de la faire. Dans l'observation I, les lésions sont récentes, la synoviale est rouge, épaissie, velvétique ; la figure 1 montre la substratum histologique de cet aspect comme une infiltration considérable avec œdème et sclérose de la paroi articulaire. Or il s'agit ici d'une lésion purement traumatique, nullement infectieuse et cette inflammation ne peut être rattachée qu'à l'irritation causée par les débris osseux englobés dans la synoviale. Dans l'observation II les lésions sont plus évoluées ; on trouve à la dissection de l'articulation, la dégénérescence scléro-lipomateuse et les ossifications des parties molles ; l'examen histologique montre l'existence au sein de ces lésions de débris osseux innombrables : ils en sont la cause. On sait, et notamment par les travaux de Leriche et Policard, que la présence de matériaux phosphocalciques au sein des tissus est la condition essentielle de l'ossification. Elle est réalisée ici par la présence dans tous les recoins de l'articulation de parcelles osseuses nécrobiosées et cette constatation explique les ossifications exubérantes de notre arthropathie tabétique.

Si les examens anatomo-pathologiques permettent de retrouver fréquemment dans les arthrites sèches déformantes ces éclats osseux si caractéristiques, si faciles à identifier, éparpillés dans la capsule articulaire, il sera démontré par là la grande importance du phénomène de la pulvérisation dans la pathogénie de cette affection, encore mystérieuse. Dès à présent nous savons qu'il peut réaliser quelquefois ces grands désordres articulaires avec une perte de substance ici, un excès d'ossification là, qui sont caractéristiques des arthropathies nerveuses.

III. *Les corps étrangers articulaires.* — La pulvérisation osseuse intraarticulaire peut donner naissance à une variété spéciale de corps étrangers jusqu'à présent mal décrits (sauf par Fisher (1)) et qui cependant sont loin d'être rares d'après mes observations : ce

(1) Fisher. *British journ. of Surg.* 1920, t. viii, p. 493, et 1922, t. x, p. 52.

sont des corps étrangers développés autour d'un éclat osseux séquestré.

J'ai eu l'occasion de constater à la coupe de certains arthrophytes cartilagineux trouvés dans des articulations pathologiques, qu'il existait en leur centre un noyau osseux minuscule ayant l'aspect d'un très petit séquestre. Ce noyau joue là, évidemment, le rôle de centre formatif du corps étranger ; autour de lui s'est déposé du tissu cartilagineux ou fibro cartilagineux et cette enveloppe cartilagineuse a fini par acquérir un volume considérable par rapport au petit grain osseux que l'examen histologique permet seul de retrouver (fig. 4).



Fig. 4. — *Corps étranger articulaire formé autour d'un éclat osseux nécrosé (pièce humaine).* — Autour du petit séquestre central, une épaisse couche de cartilage, partiellement calcifiée, s'est formée.

Voici la morphologie de ce type de corps étrangers. Ils sont toujours libres, jamais pédiculés, blancs, lourds et compacts ; leur nombre dans une articulation est variable et avec lui leur forme, unique et alors sphérique ou ovalaire, ou bien multiple et à pans coupés. Le microscope, indispensable pour les identifier, y montre le noyau osseux central ; c'est un petit fragment séquestré, plus ou moins altéré, rongé sur les bords, souvent sans ostéoplastes visibles ; très certainement il s'agit là d'un séquestre ancien. Pour le mettre en évidence, il faut dans certains cas employer des colorants révélateurs du tissu osseux, par exemple le van gieson ou l'alizarine. Autour du noyau osseux le cartilage bien vivant est habituellement infiltré de calcaire. Cette infiltration est explicable comme une transsudation du matériel calcique provenant du fragment osseux central désintégré. C'est au pourtour des capsules cellulaires du cartilage que l'infiltration calcaire est surtout marquée, preuve du rôle actif joué par les cellules dans la circulation des substances au sein du cartilage. Petit séquestre central et abondante calcification du cartilage, telles sont les caractéristiques morphologiques du corps étranger que nous décrivons.

Expérimentalement, j'ai reproduit les corps étrangers de cette sorte. La figure 5 en montre un dans un genou de lapin ; il s'agit d'une arthrite sérique, obtenue suivant le procédé qui a été exposé plus haut. La microphoto représente une coupe méridienne du fémur ; on y voit que le cartilage diarthrodial est partiellement détruit et qu'à cet endroit l'os est à nu ; une petite excavation ouverte dans l'articulation en résulte ; dans cette excavation est logé un corps étranger au centre duquel on voit un séquestre osseux, irrégulier, tandis que le reste du corps est du cartilage bien vivant, dont les capsules sont disposées en désordre comme dans un chondrome ; tout autour du corps

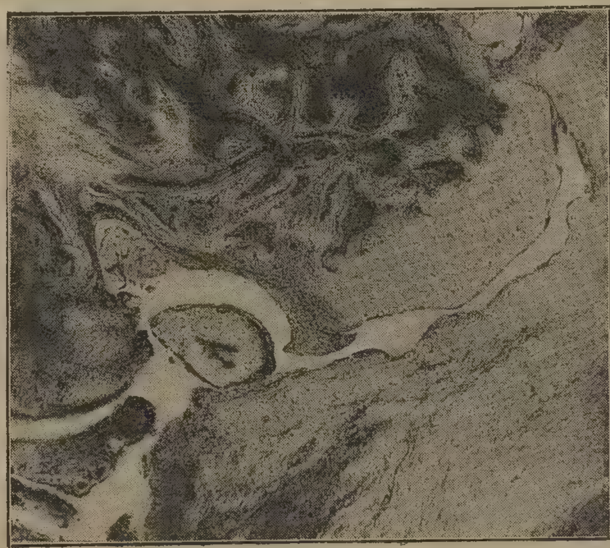


Fig. 5. — *Corps étranger articulaire formé autour d'un éclat osseux nécrosé (pièce expérimentale).* — Ce corps étranger a été observé dans une arthrite sérique, dans des conditions identiques à celle de la figure 3. Autour du séquestre s'est formée une épaisse enveloppe cartilagineuse.

étranger, formant sa capsule, est un tissu fibro-cartilagineux. Cette pièce expérimentale montre bien le mode de détachement des copeaux osseux dans les arthrites chroniques : il y a chute du cartilage, et exfoliation de l'os ; elle fait assister en quelque sorte à la formation du corps étranger autour du fragment d'os.

L'histogénèse de ce type de corps étranger ne m'est pas encore parfaitement connu ; je n'y insisterai donc pas. Faut-il admettre que l'éclat osseux détaché est d'abord pédiculé et que le corps étranger se développe au sein de la membrane synoviale ? Ou bien faut-il, pour que se forme cette sorte de corps étrangers, qu'à l'éclat osseux reste attachée une parcelle de cartilage diarthrodial ? Cette dernière hypothèse est très plausible. On sait que le cartilage a la propriété de survivre quand il est détaché, libre dans le sein d'une articulation ; son mode de nutrition par adsorption et osmose, sans vaisseaux, lui permet de ne pas souffrir de cette mise en culture in vivo et même dans ces conditions il s'accroît. Il pourrait donc, autour du fragment d'os séquestré, fournir les éléments du tissu fibro-cartilagineux qui forme la presque totalité du corps étranger.

Si l'histogénèse des corps étrangers développés autour d'un éclat osseux séquestré n'est pas connue avec assurance, l'existence de ces formations en tout cas est parfaitement démontrée et ce sont des conséquences de la pulvérisation osseuse intraarticulaire.

J'ai pu étudier trois observations tout à fait typiques de ces corps étrangers. Un fait très important à noter est la constatation opératoire dans ces cas de lésions d'arthrite sèche. Une fois coexistaient un corps cartilagineux avec séquestre central et un arthrophyte

synovial de type classique. Ces constatations démontrent les relations entre le corps étranger qui nous occupe et l'arthrite sèche déformante et c'est une nouvelle vérification du rôle que joue — très important à mon avis — le phénomène de la pulvérisation articulaire dans la pathogénie des arthropathies déformantes.

Cette conception entraîne à des conclusions pratiques. Si le morcellement des extrémités articulaires est, pour une part importante, à l'origine du processus des arthrites déformantes, un traitement prophylactique de ces affections peu curables en découle : éviter ce morcellement.

Nous avons vu qu'il se produisait dans des circonstances multiples : traumatisme, ostéoporose, infection articulaire. Comment le prévenir ? Les traumatismes agissent parfois isolément, mais bien plutôt en association avec les causes prédisposantes ; ostéoporose et inflammation. Depuis longtemps, les auteurs ont insisté sur le rôle de traumatismes pour déclencher l'évolution d'une arthrite déformante (Verneuil (1), Hoffa (2)) ; Knaggs (3) y insiste très fortement dans son livre récent. Laignel-Lavastine (4), Patel (5), ont fait la même remarque en ce qui concerne certaines arthropathies nerveuses. Il y a donc le plus grand intérêt à éviter chez les sujets prédisposés à l'arthrite sèche par leur âge, par l'existence d'une arthrite inflammatoire, ou par l'évolution d'une lésion nerveuse médullaire, tout microtrauma, toute entorse, tout effort articulaire même. Le port d'appareils de soutien, silicate, appareil orthopédique, l'interdiction temporaire de la marche dans certains cas, sont indiqués pour éviter les arrachements osseux. Ce sont encore des microtraumas, sous forme d'entorses à répétition, qui sont à l'origine du processus d'arthrite sèche évoluant dans des articulations vicieusement conformées, telle la néoarthrose de la luxation congénitale de la hanche ; dans ces cas également, loin de vouloir dérouiller l'articulation douloureuse par une mobilisation intensive, il faut par l'immobilisation prévenir les arrachements osseux et les désordres qu'ils amorcent.

Plus efficace serait un traitement dirigé contre l'ostéoporose elle-même et qui, renforçant la résistance de l'os, le mettrait à l'abri des injures du moindre traumatisme. Mais, malgré les recherches de Leriche sur l'action des sections sympathiques, nous n'avons pas encore le moyen d'intervenir sur la trophicité du squelette ostéoporotique. La surveillance du régime alimentaire doit être toujours faite, il y a des ostéoporoses séniles qui s'aggravent sous l'influence d'une alimentation insuffisante ou carencée. Dalsace insiste sur les bons effets de l'acide phosphorique. Quant aux rayons ultra-violets, leur action est à l'étude, elle n'est certainement pas aussi active contre l'ostéoporose que contre les altérations osseuses du rachitisme.

Quand la pulvérisation est un fait accompli, peut-on en atténuer les conséquences fâcheuses ? L'effet des rayons X sur la maturation et la réduction des ostéomes permet de penser qu'ils préviendraient peut-être les ossifications exubérantes autour des parcelles osseuses disséminées dans les parois articulaires. C'est un traitement à essayer.

En résumé, il existe un phénomène de pulvérisation des extrémités articulaires qu'il est facile de démontrer par l'examen histologique de certaines articulations atteintes d'arthrite sèche ou d'arthropathie nerveuse. Les conséquences de ce phénomène sont très importantes, il est à l'origine de graves lésions synoviales et notamment d'ossification périarticulaire et aussi de certains corps étrangers articulaires.

La pulvérisation articulaire est sans doute un élément essentiel de la pathogénie des arthrites déformantes. Les mesures prises pour prévenir le morcellement des extrémités articulaires sont très importantes dans la prophylaxie des arthropathies déformantes.

(1) Verneuil, *Soc. anatomique*, 1851, p. 165 et 203.

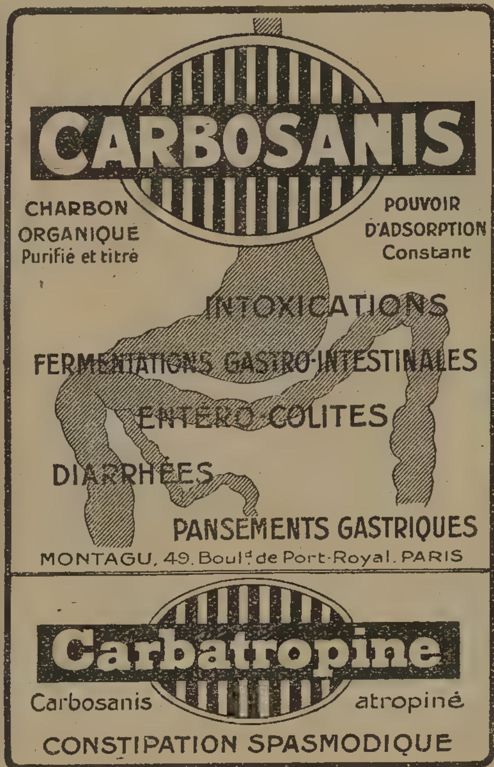
(2) Hoffa, Congrès allemand de chir., 1907.

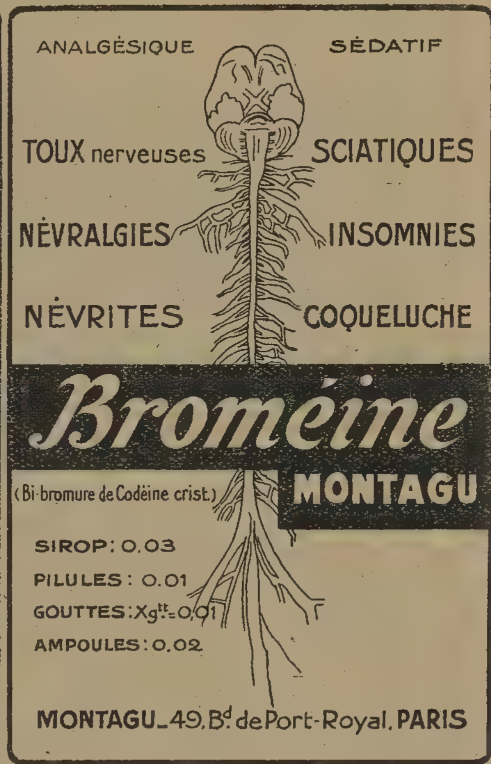
(3) Knaggs, *Affections inflammatoires et toxiques des os*, Bristol, 1926.

(4) Laignel-Lavastine, *Soc. de méd. légale de France*, 9 mars 1925.

(5) Patel, *Soc. de chir. de Lyon*, 4 mars 1926.


TOUX · EMPHYSÈME · ASTHME
Iodéine
(Bi-Iodure de Codéine crist.)
MONTAGU
Calme la TOUX
et la DYSPNÉE
Facilite l'EXPECTORATION
SIROP : 0,04 cgr
PILULES 0,01
GOUTTES X gtt = 0,01
AMPOULES 0,02
PATE : 0,005
MONTAGU, 49, Boul. de Port-Royal, PARIS


CARBOSANIS
CHARBON ORGANIQUE Purifié et titré
POUVOIR D'ADSORPTION Constant
INTOXICATIONS
FERMENTATIONS GASTRO-INTESTINALES
ENTÉRO-COLITES
DIARRHÉES
PANSEMENTS GASTRIQUES
MONTAGU, 49, Boul^d de Port-Royal, PARIS
Carbatropine
Carbosanis atropiné
CONSTIPATION SPASMODIQUE


ANALGÉSIQUE
SÉDATIF
TOUX nerveuses
SCIATIQUES
NÉVRALGIES
INSOMNIES
NÉVRITES
COQUELUCHE
Broméine
(Bi-bromure de Codéine crist.)
MONTAGU
SIROP : 0,03
PILULES : 0,01
GOUTTES : Xgtt = 0,01
AMPOULES : 0,02
MONTAGU, 49, B^d de Port-Royal, PARIS


Déficience du Foie
DANS L'UNE QUELCONQUE DE SES FONCTIONS
GASTRO-ENTÉRITE, ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE
CONGESTION et INSUFFISANCE, AUTO-INTOXICATION
L'Association Médicamenteuse :
Kinkélibah-Combretum, Boldo, Evonymine
dénommée
JÉCOL
STIMULE et RÉGULARISE la CELLULE HÉPATIQUE
Le Jécol est au foie ce que la digitale est au cœur.
JÉCOL
C'est l'auxiliaire physiologique de tout traitement entérohépatique.
1 à 2 Cachets après chaque repas
Laboratoire : 36, rue Rivay - LEVALLOIS près PARIS
CACHETS-JÉCOL
Se trouve dans les bonnes Pharmacies

LA DÉSARTICULATION INTER-TIBIO-CALCANÉENNE DE RICARD

Par R. TOUPET

Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Il y a exactement trente ans que Ricard communiqua à la Société de chirurgie son procédé de désarticulation inter-tibio-calcanéenne, opération excellente qui n'a donné que de bons résultats à tous ceux qui ont bien voulu l'employer et cependant cette opération si simple au point de vue technique, si étendue dans ses indications, n'a pas conquis droit de cité.

Elle n'est pas classique, aucun des traités de technique opératoire que je connaisse ne la décrit. Pour l'avoir utilisée dix fois avec des résultats parfaits dont les premiers remontent maintenant à douze ans je crois qu'il y a là une lacune à combler et je suis heureux de l'occasion qui me permet de donner un faible témoignage de gratitude à celui qui fut pour moi le meilleur des maîtres et qui restera pour tous ceux qui l'ont connu le type du chirurgien né.

Tout d'abord, il faut définir l'opération de Ricard telle qu'elle a été présentée par lui et par son élève Latouche dans sa thèse; mais surtout en nous appuyant sur l'enseignement oral de notre maître et aussi sur notre propre expérience.

L'opération de Ricard consiste à ne garder des os du pied que le calcanéum ou une partie du calcanéum et à réarticuler l'os ou ce qu'il en reste dans la chappe tibio-péronière.

Pour que cette opération soit réalisable, il suffit qu'on puisse conserver les tissus de la plante qui recouvrent la face inférieure du calcanéum *avec leurs connexions normales*. Cette opération donne un moignon parfait qui permet la marche en *appui direct* sans aucun appareil de prothèse.

Dans cet article, nous aurons surtout en vue de préciser la technique de l'opération, nous discuterons brièvement les avantages et les inconvénients des autres procédés et envisagerons les indications opératoires et les résultats.

I. Critique des différents procédés d'amputation et de désarticulation partielle du pied. — Les opérations typiques et classiques que l'on exécute sur le pied vont du Lisfranc au Syme suivant l'étendue du sacrifice nécessité par les lésions; elles sont d'inégale valeur.

Pour que l'opéré puisse utiliser son moignon et marcher sans douleur il faut qu'il utilise un point d'appui normal. La plante du pied ne peut supporter la pression considérable à laquelle elle est soumise dans la marche et la station debout que grâce à la structure très particulière de sa peau et surtout du panicule adipeux qui la double. Tous les lobules graisseux de la semelle plantaire sertis dans leurs logettes, constituent des amortisseurs admirables qui permettent de supporter sans douleur des pressions très fortes.

Toute opération qui ne respectera pas ce revêtement et ses connexions normales avec les os et les aponévroses ne donnera qu'un résultat médiocre et ne pourra permettre l'appui direct.

C'est pour cette raison que nous rejetons complètement la sousastragalienne parce que quelque soit le lambeau utilisé il ne donne pas un point d'appui normal; de même le Pyrogoff typique avec section presque perpendiculaire des os de la jambe et du calcanéum car le blessé doit à la suite de cette opération marcher sur le sommet du talon qui est doublé d'une peau très fine dont on connaît l'extrême sensibilité.

Les autres opérations : Lisfranc typique ou atypique, Chopart, Pyrogoff à section calcanéenne oblique (Sedillot) ou horizontale (Pasquier, Lefort), Ricard, peuvent permettre l'appui direct mais n'ont pas toutes la même valeur.

Le Lisfranc est une très bonne opération et surtout quand on a pu conserver par une section à la scie la partie postérieure des métatarsiens, permet une marche presque normale. Mais pour qu'il soit réalisable, il faut que les lésions soient limitées aux orteils et que presque toute la semelle plantaire soit intacte, le lambeau doit être uniquement plantaire, c'est là une condition que l'on rencontre rarement dans les traumatismes du pied. La plupart des bons moignons de Lisfranc que j'ai vus pendant la guerre avaient été exécutés pour les gelures des orteils.

Le Lisfranc ne met pas complètement à l'abri du renversement du moignon et j'ai du faire un Ricard à un blessé qui, du fait de l'équinisme secondaire, était arrivé à prendre point d'appui sur son cuboide et ses cunéiformes et ne pouvait plus marcher.

Cet incident rare pour le Lisfranc est très fréquent pour le Chopart. Les plus belles désarticulations médio-tarsiennes peuvent, au bout de plusieurs années, donner un moignon inutilisable du fait de l'équinisme qui s'installe peu à peu et qui fait que le blessé marche non plus sur la plante du pied et la face inférieure du calcanéum mais sur l'extrémité antérieure de son moignon. J'ai dû trois fois dans ces conditions réopérer et faire un Ricard.

On présente cependant de temps à autre à la société de chirurgie de très beaux moignons de Chopart et c'est une opération qu'il ne faut peut-être pas complètement abandonner. On ne pourra cependant y avoir recours que dans des conditions bien déterminées qui permettent d'espérer qu'on pourra éviter le renversement.

Deux conditions sont essentielles :

1° Le lambeau sera uniquement plantaire et la cicatrice sera reportée très haut sur la face antérieure de l'interligne tibio-tarsien; Quénu exige un lambeau qui aille jusqu'à la racine des orteils, il faut donc que toute la plante du pied soit intacte.

2° Il faut pour s'opposer à la rétraction des jumeaux pouvoir suturer les tendons extenseurs aux tissus plantaires et que cette suture tienne ; autrement dit, n'avoir pas d'infection sérieuse.

Ces deux conditions limitent singulièrement les indications du Chopart. Peut-on, par des artifices de technique s'opposer au renversement? J'ai proposé l'allongement systématique du tendon d'Achille par dédoublement frontal et l'application au Chopart de la butée que j'avais employée avec succès dans le traitement des pieds varus équins paralytiques ou réflexes (*Thèse* de Charlot 1922) mais l'opération de Ricard m'a donné des succès si constants que je crois plus sage d'y recourir quand celle de Chopart ne se présente pas dans des conditions parfaites.

Lisfranc et Chopart impliquent donc pratiquement l'intégrité de la totalité de la peau plantaire; que faire lorsque cette condition n'est pas réalisée?

Nous avons le choix entre les opérations ostéo-plastiques calcanéennes: Sedillot et Pasquier-Lefort et le Ricard.

Les opérations ostéo-plastiques calcanéennes ont à notre avis le gros inconvénient de supprimer les malléoles et de chercher une soudure entre l'extrémité inférieure avivée du tibia et le calcanéum.

On n'est jamais sûr d'obtenir cette soudure osseuse et si on l'obtient il en résulte un moignon sans aucune élasticité, un pilon rigide encore utilisable du reste grâce à la bonne étoffe qui le recouvre.

Ricard disait très justement : si les malléoles n'existaient pas, il faudrait les tailler pour encastrer solidement le calcanéum. Il vaut mille fois mieux si on manque d'étoffe plantaire, réduire le calcanéum en abattant d'abord sa grande apophyse puis en enlevant au besoin des tranches horizontales de sa face supérieure que de toucher aux malléoles si utiles pour fixer ce qu'on aura pu conserver de calcanéum ; il suffit qu'on puisse garder une plaquette de calcanéum haute de deux ou trois centimètres, bien recouverte de téguments plantaires pour que le point d'appui soit excellent. Si on a une étoffe suffisante et qu'on ait pu conserver la plus grande partie du calcanéum en respectant sa face supérieure on obtient presque toujours une articulation mobile tibio-calcanéenne possédant des mouvements de flexion et d'extension souvent étendus sans mobilité latérale, le moignon y gagne beaucoup en souplesse et la marche est plus facile.

On pourrait craindre que cette faculté d'extension du calcanéum ne soit un inconvénient et n'aboutisse à un renversement en équinisme analogue à celui du Chopart. Il n'en est rien si on exécute correctement l'opération.

La suppression de l'astragale raccourcit la hauteur du pied de deux centimètres environ, le tendon d'Achille se trouve donc allongé d'autant et si on prend la précaution de subluxer le calcanéum en avant, de placer la malléole interne derrière le sustentaculum tali, on réduit tellement le bras de levier sur lequel agit le triceps sural que les chances d'équinisme secondaire sont nulles. Le calcanéum reste parfaitement horizontal.

En résumé, nous conseillons de n'avoir recours au Lisfranc et au Chopart que dans les cas exceptionnels où toute la plante du pied est utilisable, dans tous les autres cas le Ricard nous paraît être l'opération de choix. Il est réalisable même avec une étoffe minime. *Il suffit que la peau qui recouvre la face inférieure du calcanéum soit intacte.*

II. **Technique.** — 1° Tracé du lambeau. — Il n'est pas question dans l'opération de Ricard d'un lambeau type comme dans le Chopart ou le Lisfranc. Ce qui fait l'originalité et la supériorité du procédé c'est sa souplesse, il suffit que la semelle plantaire qui recouvre la face inférieure du calcanéum soit intacte et l'opération est réalisable. Si on manque d'étoffe pour recouvrir les surfaces osseuses on les diminue jusqu'à ce qu'on puisse les recouvrir sans tension exagérée des partie molles.

Exiger comme Küss et Houdard un lambeau plantaire qui s'enroule complètement autour de l'extrémité antérieure du calcanéum pour obtenir une cicatrice nettement dorsale comme celle que Quénu exige pour le Chopart, c'est méconnaître le principe même de l'opération et nier l'évidence des faits car aucun des chirurgiens qui ont exécuté le Ricard n'ont taillé un lambeau aussi long et ils ont cependant eu d'excellents résultats.

Ces auteurs écrivent qu'il faut renoncer au Ricard si la peau plantaire n'est pas intacte sur une longueur de 14 centimètres. Dans ces conditions, je n'aurais jamais trouvé l'occasion d'en pratiquer un seul.

Heureusement les conditions sont tout à fait différentes; un grand lambeau plantaire ne nuit pas loin de là mais il n'est nullement indispensable.

Voici les différents cas devant lesquels je me suis trouvé :

1° *Moignons inutilisables de Chopart ou de Lisfranc.* Dans ces cas, je me suis contenté d'exciser les por-

tions de peau ulcérées ou calleuses et j'ai fait une simple incision qui, partant du bord interne du moignon, traverse l'ancienne cicatrice et franchissant le bord externe aboutit à un travers de doigt au dessous de la malléolé péronière en respectant le faisceau péronéo-calcanéen du ligament latéral externe.

Le lambeau dorsal est disséqué à fond et relevé jusqu'à l'interligne tibio-tarsien; il faut mettre à découvert la face supérieure de l'astragale et les interlignes tibio et péronéo-astragalien pour que l'astragalectomie soit facile. Le lambeau plantaire est à peine disséqué ; il faut respecter soigneusement les connexions de la plante du pied et de la face inférieure du calcanéum. Ce n'est que lorsque l'astragale sera enlevée et le calcanéum adapté à l'étoffe de parties molles dont on dispose qu'on régularisera les lambeaux en se contentant de les ébarber aux ciseaux pour avoir une ligne de réunion régulière. Procédé peu élégant mais sûr, ne sacrifiant pas un millimètre de peau utile.

2° *Lésions rendant inutilisable la semelle plantaire jusqu'au droit du tubercule du 5e en dehors et de la tubérosité du scaphoïde en dedans.* En pareil cas, je me suis contenté d'une incision circulaire avec fente externe aboutissant au droit de la malléole à un travers de doigt au-dessous de sa pointe (fig. 1), cette incision est poussée de suite à fond jusqu'à l'os, sec-



Fig. 1. — *Incision habituelle raquette à queue externe.*

tionnant les tendons extenseurs qui ne seront jamais trop longs pour être suturés aux parties molles plantaires à la fin de l'opération, si les angles des lambeaux sont inesthétiques on les fait tomber d'un coup de ciseaux courbes. On peut faire mieux en taillant d'emblée une raquette à queue externe.

Cette raquette pour donner une réunion facile sans réduire le calcanéum en hauteur devra passer au droit de la tubérosité du cinquième; si on peut la reporter plus en avant, il y a tout intérêt à le faire, si on est obligé de la reculer jusqu'à l'interligne calcanéo-cuboïdien, il suffira d'adapter le calcanéum aux dimensions des parties molles.

3° *Lésions laissant beaucoup d'étoffe plantaire.* — En pareil cas, il ne faut rien sacrifier des parties utilisables de la plante, tracer un lambeau plantaire analogue à celui du Chopart. Les deux extrémités de l'incision seront marquées comme dans le Chopart l'externe à un travers de doigt en arrière de la tubérosité du 5e et franchement dorsale, l'interne sur la tubérosité du scaphoïde, le sommet du lambeau plantaire sera à la limite des lésions. Le lambeau sera disséqué en rasant le squelette jusqu'au calcanéum exclusivement.

Quant à l'incision dorsale, elle réunira les deux extrémités de l'incision plantaire et variera suivant la longueur du lambeau plantaire; remontant plus ou moins haut sur la face antérieure du cou de pied, d'autant plus haut que le lambeau plantaire sera plus long (fig. 2).

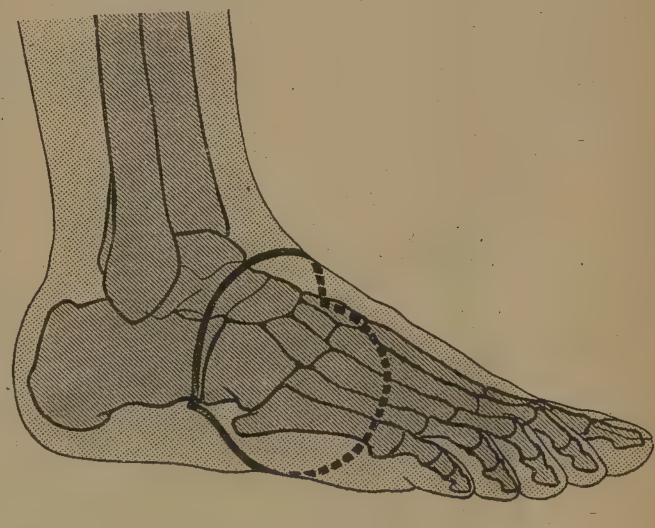


Fig. 2. — *Grand lambeau plantaire.*

Si on avait quelques difficultés à couper la haie interosseuse il ne faudrait pas hésiter à pratiquer un petit débridement externe.

4° *Désarticulation.* — Le lambeau dorsal a été relevé très haut, la face supérieure de l'astragale est tout entière visible, les interlignes tibio et péronéo-astragaliens, le scaphoïde et son tubercule sont dégagés. La façon la plus simple de procéder est de se débarrasser de l'avant-pied ou de ce qu'il en reste par une désarticulation de Chopart et d'enlever ensuite l'astragale, si le Chopart a déjà été exécuté antérieurement il suffira bien entendu de pratiquer l'astragalectomie. Le pied tordu en varus, le bistouri couché à plat sur sa face dorsale vient buter sur la tête de l'astragale et ouvre l'interligne astragalo-scaphoïdien s'il ne l'est déjà, puis le calcanéo-cuboïdien.

De quelques coups de pointe, on sectionne la solide cloison verticale que forme le ligament en Y clef du Chopart pendant que la main gauche appuie forte-

ment sur l'avant-pied (fig. 3). La désarticulation effectuée, le bistouri rase de près le squelette plantaire pour garder tout le tissu fibreux et les muscles qu'il faudra tout à l'heure suturer aux tendons extenseurs.

Débarrassé de l'avant-pied on s'attaque à l'astragale. Le col de l'astragale est saisi avec le davier de Farabeuf et on va d'abord sectionner les faisceaux postérieurs des ligaments latéraux comme le Syme.

L'arrière-pied est mis en extension pour faire bailler les interlignes astragalo-malléolaires et le bistouri y est engagé pointe haute et manche bas.

La main gauche à l'aide du davier fait de la flexion forcée pour tendre les faisceaux postérieurs des ligaments latéraux pendant que la main droite relève le manche du bistouri, la pointe travaille sur place et coupe le ligament.

On recommence la même manœuvre pour l'autre côté.

L'astragale ne tient plus que par la haie interosseuse, sa section est le seul temps un peu délicat de l'opération pour ceux qui ne sont pas familiarsés avec les exercices de médecine opératoire.

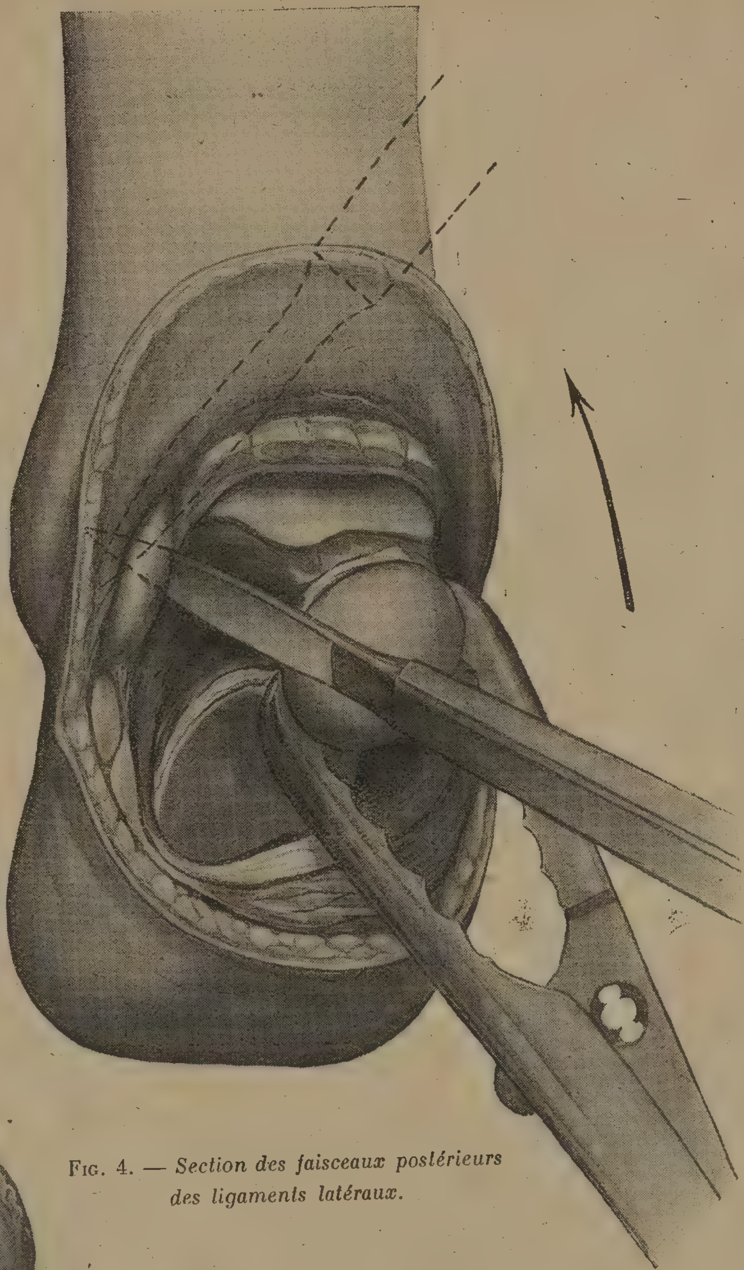


Fig. 4. — *Section des faisceaux postérieurs des ligaments latéraux.*

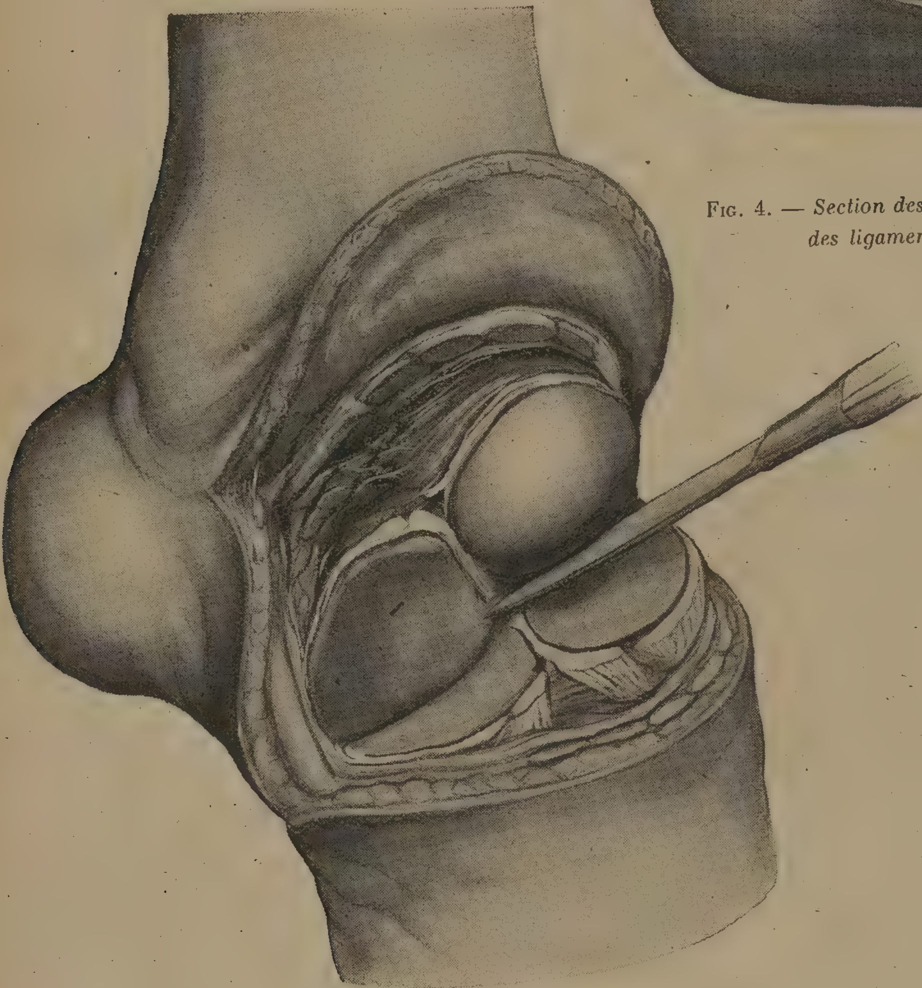


Fig. 3. — *Section des ligaments en Y des articulations de Chopart.*

Le bistouri contourne la face inférieure de la tête de l'astragale et s'engage à fond dans le sinus; il faut que sa pointe vienne menacer la peau de la face interne du pied (fig. 5).

Le bistouri étant bien engagé, le manche est porté en avant, la lame travaille sur place et on entend le crissement dû à la section des fibres de la haie. A plusieurs reprises on recommence la manœuvre car il suffit de quelques fibres intactes pour retenir l'astragale.

On termine l'astragalectomie en saisissant l'os par le col. Un des mors est engagé dans le sinus et l'autre sur le col. Sans serrer pour ne rien écraser, on tord progressivement l'astragale, le luxant en dehors et arrachant les dernières attaches fibreuses calcanéo-astragaliennes.

Il ne reste plus du pied que le calcanéum garni de toutes ses parties molles; la chappe tibio-péronière est intacte et dans le fond de l'hiatus béant laissé par l'ablation de l'astragale on aperçoit le tendon du fléchisseur propre du gros orteil (fig. 6).

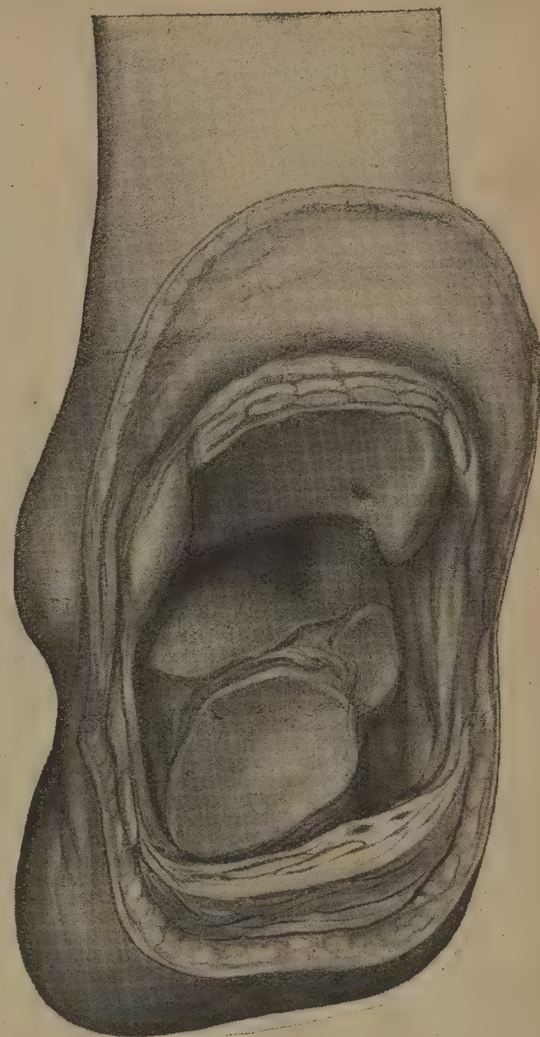


Fig. 6. — *Aspect de la région opératoire l'astragale enlevé.*

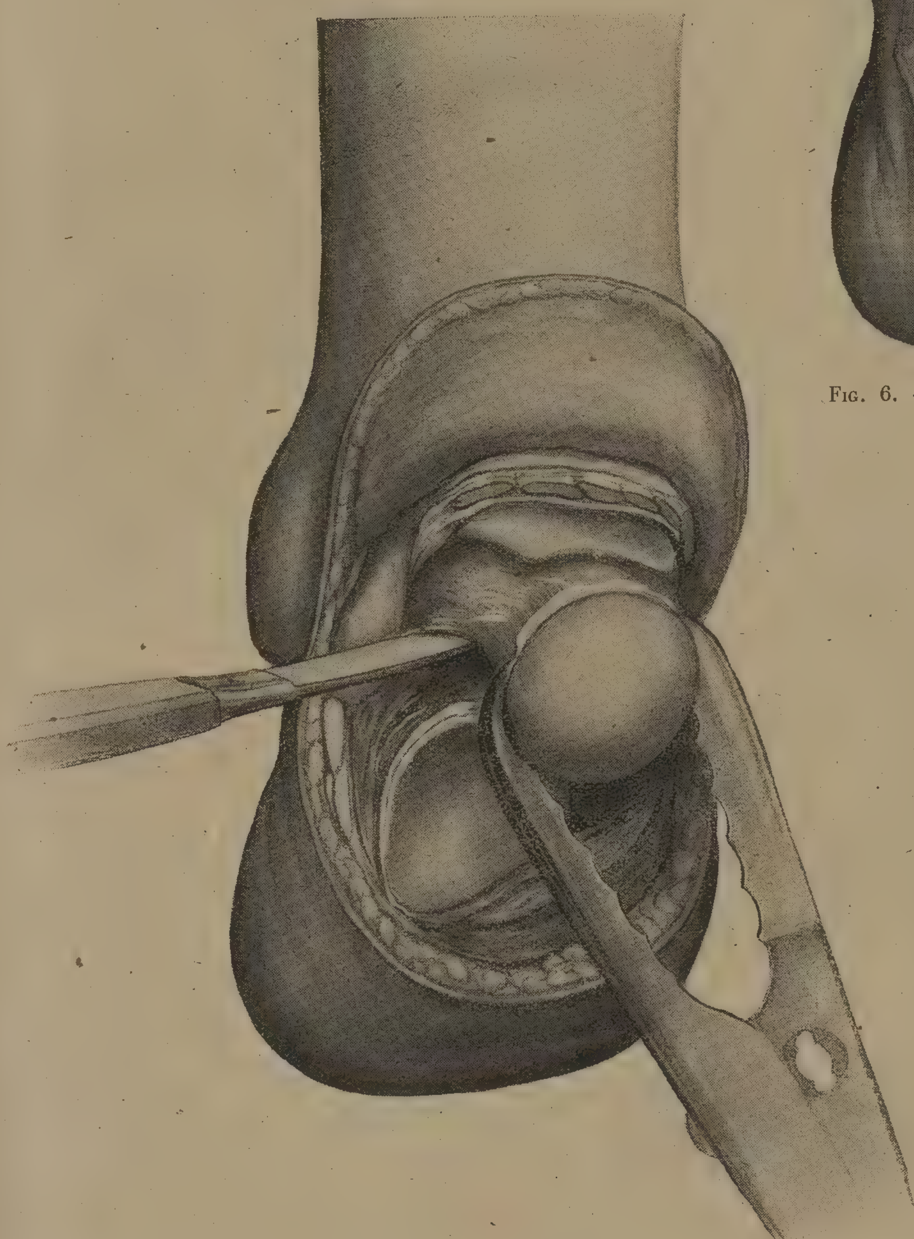


Fig. 5. — *Section de la baie interosseuse,*

3° *Adaptation du calcanéum dans la chape tibio-péronière.* — La désarticulation faite, il faut pouvoir suturer :

1° Les tendons extenseurs aux tissus musculo-aponévrotiques plantaires, ce qui est utile mais non indispensable.

2° Le lambeau plantaire au lambeau dorsal. Si on dispose d'un long lambeau plantaire, la chose est facile. Le calcanéum est encastré dans la mortaise tibio-péronière *non pas dans son axe normal*, c'est-à-dire malléole interne reposant sur la petite apophyse mais *propulsé* de telle façon que la malléole interne passe derrière la petite apophyse.

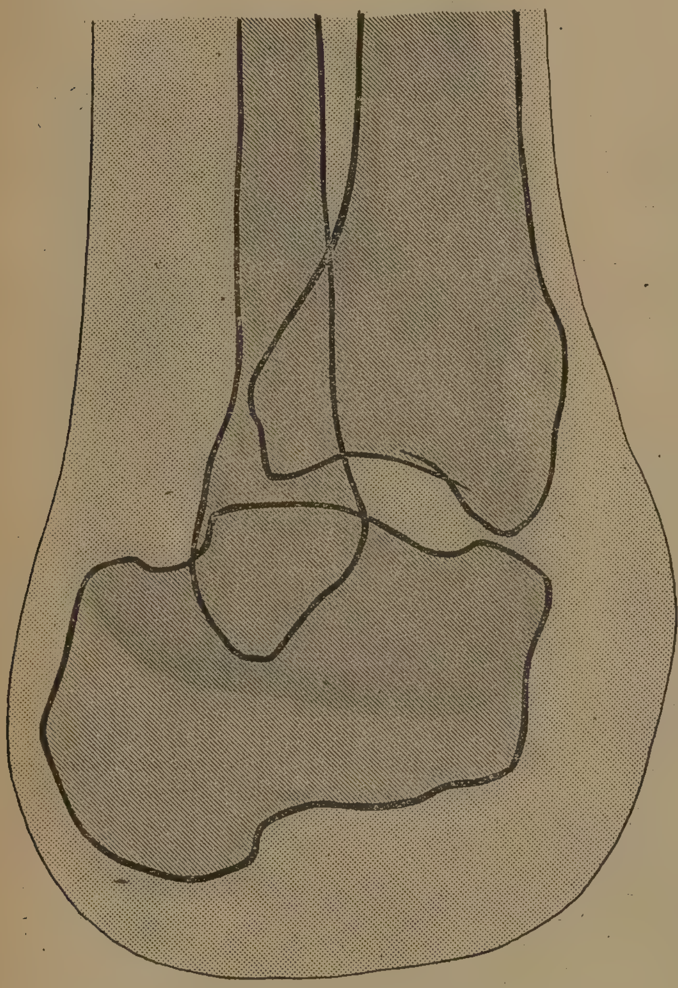


Fig. 7. — *Reposition du calcanéum dans l'axe normal* (à éviter car peut donner de l'équinisme secondaire).

Cette propulsion est destinée à raccourcir le bras de levier sur lequel agit le tendon d'Achille et à éviter toute chance d'équinisme secondaire.

Si le lambeau est trop court, il ne faut surtout pas céder à la tentation de libérer très loin la semelle plantaire, pour obtenir un glissement de quelques centimètres; *c'est le calcanéum qu'il faut réduire* jusqu'à ce qu'on puisse suturer.

On commence par abattre à la scie ou à la pince gouge la grande apophyse, je me méfie du ciseau et du marteau car il m'est arrivé de fracturer le calcanéum par ce procédé, si on utilise le ciseau il faut que la lame en soit très mince et très tranchante.

Au cas où ce sacrifice serait insuffisant, il ne faudrait pas hésiter à réduire le calcanéum en hauteur et si la malléole externe devenait trop saillante pour la hauteur d'os conservé à abattre sa pointe de quelques coups de pince gouge (fig. 7, 8, 9).

Une plaquette calcanéenne de 3 cm. de hauteur permet encore un bon appui, pourvu qu'on ait respecté les connexions de la face inférieure du calcanéum avec la semelle plantaire.

Peu importe que la ligne de suture soit très basse pourvu que le calcanéum reste parfaitement horizontal.

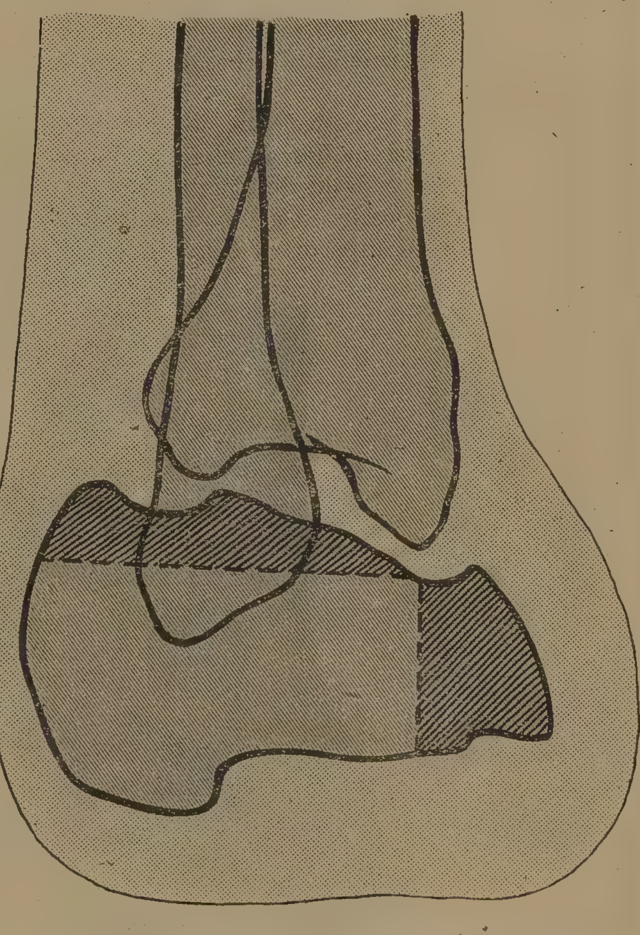


Fig. 8. — *Tracé des sections pour réduire les dimensions du calcanéum en cas de besoin* (le calcanéum est propulsé).

III. **Indications.** — Nous avons exécuté onze fois l'opération de Ricard, trois fois pour corriger un moignon de Chopart inutilisable du fait de l'équinisme, cinq fois pour des traumatismes variés de l'avant-pied, une fois pour tuberculose de la scapho-cunéenne avec pied en équinisme; nous aurions pu dans ce cas avoir recours au Chopart mais nous y avons renoncé à cause de l'équinisme ; une fois pour un moignon de Lisfranc basculé lui aussi en équinisme, une fois pour un cas de gangrène sèche pour artérite. Ce dernier cas fut notre seul échec, le lambeau se sphacéla et nous dûmes recourir à l'amputation de jambe. Toute autre opération économique aurait du reste donné les mêmes résultats.

IV. **Résultats.** — Dans les dix cas où nous avons exécuté le Ricard dans de bonnes conditions nous avons obtenu des résultats parfaits. Le moignon doit être

surveillé les premiers jours pour que le calcanéum n'ait pas tendance à se mettre en varus; il suffit en faisant le pansement d'enrouler les tours de bande de dedans en dehors pour le fixer en léger talus varus.

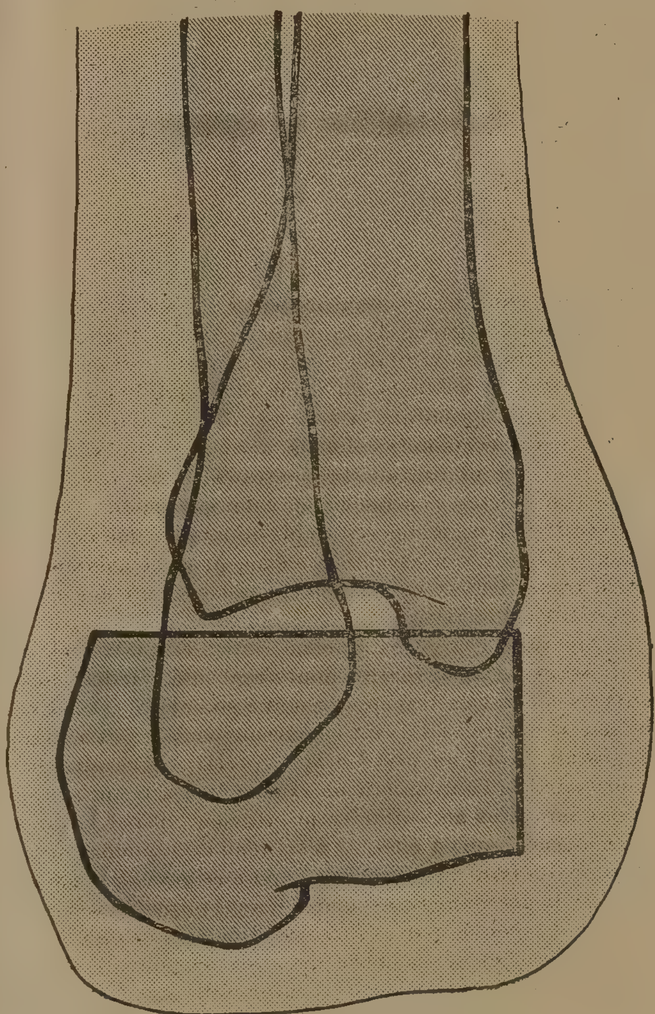


FIG. 9. — *Calcanéum réduit et propulsé.*

Très rapidement on peut permettre aux blessés de prendre point d'appui sur leur moignon. Dès le dixième jour je leur fais exécuter des mouvements de flexion dans la néarthrose et le quinzième en général je permets des essais d'appui direct en station debout.

Il est rare qu'au bout d'un mois quand on a obtenu une réunion par première intention le blessé ne puisse pas marcher avec deux cannes.

J'ai eu des nouvelles de malades opérés depuis : 12 ans, 8 ans, 8 ans, 6 ans ; j'ai présenté à la société de chirurgie deux malades opérés depuis plus de trois ans. Ils sont tous enchantés du résultat et ont pu reprendre leurs occupations. Ils marchent très bien sans aucun appareil orthopédique se contentant d'une chaussure ordinaire lacée dont le bout est bourré, la plupart marchent sans canne. Seuls ceux qui ont été amputés à la suite de gelures ont encore des troubles circulatoires mais qui sont tout à fait indépendants de leur opération.

Je n'ai observé dans aucun cas de tendance à l'équinisme.

Devant d'aussi bons résultats qui ont du reste été obtenus par tous les chirurgiens qui l'ont employée, je m'étonne que l'opération de Ricard ne soit pas plus couramment utilisée. La seule raison je crois de ce délaissement est le silence de nos traités classiques de médecine opératoire.

J'espère que cette mise au point de la question encouragera mes collègues à l'essayer, et je suis sûr qu'ils n'auront pas à le regretter.

BIBLIOGRAPHIE

RICARD, Soc. de chir., 7 avril 1897.

LATOUCHE, Th. de Paris, 1908.

QUÉNU, *Plaies du pied et du cou de pied par projectiles de guerre*, 1 vol., Paris, Alcan, 1908.

KUSS et HOUDARD, A propos de la désarticulation interbibio-calcanienne. Rev. de Chir. 1920, (nos 7 et 8).

TOUPET, Sept malades amputés par le procédé de Ricard. *Soc. de Chir.*, 1922, page 194.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

DU TRANSPORT GRATUIT EN AUTOMOBILE : DE LA RESPONSABILITÉ DU CONDUCTEUR

Par **H. RIBADEAU DUMAS**,
Docteur en droit, Avocat à la Cour d'appel.

Il n'est pas inutile de faire connaître la controverse qui existe sur la question de la responsabilité du conducteur d'automobile en matière de transport bénévole. C'est une question qui intéresse tous ceux qui font de l'automobile; elle intéresse les médecins et les chirurgiens qui sont parfois amenés à faire monter dans leur voiture, surtout à la campagne, des clients ou autres personnes à qui ils veulent rendre service.

Les opinions, sur cette question sont différentes en doctrine et en jurisprudence. Dans un arrêt du 14 juin 1927, la Cour de Dijon décide qu'il y a une convention *sui generis* entre le conducteur et la personne transportée. Dans un arrêt du 25 février 1927, la Cour de Bordeaux dit qu'il n'y a pas de contrat dans le transport de complaisance; le transporté est un tiers et peut invoquer, en cas d'accident, les dispositions de l'article 1384 du Code civil. La Cour de Cassation ne s'est pas prononcée encore.

Pour soutenir sa thèse, la Cour de Bordeaux déclare, répondant à l'objection faite : « que vainement l'appelant allègue que l'occupant à titre gracieux est censé avoir accepté les risques inhérents à l'usage de l'automobile : que cette supposition purement divinatoire, est contraire à la réalité des faits, le voyageur n'étant jamais décidé à se livrer au conducteur du véhicule pieds et poings liés; qu'une renonciation aux droits à la sécurité, à la vie et à la santé ne se présume pas; qu'aucune raison sérieuse ne peut être invoquée en faveur d'une différence de traitement entre le voyageur transporté gracieusement en automobile et l'invité qui serait atteint par la chute d'un mur ou d'un arbre; que l'idée de responsabilité du fait des choses inanimées, telle qu'elle est inscrite dans l'article 1384, se déduit de l'idée de pouvoir et de maîtrise; qu'une responsabilité de plein droit pèse sur l'automobiliste qui, pour se libérer, doit faire la preuve d'un cas de force majeure ou d'une faute commise par la victime ».

Tels sont les arguments de la Cour de Bordeaux. Sa thèse a le résultat suivant : si la preuve du cas de force majeure ou de faute commise par la victime n'est pas faite, celle-ci peut prétendre à la réparation totale du préjudice subi. En l'espèce, le transporté avait eu un accident dont la conséquence a été la rupture dans la cavité abdominale d'un kyste hydatique entraînant l'apparition de troubles particulièrement graves et ayant nécessité une opération chirurgicale qui a consisté dans une laparotomie sus et sous-ombilicale; l'affaiblissement des tissus avait occasionné une éventration diminuant dans une notable mesure la capacité de l'accidenté. Le préjudice a été évalué à 25.000 fr., somme allouée par la Cour.

La Cour de Dijon, de son côté déclare qu'on ne saurait appliquer l'article 1384 du Code civil; « considérant, en effet, qu'il ne saurait y avoir lieu à l'application des principes de la responsabilité quasidélictuelle entre personnes juridiquement liées l'une à l'autre par des rapports conventionnels qui, en cas d'inexécution, donne *seulement* ouverture à la responsabilité contractuelle dans les limites mêmes des accords intervenus entre la partie lésée et l'auteur du dommage;

Or, considérant que celui qui sollicite ou accepte de monter dans une voiture, même pour y être transporté gratuitement, ne peut être considéré comme un tiers à l'égard de celui qui a juridiquement la garde de la voiture; que s'il n'existe pas entre ces parties un véritable contrat de transport au sens des articles 1782 et suivants du Code civil qui impliquent un caractère synallagmatique et onéreux, il s'est du moins formé, par un échange certain de volontés, une convention *sui generis*, dont l'existence ne saurait être contestée du fait que l'obligation de transporter, contractée par celui qui conduit l'automobile, serait plus ou moins révocable *ad nutum*; que cette obligation est liée à son exécution même, prenant naissance dès que le transport est commencé et subsiste tant que celui-ci se poursuit volontairement.

Considérant, d'ailleurs, que du caractère unilatéral et de bienfaisance de la convention dont s'agit (qui, participant sans doute du contrat de transport quant à son objet, est assimilable, par sa nature et suivant les circonstances, soit à un mandat gratuit, soit à un prêt à usage spécial), il résulte que le propriétaire de l'automobile ne saurait être astreint aux obligations imposées au voiturier proprement dit par la loi et la jurisprudence; qu'en effet, il n'est tenu de répondre que des fautes ou des faits qui, n'ayant pas pu être envisagés normalement par la personne transportée, n'ont pu, par là même, être tacitement acceptés par avance; qu'il ne saurait en être ainsi des vices cachés de la chose que rien ne pouvait révéler à l'attention du propriétaire de l'automobile qui était dès lors impuissant à en prévenir les dangers; qu'il n'y a là un risque qui ne peut incomber à celui qui s'oblige bénévolement, pas plus à l'automobiliste qui transporte gratuitement qu'au mandataire gratuit (art. 1992, C. civ.) ou au prêteur à usage (art. 1891, C. civ.) ».

Dans l'espèce soumise à la Cour de Dijon, l'accident était dû à la rupture de la direction de l'automobile, occasionnée elle-même par une paille ou une fêlure ancienne. L'expert qui avait été commis avait déclaré que le propriétaire de la voiture pouvait parfaitement ignorer l'état du bras de direction et que seule une étude, après vérification très minutieuse, après démontage et nettoyage de cette pièce opérée à l'usine, aurait peut-être permis de découvrir le défaut existant. La Cour, dans ces conditions, a écarté la responsabilité du conducteur de l'automobile.

Telles sont les deux thèses en présence ; la première, celle de la Cour de Bordeaux, paraît inspirée des dangers que l'automobiliste fait courir aux passants sur la voie publique; elle est sévère. Il est difficile d'admettre en théorie et en pratique, que celui qui rend un service bénévole et gratuit soit présumé en faute s'il survient un accident à la personne qu'il transporte et surtout qu'il ne puisse faire écarter cette présomption qu'en prouvant la faute de la victime ou le cas de force majeure; il semble plus juste que le transporté ait à faire la preuve de la faute du conducteur. S'il en est ainsi, la responsabilité de celui qui conduit gratuitement est moins lourde, car il n'y a pas de présomption de faute contre lui; et véritablement il est équitable que celui qui est transporté gratuitement dans une automobile, sachant les risques d'un tel transport, supporte les conséquences de ces risques.

NOS GRANDS LABORATOIRES

Les Produits ROCHE

La Marque « Roche » inspire à juste titre la confiance : les médecins, les vétérinaires, les pharmaciens, les chimistes, savent bien en effet que cette maison, malgré la progression continue de ses affaires et le développement extraordinaire de son activité, n'accorde son patronage à un produit que lorsque celui-ci a subi la double consécration du laboratoire et de la clinique.

Mais aussi quel chemin parcouru depuis trente ans ! Que de produits bien étudiés qui, de haute lutte, ont conquis droit de cité dans la pharmacopée contemporaine !

Tout d'abord le **Thiocol « Roche »,** né de la volonté d'un chimiste désireux à tout prix d'obtenir un gaïacol soluble, sans odeur, sans causticité et sans toxicité : l'essor de ce médicament a été prodigieux et son succès a été tel que des contrefaçons en ont été conçues un peu partout, contrefaçons quelquefois dangereuses, toujours inactives, qui ont rendu obligatoire la spécialisation du Thiocol « Roche » surtout sous forme de Sirop « Roche », constituant aujourd'hui la base de tout traitement classique des affections broncho-pulmonaires.

Le **Pantopon « Roche »,** cet opium total injectable, qui a été accueilli dès son apparition avec un enthousiasme incomparable, et dont le succès auprès du Corps médical ne s'est pas démenti un seul jour : c'est en vain que partout on a essayé de l'imiter et de le copier : on a fait des produits de substitution, on n'est jamais arrivé à refaire du Pantopon « Roche » !

Le **Sédobrol « Roche »,** bromure dissimulé sous une forme très pratique, agréable à prendre, permettant d'imposer au malade, en même temps qu'un traitement bromuré intensif, un régime déchloruré toujours bien accepté: c'est un moyen particulièrement élégant et discret de faire prendre du bromure à un malade, même à son insu, mais il est indispensable d'avoir un extrait de bouillon végétal concentré et un bromure d'une irréprochable pureté !

Le **Somnifène « Roche »,** diéthyl-isopropylallyl-barbiturate de diéthylamine, sédatif parfait, hypnotique incomparable, comme l'ont nommé ses expérimentateurs ; injectable par voies intramusculaire et endoveineuse, absorbable aussi par voie buccale, sous forme de gouttes, qui permettent de donner à chacun la dose qui lui est nécessaire, de l'augmenter ou de la diminuer à volonté : ce produit extraordinairement maniable agit sans phénomènes d'accumulation et donne un sommeil paisible, suivi d'un sommeil parfait de bien-être ; tous les jours apparaissent de nouvelles indications qui font de cet hypnotique un médicament indispensable en médecine générale aussi bien qu'en neuro-psychiatrie.

L'Allonal « Roche », isopropyl-allyl-barbiturate de diméthyl-amido-antipyrine, qui complète heureusement les propriétés antalgiques, en quelque sorte spécifiques, de la diméthyl-amido-antipyrine par l'action sédative et progressivement hypnogène de l'acide isopropyl-allyl-barbiturique, le moins toxique des barbituriques : l'Allonal « Roche » est donc un analgésique renforcé, très facile à prendre sous forme de comprimés, toujours admirablement toléré, et ne présentant aucune action nocive ni sur le cœur, ni sur le foie, ni sur les reins. Il rend des services constants au médecin praticien dans tous les cas où existe l'élément douleur, et en particulier dans la douleur qui empêche le sommeil.

Il serait trop long d'énumérer toutes les indications de l'**Airol « Roche »,** cet antiseptique inodore qui donne au contact des plaies de l'iode à l'état naissant ;

du **Thigénol « Roche »,** oléo-sulfonate de sodium, topique soufré utilisé de plus en plus à la place de tous les sulfo-ichtyolates, inodore, ni toxique, ni caustique, dont les applications sont multiples en dermatologie, et surtout en gynécologie sous forme d'Ovules « Roche » et aussi de Tampol « Roche », ce pansement gynécologique tout prêt : pansement idéal comme a pu l'appeler un professeur de clinique éminent, dont les leçons magistrales ont signalé à de multiples reprises son utilité incontestable ;

de la **Digalène « Roche »,** digitale totale, la première en date des préparations digitaliques injectables par voie endoveineuse ;

du **Théobryl « Roche »,** théobromine injectable, absorbable aussi par voie buccale sous forme de gouttes, dont la dose diurétique est infiniment moindre que celle de la théobromine ;

de l'**Iodostarine « Roche »,** acide tartrique diiodé du professeur Arnaud, iode organique complètement assimilé dans l'économie, s'ordonnant aux mêmes doses que l'iodure, sans crainte d'iodisme et sous trois formes essentiellement commodes : cachets, granulés, comprimés ;

de la **Sécacornine « Roche »,** représentant tous les principes actifs de l'ergot de seigle, injectable, d'action certaine et sans effets secondaires fâcheux, qui facilite l'emploi de la médication ergotée, chez ses adversaires les plus déterminés, à cause de la précision et de la sécurité de son dosage ;

de la **Spasmalgine « Roche »,** antispasmodique vrai, for-

mule heureuse où sont combinées les actions antagonistes du pantopon, de la papavérine et de l'éther sulfurique d'atropine ;

de la **Soluprotine « Roche »,** solution à 10 % de peptone de caséine, permettant, sous forme d'injections hypodermiques, intramusculaires ou endoveineuses, toutes les modalités de la thérapeutique de choc ;

du **Larosan « Roche »,** caséinate de calcium, excellent antidyspeptique et antidiarrhéique, qui donne les meilleurs effets dans tous les cas où est indiquée une médication alcalinisante ;

de l'**Isacène « Roche »,** diacétyl-dioxyphénylisatine, laxatif synthétique sûr et facile à prendre, d'action douce, constante, à doses minimes, localisée exclusivement au gros intestin, et s'éliminant totalement par les fèces ;

de l'**Arsylène « Roche »,** enfin, acide allylarsinique, permettant, mieux que les cacodylates, les méthylarsinates et les formules complexes, et sans aucun inconvénient, la médication arsenicale organique à hautes doses (granules, ampoules de 2 centimètres cubes, ampoules de 5 centimètres cubes indolores). Toujours bien toléré, sans odeur alliacée de l'haleine, l'Arsylène « Roche » réalise dans d'excellentes conditions l'imprégnation arsenicale progressive.

Voici aussi l'**Iloglandol « Roche »,** solution stérilisée des principes actifs des îlots de Langerhans, insuline excessivement pure, préparée sous un triple contrôle minutieux dans les usines de Fontenay-sous-Bois (Seine), se présentant sous forme d'ampoules de 1 centimètre cube, dosées à 15 unités cliniques, de titrage conforme aux décisions prises par la Convention de Genève, et d'activité correspondant à l'activité de l'étalon officiel de Londres.

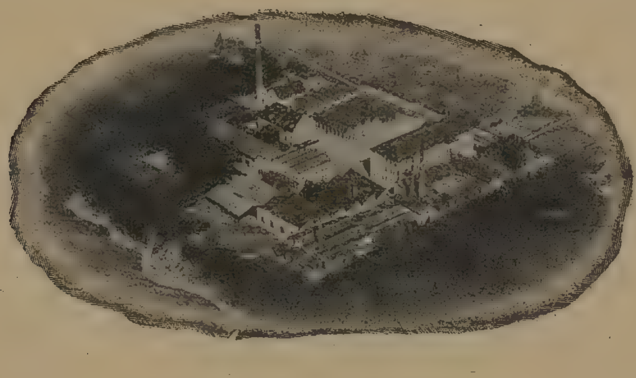
C'est dans ces laboratoires également, dont la photographie ci-dessous donne une bien faible idée, que sont préparés dans des conditions toutes particulières avec un appareillage spécial et sous un contrôle rigoureux permanent, les arsénobenzènes : **Néomésarca « Roche »** (914 pour injections endo-veineuses), **Sulfomésarca « Roche »** (pour injections intramusculaires), deux médicaments d'une irréprochable pureté.

Là aussi sont fabriqués les Colorants de Laboratoire « Roche » et surtout les **Produits bio-chimiques purs « Roche ».** Depuis longtemps déjà, de nombreux laboratoires ont demandé à « Roche » d'étudier la préparation systématique des acides aminés ; on sait, en effet, que de toutes parts se multiplient les recherches biochimiques; mais pour les mener à bien, il est indispensable d'avoir à sa disposition des produits dont on soit absolument sûr. Voici déjà six ans qu'après de multiples essais préparatoires, après l'achat d'un matériel spécialement construit, « Roche » a pu créer la section des Biochimiques « Roche » (alanine, créatine, glycocolle, histidine, tryptophane, dioxyphénylalanine, tyrosine, etc.) qui permet aux chercheurs de vérifier, de continuer ou de terminer des séries d'expériences qui peuvent avoir une importance considérable pour la physiopathologie de la nutrition et cette fabrication prend de jour en jour un développement de plus en plus grand, à tel point que « Roche » vient de spécialiser l'*Imido* (solution à 1 pour 1000 de bichlorhydrate d'histamine) et la *Thyroxine* (solution à 1 pour 1000 de la thyroxine synthétique préparée d'après les données de Harington et Barger).

Il faut bien savoir aussi que la marque « Roche » est une marque de produits chimiques absolument purs et si cela n'intéresse que relativement les médecins, on ne doit pas oublier que les chimistes et les pharmaciens sont sûrs de trouver, sous cette marque, les alcaloïdes, les glucosides et les principaux médicaments utilisés en thérapeutique.

Voilà donc le bilan de la marque « Roche » : trente ans d'efforts ininterrompus ; partout de nombreuses filiales, laboratoires ou agences (Bâle, Paris, Fontenay, Alstetten, New-York, Londres, Milan, Tokio, Vienne, Bruxelles, Athènes, Barcelone, Bucarest, Varsovie, Sanghaï, Buenos-Aires, Rio-de-Janeiro, etc., etc.) ; *quelques médicaments spécialisés* dont l'éloge n'est plus à faire, des *produits chimiques purs*, une *section de biochimiques*, une *section de colorants de laboratoire*, demain peut-être encore quelque nouveauté ! Il n'est pas étonnant que le succès soit venu couronner ces efforts, et non seulement le succès matériel, mais aussi le succès moral, car la marque « Roche » est désormais classique, et même le succès officiel, car l'on peut rappeler, en particulier, parmi les multiples récompenses récentes, les grands prix de Barcelone, de Paris, de Strasbourg, de l'Exposition Coloniale et de l'Exposition Pasteur !

L. G.



Les Laboratoires CLIN

La Maison CLIN et Cie a été fondée, en 1864, par le docteur Ernest-Marie CLIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, pharmacien de première classe, lauréat de la Faculté et de l'Académie de Médecine de Paris.

Installée alors rue Racine, sur l'emplacement où s'élèvent actuellement les bâtiments de l'Ecole de Médecine, la Maison Clin fut transportée, en 1870, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques où se trouve encore son siège social.

En 1897, MM. F. COMAR et Fils et Cie, prirent la direction de la Maison Clin à laquelle ils donnèrent la nouvelle firme : *Les Laboratoires Clin*. En 1909, après le décès de M. F. COMAR Père, la raison sociale devint COMAR et Cie, sans aucune autre modification dans la marche de la Société.

Les Laboratoires Clin ont actuellement plus de soixante années d'exercice. Pendant cette longue période, l'idée initiale de leur fondateur s'est rigoureusement continuée. Le docteur CLIN, qui auprès des professeurs DUJARDIN-BEAUMETZ et Germain SÉE, avait été à l'école de la thérapeutique appliquée, avait eu pour but de mettre à la disposition du médecin des médicaments nouveaux préparés à l'état pur et présentés sous la forme pharmaceutique la plus adéquate à la régularité de leur action. MM. Comar et Cie ont suivi la même tradition.

ORGANISATION DES LABORATOIRES

Les Laboratoires Clin comprennent l'usine de *Massy* et les laboratoires pharmaceutiques de *Paris*. Un personnel important comprenant 9 docteurs en médecine, 1 docteur en pharmacie, 12 pharmaciens, 24 ingénieurs chimistes, 365 ouvriers et ouvrières et 125 employés assure le fonctionnement de ces organisations.

Après avoir été répartie d'abord en quatre usines différentes : *Paris, Issy-les-Moulineaux, Clermont-Ferrand* et *Sceaux*, l'industrie des Laboratoires Clin a été, depuis les premières années de la guerre, concentrée en une seule usine à *Massy* (Seine-et-Oise), où ont été réunis, à l'exclusion de ceux de Paris, tous *les services techniques des Laboratoires Clin*. Cette usine couvre une superficie de 35.000 mètres carrés. Son personnel comprend 1 docteur en pharmacie, 3 pharmaciens, 24 ingénieurs chimistes, 215 ouvriers et ouvrières.

Un Laboratoire de recherches chimiques, annexé à l'usine, est chargé de l'étude des médicaments nouveaux, des modifications et des perfectionnements à apporter aux fabrications en cours et de toutes recherches pouvant intéresser l'industrie pharmaceutique.

Les *Laboratoires pharmaceutiques de Paris* sont chargés presque exclusivement de la fabrication des médicaments hypodermiques, des colloïdes et des vaccins. C'est à Paris également que sont installés les Services scientifiques généraux indispensables à la bonne marche de l'industrie.

Ces Services comprennent :

Laboratoire de recherches physico-chimiques. — Ce service organisé pour l'étude physico-chimique des questions thérapeutiques, étude qui prend chaque jour une si grande importance, est pourvu de l'outillage moderne pour l'application des méthodes générales d'investigation.

Laboratoire de physiologie et de pharmacologie. — Ce laboratoire est chargé de l'étude scientifique, sur les animaux d'expériences, des produits fabriqués et de la recherche des propriétés nouvelles de composés chimiques susceptibles d'applications thérapeutiques. Un service spécial y est aménagé pour le contrôle des Tréparsénans, la vérification des propriétés hypertensives de l'Adrénaline et anesthésiques de la Syncaïne.

Ce laboratoire possède une ménagerie d'animaux d'expériences, ravitaillée par d'importants clapiers fonctionnant à l'usine de Massy.

Laboratoire de bactériologie. — Consacré à l'étude de toutes les questions bactériologiques en rapport, soit avec l'industrie elle-même, soit avec la science pure.

Laboratoire de contrôle. — Service chargé de l'analyse des matières premières et de l'analyse des produits fabriqués.

L'ensemble de ces Laboratoires a un fonctionnement assuré par 3 docteurs en médecine et 9 pharmaciens, 150 ouvriers et ouvrières, et 125 employés.

Nous devons également signaler un important service de *publicité et de documentation médicales*, auquel collaborent 6 docteurs en médecine et 2 phar-

maciens. A ce service est rattaché : un *Office bibliographique*, mis à la disposition de tous les médecins français et étrangers, et dirigé par un docteur en médecine, ainsi que le secrétariat de la rédaction des *Annales des Laboratoires Clin*, qui paraissent tous les deux mois, en trois langues : française, espagnole et italienne.

OBJET DE L'INDUSTRIE DES LABORATOIRES CLIN

Le docteur CLIN collabora avec d'illustres maîtres ; RABUTEAU lui confia la préparation des médicaments à base de *protochlorure de fer* selon ses données scientifiques ; CHARCOT et BOURNEVILLE mirent à l'étude le *bromure de camphre* que le docteur CLIN présentait lui-même à l'Académie des Sciences. La médication salicylée, préconisée par Germain SÉE, fut rendue possible et facile par l'établissement de la *Solution de salicylate de soude pur du docteur Clin*, à côté de laquelle venaient se placer plus tard les *ampoules de Salicylate de Soude Clin* injectables par la voie veineuse. Citons encore le *Salicylate de lithine* et le *Sulfate d'atropine*, objets des travaux de VULPIAN.

En 1897, sous la direction de MM. F. COMAR et Cie, d'autres préparations déjà très connues vinrent s'ajouter aux médicaments spécialisés du docteur Clin. Ce sont le *Sirop d'Aubergier*, au lactucarium, approuvé par l'Académie de Médecine en 1852 ; le *Vin et le sirop Nourry*, types des préparations iodotannées ; l'*Elixir Déret* bi-iodé, qui permet d'administrer le mercure sans intolérance ; la *Liqueur Laville*, étudiée par LÉCORCHÉ, signalée par tous les thérapeutes, et dont la valeur pratique est depuis longtemps reconnue ; le *Quina Laroche*.

A partir de ce moment d'ailleurs, les Laboratoires Clin se consacrent plus spécialement aux questions de pleine actualité scientifique. Ils s'attachent à poursuivre toutes les recherches pharmacologiques nécessaires pour livrer au médecin des *cacodylates* et des *méthylarsinates* purs, actifs, facilement administrables par toutes les voies.

Les préparations de la *Lécithine*, du *Phosphotal* (phosphite de créosote), du *Gaïacophosphal* (phosphite neutre de gaïacol), de la *Néoquinine Falières* (Glycérophosphate de quinine) marquent encore autant d'étapes de la même période.

Dès 1904, les Laboratoires Clin, poursuivant leurs travaux sur l'arsenic organique, mettent à l'étude la question de la thérapeutique antisyphilitique arsenicale. Le *Salicylarsinate de mercure* ou *Enésol* est alors découvert dans ces laboratoires, puis étudié par un grand nombre de cliniciens.

Plus tard, les composés arsénoïques faisaient l'objet de patientes et minutieuses recherches qui aboutissaient à la préparation des *Tréparsénan* et *Néo-Tréparsénan* (arsenobenzènes)); puis était créé le *Sulfo-Tréparsénan*, arsenobenzène injectable dans le tissu cellulaire et dans le muscle, et enfin l'*Arsaminol* (arsenic pentavalent) facilement maniable par les mêmes voies.

Les Laboratoires Clin ne se désintéressent pas non plus des succès naissants de l'organothérapie.

Ils préparent l'*Adrénaline*. Guidés par les travaux de Laumonier, ils isolent un *Glycogène actif*. Ils spécialisent sous le nom de *Solurol* cet acide thyminique, agent organo-thérapique, éliminateur de l'acide urique, que les travaux de SCHMOLL, de MINKOWSKI, de FENNER, de BRETON, de BLUTH, etc..., ont présenté, en quelque sorte, comme le spécifique des affections de la diathèse urique.

Le programme des Laboratoires Clin s'élargit encore : ils abordent l'étude des *métaux colloïdaux électriques*, de telle façon que le nom des Laboratoires Clin doit demeurer attaché désormais aux progrès de la thérapeutique colloïdale dont ils ont été les promoteurs.

Successivement, l'*Electrargol*, l'*Electraurol*, l'*Electroplatinol*, l'*Electropalladiol*, l'*Electr-Hg*, l'*Electrocuprol*, l'*Electrosélénium*, etc..., sont mis entre les mains des expérimentateurs. Ils donnent lieu à de nombreux travaux de biologie, de physiologie, de bactériologie, et accomplissent une carrière clinique si brillante qu'aujourd'hui la littérature afférente à ces produits constitue un véritable monument du plus haut intérêt.

Une mention toute spéciale doit être réservée à la *Médication hypodermique* ; depuis ses débuts, les Laboratoires Clin l'ont suivie pas à pas. Le seul développement matériel qu'elle leur a imposé serait une preuve de sa prééminence actuelle sur presque toutes les méthodes thérapeutiques. Le nombre des formules administrables par la voie hypodermique est aujourd'hui illimité. Mais la majeure partie des praticiens ignorent les nombreuses difficultés que l'on rencontre en pharmacologie pour assurer finalement aux préparations injectables la stérilité, l'intégrité et le maximum d'activité. Les Laboratoires Clin se sont attachés particulièrement à ces questions et leur ont donné solution sur tous les points. Les « *Tubes stérilisés Clin* » à tous médicaments jouissent d'une faveur qui prouve la sécurité avec laquelle médecins et malades peuvent les utiliser. Les conditions de stérilisation de chaque produit ont été étudiées minutieusement et on a créé presque autant de techniques que de sortes de médicaments.

Le groupe des sédatifs et hypnotiques n'a pas été négligé, et le *Valimyl*, comme l'*Isobromyl*, réalisent les types les plus parfaits d'un antispasmodique et d'un hypnotique. Les Laboratoires Clin se sont également poussés vers la préparation de l'*Emétine* et représentent la seule usine française fabriquant l'Emétine. Ils ont enfin mis au point un liniment antirhumatismal ; le *Salicéral ;* un antidiarrhéique : le *Ta-*

nacétyl ; un médicament anti-tuberculeux : le *Cinnozyl*, qui immunise l'organisme contre le bacille de Koch; le *Sirop de Sirtal* (Tricrésol sulfonate de calcium) sédatif de la toux par antisepsie pulmonaire qui a tous les avantages de la créosote sans ses inconvénients ; l'*Odarsol*, opiat dentifrice anti-spirochétosique à base de Sulfo-tréparsénan ; le *Nortal* (éosinate de césium), médicament anti-choc.

PRODUITS CHIMIQUES

Les Laboratoires Clin préparent une certaine quantité de produits chimiques et pharmaceutiques en nature pour la vente en vrac. Voici la nomenclature des principaux de ces produits avec l'indication sommaire de leurs propriétés thérapeutiques :

Adrénaline lévogyre : vaso-constricteur hémostatique ;
Syncaïne (novocaïnum, codex) : anesthésie locale ;
Isobromyl ou diéthylisovalérylurée : hypnotique ;
Valimyl ou diéthylamyl : antispasmodique ;
Tanacétyl ou diacétyltanin : astringent ;
Salicéral ou salicyl-glycérine : antirhumatismal ;
Acide valérianique et ses dérivés (valérianate d'ammoniaque, de zinc, de fer, d'amyl) : antispasmodiques ;
Arsénobenzènes (Tréparsénan, Néo-tréparsénan, Sulfo-tréparsénan) : spirochèticides ;
Chlorhydrate d'émétine et iodure double de bismuth et d'émétine : antidysentériques ;
Morphine (chlorhydrate) ; Codéine et Alcaloïdes de l'opium : analgésiants, hypnotiques ;
Solurol (acide thyminique): anti-goutteux.
etc., etc...

Les Laboratoires Clin constituent donc non seulement un organisme de spécialisation pharmaceutique, mais ils peuvent encore alimenter le marché français et étranger d'un certain nombre de produits non spécialisés, vendus sous leur cachet de garantie.

RÉCOMPENSES AUX EXPOSITIONS

Les Laboratoires Clin ont obtenu aux dernières expositions les récompenses suivantes :

Saint-Louis (1904), Médaille d'Or.
Paris (1904). Hors concours.
Liége (1905), Diplôme d'Honneur.
Vienne (1906), Médaille d'Or.
Bucarest (1906), Médaille d'Or.
Milan (1906), Grand Prix.
Quito (1909), Grand Prix.
Bruxelles (1910), Grand Prix.
Buenos-Ayres (1910), Grand Prix.
Turin (1911), Grand Prix.
Gand (1913), Grand Prix.
Lyon (1914), Grand Prix.
San-Francisco (1915), Hors Concours.
Strasbourg (1919), Grand Prix.
Beyrouth (1921), Grand Prix.
Rio-de-Janeiro (1922), Grand Prix.
Strasbourg (1923), Grand Prix.
Paris (1925), Hors Concours.
Grenoble (1925), Grand Prix.


nouveau traitement intégral des affections veineuses
PROVEINASE MIDY
Synergie régulatrice de l'insuffisance veineuse.
ASSOCIATION
de Poudres d'organes à sécrétion interne.
(Hypophyse totale, Surrénale, Thyroïde)
&
d'Extraits desséchés dans le vide
de plantes stabilisées.
(Cupressus, Marrons d'Inde, Viburnum, Hamamélis)
2 à 6 Comprimés par jour
Phlébites, Varices, Varicocèles,
Œdèmes post-phlébitiques,
Ulcères Variqueux,
Hémorroïdes
Tous les troubles congestifs
de la Ménopause
et de la Puberté.
Médication locale des hémorroïdes
POMMADE MIDY adréno-styptique.
SUPPOSITOIRES MIDY adréno-styptiques
LABORATOIRES MIDY
4, rue du Colonel Moll
PARIS

LES ÉTAPES DE LA PUBLICITÉ

DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

Par Antonin THIOLLIER.

L'histoire de la publicité des spécialités pharmaceutiques n'est qu'un chapitre de l'histoire de la publicité commerciale. La caractéristique de ce chapitre, c'est le retard avec lequel il apparaît, et cela se comprend facilement. La spécialité pharmaceutique est originairement le remède secret. Honnie d'abord du législateur, puis oubliée, elle attendra un statut, non pas même légal, mais administratif, jusqu'en 1926.

Au début du XIXe siècle, en effet, la publicité médicale n'a pas de raison d'être puisque c'est le pharmacien qui fabrique les remèdes, d'après l'ordonnance du médecin et d'après le codex.

Mais la standardisation qui, d'une part, abaisse le prix de revient et de l'autre donne la garantie d'une uniformité de fabrication devait s'imposer, et la publicité fatalement suivre.

D'où trois périodes dans le développement de la publicité médicale, à la *Gazette* comme ailleurs. Une période négative, jusqu'en 1838, une période d'hésitation de 1838 à 1857 et une période d'épanouissement où l'annonce débordant de la simple ligne va gagner jusqu'à la page entière, période achevée vers 1910. On pourrait y ajouter une période contemporaine où il ne s'agit plus que d'organisation et de meilleure présentation de la publicité.

***

Au début de la première période, la position de la *Gazette* est très nette. Fondée par Fabre pour assurer la diffusion des leçons faites dans les Hôpitaux et à la Faculté, elle entend proscrire de ses colonnes toute publicité commerciale. Fabre pense que c'est une condition d'indépendance. On sait ce que vaut cet argument. La diffusion et la force que la publicité donne à la Presse sont au contraire les meilleures garanties de son indépendance. Mais Fabre est intransigeant, tout ce qui paraît dans ses colonnes est partie de lui-même et s'il s'y glisse quelque erreur, elle ne lui paraît excusable que parce qu'elle est désintéressée.

Il s'emporte à différentes reprises contre la réclame faite auprès du public et notamment contre un chirurgien qui vante le succès de ses opérations entre « un vaste hangar à louer » et un « nouveau cirage.

Dans la *Gazette* elle-même on va cependant bientôt voir la porte par où pourra entrer la spécialité sérieuse qui à ce moment naît ou va naître. La *Gazette* accepte des annonces de libraires, puis de cessions de clientèles, de ventes, de maisons de santé, etc... Elle n'est pas hostile à la publicité commerciale, mais elle estime en ce qui concerne les médicaments que de deux choses l'une : ou ils sont scientifiques et elle doit faire connaître gratuitement son avis ou ils ne le sont pas, alors on ne doit pas accepter leurs annonces.

Cependant il ne suffit pas à un produit ou à une maison d'avoir été signalés une fois à l'attention des médecins. Il faut le leur rappeler pour ne pas être oublié. On accepte des annonces de livres, de fonds de commerce et évidemment on ne peut le faire gratuitement. Pourquoi ne pas accepter les annonces d'un produit pharmaceutique sérieux, d'une maison sérieuse ?

***

Ces arguments renforcés peut-être par le développement de la publicité à cette même époque chez les journaux concurrents (La *Gazette médicale de Paris* a de la publicité à 0,75 la ligne dès 1832 qui permet d'abaisser le prix de l'abonnement) finissent par l'emporter et le 27 janvier 1838 s'ouvre la seconde période que nous avons appelée celle des hésitations. Ce jour-là, on peut voir deux annonces ; celle d'une maison de santé, et ce qui est plus intéressant celle de la Manufacture de Produits chimiques et pharmaceutiques du Docteur Quesneville, 30, rue Jacob. Celui-ci y vante les mérites de la « *poudre pour eau gazeuse ferrée* ». Et ce n'est pas un accident : dans le numéro suivant, le même Docteur Quesneville présente ses « *préparations inodores d'extraits de barèges* » qui alternent avec la *poudre* dans les autres numéros de l'année. C'est donc un contrat. Bien plus ! Une espèce de grand tirage où Quesneville occupe 2 pages 1/2 sur 4 paraît le 1er mai 1838.

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant de voir apparaître le premier cliché le 15 novembre 1838 :



Puis le chocolat de DEBAUVE-GALLAIS déjà (et encore), 26, rue des Saints-Pères.

Le 27 novembre, paraît un tarif des annonces à 0 fr. 60 la ligne et des réclames à 0 fr. 75. Le 29, peut-être à cause de l'affluence des demandes, ou pour toute autre raison, le tarif est de 0 fr. 75 et 1 fr. *Le journal*

de quatre passe à huit pages. Ainsi chacun y trouve son compte et l'abonné ne saurait se plaindre de la nouvelle méthode.

L'article réclame lui-même va bientôt surgir à l'occasion d'une lutte épique où le *mou de veau de Degènetais*, pharmacien, affronte le *mou de veau au Lichen d'Islande* de Paul Gaye, pharmacien. On va juger du ton de la publicité de cette époque par le court extrait d'un article où Paul Gaye affirme la supériorité de son mou de veau.

« ...M. Gaye n'a pas voulu que les médecins et le public pussent confondre la Pâte et le Sirop qu'il prépare avec tant d'autres spécifiques dont le titre mensonger, la nullité et quelquefois malheureusement l'*action incendiaire* (1) se retranchent à l'abri d'un *brevet mystérieux, prétendu d'invention, de perfectionnement ou d'importation.*

Il n'a pas voulu qu'on puisse dire de ses préparations ce que l'on dit de celles qu'on exploite à grands renforts d'annonces aussi pompeuses que mensongères... A cet effet, il a publié... la recette de ses préparations, entendant s'adresser surtout aux médecins dont les connaissances spéciales les mettent plus à même que personne d'en apprécier l'efficacité et d'en diriger l'emploi. »

On voit apparaître ensuite le Sirop de Johnson, puis les annonces des produits Le Perdriel lancés par un article dont le début est à citer, car il reflète la crainte qu'on a d'employer la publicité et de choquer le médecin.

« Toutes les fois que les progrès de l'industrie tendent à un perfectionnement utile, le but de l'auteur peut être avoué et ne saurait être un obstacle à ce que les hommes consciencieux en apprécient les avantages.»

On voit encore : *Le Sirop de Digitale de Labelonye*, l'Etablissement thermal de *Vichy*, la *Pâte pectorale de Regnauld aîné*, la maison *Fumouze-Albespeyre*, l'*Eau dentifrice du Docteur Pierre*, le *Charbon de Belloc*, les *Pilules de Blancard*, etc...

On peut croire la publicité définitivement installée. Il n'en est rien. Un journal de médecine a protesté contre la publicité, qui à son sens prive le journal de son indépendance. La *Gazette* ne dit rien, mais elle supprime les annonces par extinction.

Cependant, en 1845, un fait nouveau s'est produit. Emile de Girardin a émis ses principes de publicité : elle doit être concise, simple et franche et, selon lui, cela conduit à l'annonce anglaise. C'était vrai pour la publicité que les intéressés liront certainement: placement de domestiques, vente et achat d'objets mobiliers, fonds de commerce, etc... tout ce qu'on appelle aujourd'hui « petites annonces ». Ce n'était pas vrai pour la publicité qu'il faut faire lire. Quoiqu'il en soit c'était admissible pour le petit nombre de spécialités qui existait à ce moment et qu'on allait annoncer. Aussi la publicité va-t-elle prendre cette forme lorsqu'elle fera sa réapparition dans la *Gazette* en 1857.

⁂

On ne peut citer tous les produits qui font leur apparition au début de cette troisième période, celle de l'installation définitive et croissante de la publicité. Remarquons dans les annonces anglaises l'*Eau de Léchelle*, le *Sirop béchique de Lebeault*, le *Vin de Bugeaud*, les *Pilules de Crosnier*, l'eau d'*Evian*, le *Coaltar Le Beuf*, l'Apiol *Homolle*, le *Fer de Quévenne*, le *Sirop de Guilliermond*, etc...

Le nombre croît, la nécessité de se faire lire conduit au cliché qui devient bientôt envahissant.

Une nouvelle réaction ramène tout aux annonces anglaises le 1er janvier 1876. Alors les annonceurs s'y prennent autrement : ils achètent 20, 30, 40 lignes et ne mettent que quelques mots. D'aucuns prennent une colonne entière, puis deux colonnes. Le filet, qui les séparait, disparaît. Comme il est plus commode de clicher que de répéter toujours la même composition, le cliché proscrit réapparaît... définitivement et cette transformation a lieu de 1892 à 1895.

De 1905 à 1910, le cliché s'élargissant toujours, aboutit à la page entière.

On ne peut citer les maisons qui font à ce moment de la publicité, elles sont trop nombreuses et encore presque toutes présentes dans les pages du journal.

⁂

Aujourd'hui, la Révolution industrielle a accompli son œuvre, et la spécialité pharmaceutique est une des grandes branches de la production nationale. On ne saurait se passer d'elle, puisque certaines de ses fabrications ne pourraient être faites par le pharmacien (et par exemple les ampoules de serum). On ne saurait par conséquent se passer de publicité qui en suivant, ou plutôt en précédant la marche avec fidélité, indique au médecin les produits nouveaux, ce qui lui permet d'en faire l'expérimentation scientifique, et lui rappelle les produits anciens et éprouvés.

De par son abondance même, la publicité par annonces ne peut plus se contenter de la ligne ou des banales compositions d'antan. Il lui faut maintenant le cliché qui par des procédés divers saura retenir l'attention et réalisera la pensée de Girardin en donnant une publicité concise, simple et franche. De là une technique nouvelle, très sensible quand on feuillette les collections et dont l'évolution finale est le secret de demain.

(1) Souligné dans le texte!

LES LABORATOIRES LE PERDRIEL

Les LABORATOIRES LE PERDRIEL ont été fondés en 1823 par François LE PERDRIEL, son fils Charles LE PERDRIEL lui succéda en 1859. Celui-ci étant décédé prématurément à l'âge de trente et un an, en 1865, sa veuve assuma la direction des affaires jusqu'à son décès, en 1886, elle fut remplacée par son fils Albert LE PERDRIEL, qui lui-même céda en 1919 à ses fils Jean et Jacques LE PERDRIEL, c'est-à-dire que cet établissement a conservé son unité de direction et les principes de conscience commerciale instaurée par ses fondateurs.

PRINCIPAUX PRODUITS DE LA MAISON

SPARADRAPS

TOILE VESICANTE LE PERDRIEL
(Vésicatoire rouge)

Inventée en 1823 pour remplacer le vésicatoire dit au pouce.

Régularité parfaite et titrage rigoureux, suppression d'une manutention peu aseptique et d'une préparation infidèle.

PRODUITS POUR L'ETABLISSEMENT, L'ENTRETIEN ET LE PANSEMENT DES VESICATOIRES ET DES CAUTERES

(Papiers et taffetas épispastiques, taffetas rafraîchissant, caustiques Filhos, Pois à cautère, papiers compresses, serre-bras, etc.)

Méthode complète, pratique et aseptique appliquée à l'emploi des vésicatoires et cautères, suppression des pommades et onguents, d'une efficacité et d'une propreté douteuses.

SPARADRAPS, MOUCHES DE MILAN, TAFFETAS MARINIER, TAFFETAS D'ANGLETERRE, etc.

Grande régularité de fabrication, commodité de l'emploi pour le médecin, le pharmacien et le malade.

VERITABLE EMPLATRE DE THAPSIA LE PERDRIEL-REBOULLEAU

Résine découverte par le docteur REBOULLEAU (de Constantine) en 1856 et sparadrap fait par LE PERDRIEL en collaboration avec le docteur REBOULLEAU.

Nouveau produit introduit dans la thérapeutique comme révulsif tenant le milieu entre les simples rubéfiants (Sinapismes, papiers chimiques, etc.) et les vésicants proprement dits.

SELS EFFERVESCENTS

1° SELS DE LITHINE

Solubilité et assimilation parfaites de la Lithine, obtenues par l'intervention de l'acide carbonique naissant. Cette forme pharmaceutique a favorisé l'introduction et l'expansion de la Lithine dans la thérapeutique.

2° SELS PURGATIFS EFFERVESCENTS

Commodité et agrément dans l'emploi des laxatifs minéraux.

3° ANTIPYRINE EFFERVESCENTE

Intervention favorable de l'acide carbonique naissant sur la muqueuse gastrique, agissant comme anti-gastralgique et anti-émétique et prévenant ainsi les accidents réflexes d'origine gastrique attribués à l'Antipyrine.

4° BIOSINE

Seul médicament contenant le Glycéro-Phosphate de fer soluble en toutes proportions. Anti-anémique, anti-neurasthénique et anti-rachitique. Action assimilatrice spéciale de l'acide carbonique naissant sur le fer organique. Action laxative du Citrotartrate de Soude résultant de l'effervescence, antagonisme de l'action constipante du fer.

AUTRES PRODUITS

FUCOGLYCINE DU DOCTEUR GRESSY

Sirop d'algues et fucus marin succédané naturel de l'huile de foie de morue, présentant sous la forme végétale tous les avantages de cette dernière, sans en présenter les inconvénients sur les voies digestives.

COALTAR SAPONINE LE BEUF

Antiseptique utilisé avec succès dans tous les cas de plaie exhalant une mauvaise odeur, résultant soit de leur nature, soit des conditions dans lesquelles elles se trouvent, telles que plaies gangréneuses, certaines plaies des lésions osseuses, cancers, ulcères, plaies anfractueuses ou des cavités closes, dans lesquelles le pus s'accumule et séjourne il peut être employé en applications topiques ou injections.

Son usage est tout à fait recommandé en Gynécologie.

En résumé, les Laboratoires LE PERDRIEL ont toujours donné tous leurs soins à la fabrication de médicaments éprouvés sans se lancer dans un modernisme exagéré et souvent dangereux; aussi les imitations de leurs produits sont-elles nombreuses, ce qui est encore une preuve de leur efficacité, sans jamais atteindre leur valeur due à une longue expérience, à des soins méticuleux dans la fabrication et à un matériel chaque jour perfectionné.

IL Y A CENT ANS

Ouverture du cours de M. ORFILA à la Faculté de médecine (1)

M. Orfila est reçu au bruit des applaudissements réitérés d'une foule innombrable d'élèves qui l'attendent depuis une heure. Dans le plus grand amphithéâtre de la Faculté, il y a à peine place pour lui. Point de discours préliminaire, rien de tout ce qui peut s'apprendre dans les livres ; le premier mot du professeur commence la science, c'est le premer chaînon de la grande chaîne des connaissances qu'il va développer et qui ne sera interrompue ni par aucune phrase inutile, ni par aucun de ces demi-repos dont se gratifient certains professeurs dits les *fainéans*.

M. Orfila parle des yeux, des bras et de tout le corps ; il est étranger, et cependant il a la parole très facile, et il tire bon parti de notre langue. Mais ce professeur comprend toute la nécessité de parler aux sens ; aussi tend-il toujours à les faire participer tous à ses opérations, et il est des moments même où l'on dirait qu'il veut multiplier ceux de ses auditeurs, en multipliant ses moyens d'expression.

M. Orfila possède une mémoire prodigieuse ; il n'apporte jamais de notes dans ses cours, cependant il expose avec une justesse admirable toutes les proportions données par les divers chimistes qui ont analysé les corps qu'il décrit. Nous avons vu ce professeur, le dos tourné contre un tableau sur lequel étaient inscrits tous les sels et leurs réactifs, en dicter aux élèves le contenu, sans en omettre un seul mot. Ceci ne paraîtra pas exagéré à ceux qui lui en ont vu faire autant pour les proportions définies.

La méthode de M. Orfila est simple et facile.

Ce qui augmente beaucoup les difficultés dans les commencements d'une science, c'est l'ignorance dans laquelle se trouve l'élève, concernant les sciences plus ou moins adhérentes à celle qu'il va étudier. L'anatomiste, le physicien, le botaniste, etc., tous ont éprouvé les mêmes difficultés. Quelque éducation que l'on suppose à un élève, le premier pas qu'il fera dans une science sera toujours un faux pas, si on ne lui donne une idée de la science qui est intimement liée à celle qu'on va lui apprendre.

De là deux écueils pour les professeurs. Les uns se tairont ou ne diront pas assez sur cette science collatérale, les autres en feront l'objet principal de leurs leçons ; ils feront ainsi oublier et ils oublieront quelquefois eux-mêmes la science qu'ils ont à professer.

M. Orfila sait éviter ces deux écueils ; bien que la physique soit intimement liée à la chimie, il ne prend de la première de ces sciences, que ce qui est indispensable pour que l'on conçoive tous les phénomènes chimiques. Il rend ainsi la physique tributaire de la science qu'il professe, et il s'abstient de ces envahissements qui tournent toujours au détriment des deux sciences, et qui surtout font perdre à l'élève un temps précieux.

Les expériences de M. Orfila réussissent presque toujours; on lui reproche seulement de les faire trop en miniature : ce qu'on doit attribuer à deux causes :

1° A la construction de l'amphithéâtre qui n'a point de cheminée, et qui par conséquent serait bientôt rempli des diverses vapeurs plus ou moins nuisibles, qui sont le produit de certaines opérations ;

2° A l'esprit d'économie du préparateur, qui, dit-on, est chargé de fournir les substances.

Mais il nous semble qu'il serait aussi facile à l'école d'avoir un laboratoire assez vaste et bien monté que d'échapper à la parcimonie de son préparateur, en fournissant elle-même les substances ? M. Orfila doit souffrir de ces mesquineries, et l'élève qui est à trente pas du professeur en souffre bien davantage ; car il lui arrive souvent de se fier à la bonne foi du maître, pour la couleur d'un précipité qui n'est qu'hypothétique pour le dernier banc, et l'on sait que la foi est un mauvais guide en fait de science.

M. Orfila met tout à profit pour faciliter la mémoire de l'élève ; aujourd'hui il aura préparé l'acide sulfurique sur ce bout de table : eh bien, toutes les fois qu'il aura à parler de l'acide sulfurique et qu'il sera nécessaire de donner une idée de ses éléments constitutifs, il se transportera au même endroit où ce corps aura été préparé, et en deux mots et quelques gestes, il semblera de nouveau fabriquer l'acide sulfurique qui lui est nécessaire pour une combinaison quelconque.

M. Orfila se sert aussi du raisonnement pour convaincre ses auditeurs, mais les membres de ses raisonnements sont tracés sur le tableau : là il compare, il ajoute, il enlève, il substitue, et il parvient toujours à apporter des preuves matérielles de ce qu'il avance.

Que résulte-t-il du zèle, du talent communicatif de ce savant professeur ? Des chimistes, des hommes à qui on a inspiré le goût d'une science, et qui finissent toujours par la cultiver avec fruit. Que nous serions heureux si nous pouvions en dire autant de tous les cours de la Faculté !

---

(1) *Lancette française*, 10 nov. 1828.

[On sait que Fabre a été particulièrement dur pour Orfila. Nous avons tenu à reproduire l'article suivant pour montrer que Fabre savait aussi être juste. (*N.D.L.R.* 1927.)]

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'ACTION DES ORCHIDÉES EN THÉRAPEUTIQUE ANTITUBERCULEUSE

Par le docteur ROUS.

L'étude des orchidées en thérapeutique a été depuis quelques années l'objet de nombreux travaux en France, en Allemagne, en Autriche et en de nombreux pays, tant en Europe qu'en Amérique.

Il serait trop long de citer tous les auteurs qui se sont occupés de cette question. Toutes leurs observations tendent à prouver que certaines orchidées possèdent des propriétés thérapeutiques très actives. On peut les résumer en disant qu'elles sont de puissants toniques, surtout du système nerveux, qu'elles donnent à l'organisme une euphorie remarquable et surtout qu'elles exaltent dans l'économie tous les moyens de défense.

Dans la médecine vétérinaire, les orchidées ont été expérimentées et employées avec succès dans les infections les plus diverses. Le docteur Lepinay y a consacré de longues études.

Dans la médecine humaine, plusieurs médecins les ont érigées en traitement contre la tuberculose et quelques-uns même les ont regardées comme un spécifique de cette infection.

L'emploi des orchidées que je fais depuis plusieurs années contre diverses affections et surtout contre la tuberculose me fait partager l'avis de ces derniers et je crois pouvoir démontrer qu'il est dans les orchidées véritablement un spécifique de cette infection, quelle qu'en soit la forme.

Le premier du reste, j'ai risqué cette opinion dans *le Médecin français*. Depuis, le docteur Paul Socquet a écrit dans *le Progrès médical* : « L'orchis n'est pas spécifique contre la tuberculose dans le sens scientifique du mot, mais il peut avoir sur cette maladie un effet extraordinairement favorable et agir sur elle comme la quinine dans la malaria et le mercure dans la syphilis. »

Si plusieurs expérimentateurs, en présence des résultats obtenus, ont posé un point d'interrogation au sujet de cette spécificité, sans résoudre la question, d'autres comme le docteur Dulac, de Toulouse, se sont nettement prononcés pour l'affirmative.

Enfin, le docteur Grotto écrit dernièrement dans *Therapia* : « L'orchis agit ainsi par réaction et représente une acquisition précieuse pour la thérapeutique. Sans doute, les réactions sont faibles, mais nous pouvons en toute sécurité administrer les injections pendant un temps plus long. Le total des réactions donne le résultat cherché, la guérison a lieu par degrés. »

C'est là la vérité : la guérison a lieu par degrés, par une suite de réactions réveillées et arrêtées pour ainsi dire à volonté. L'orchis dans la tuberculose donne des réactions bien nettes, un peu variables avec les malades, mais ces réactions n'ont jamais la brutalité des tuberculines qui « produisent parfois des réactions générales et locales plus fortes qu'on ne désire et, par voie de conséquences, des insuccès ». Les réactions produites par l'application des orchis chez les tuberculeux sont légères, progressives, sans violence, de courte durée. Elles permettent de donner le médicament à la dose appropriée, au moment voulu, car si ces réactions sont tellement minimes qu'on peut pour ainsi dire n'en pas tenir compte et ordonner au malade d'avance des doses quotidiennes à prendre durant une période indiquée, elles permettent aussi de fixer quotidiennement ces doses suivant les réactions obtenues et d'en tirer ainsi le maximum de résultats.

Pour toutes les préparations à base d'orchidées, il est d'usage de les administrer suivant la même dose quotidienne durant six, huit, dix ou douze jours, d'arrêter le traitement et de le recommencer le plus souvent de la même façon. Cette manière de faire, certainement très facile et sans danger, peut être employée pour les malades qu'on ne peut surveiller. Elle donne le plus souvent des résultats manifestes, mais quelquefois insuffisants. Le médecin ne doit pas s'y tenir lorsqu'il peut surveiller son malade. Il peut et doit obtenir des résultats meilleurs et plus rapides en procédant autrement. J'en ai acquis la certitude par de nombreuses observations toutes plus ou moins semblables à celle-ci dessous :

OBSERVATION. — Mlle Marie-Louise B..., âgée de dix-sept ans, habite à Paris, rue Château-Landon, avec sa famille, un petit appartement aéré et bien exposé au quatrième étage. Pas d'antécédents héréditaires. Tout son entourage est bien portant. Elle a eu à l'âge d'un an environ une bronchite d'une certaine gravité et depuis lors avait toujours joui d'une bonne santé lorsque le 20 mars elle fut prise de fièvre avec légère toux. La mère croyant à de la grippe lui fit prendre le lit et attendit jusqu'au 29 mars. Ce jour-là, inquiète, elle appela le docteur G..., un médecin qui fit prendre régulièrement la température et quelques jours après fit faire une analyse du sang. Malgré tout traitement, la maladie empirait et la température s'élevait graduellement. Aussi le 17 avril, le docteur G..., appelait en consultation le professeur H... La consultation a eu lieu le 19 avril. Le diagnostic porté fut tuberculose suraiguë, le pronostic excessivement sombre. Le professeur H... demanda que, pour confirmer son opinion, l'enfant fût menée à son hôpital pour y être examinée, ce qui fut fait et trois jours après diagnostic et pronostic de l'éminent professeur étaient confirmés.

Je fus appelé auprès de la malade le lendemain 22 avril. Le 23, j'examinai rapidement la malade, m'en rapportant complètement au diagnostic de mes prédécesseurs et instituai le traitement que je décris.

Les symptômes tant objectifs que subjectifs suivirent à peu près la marche de la température. Ils sont pour ainsi dire classiques et je ne veux pas perdre le temps des lecteurs à les décrire. Le tableau de la température est assez éloquent pour qu'on en suive la marche. L'enfant pouvait être regardée comme guérie au bout de trente-sept jours de ce traitement. (*Voir page suivante.*)

En examinant ce tableau de température de l'observation ci-dessus, on peut le décomposer en sept périodes :

La première période, du 29 mars au 23 avril, comprend l'époque durant laquelle la température suit son cours ascendant malgré le traitement dirigé par les confrères.

La deuxième période s'étend du 23 avril au 6 mai. La date d'ouverture de cette période, commencement du traitement par les orchidées, est marquée depuis cinq jours par une température matinale de 38°8 et vespérale de 40°5. Dès le lendemain de la première application des orchidées, la température commence à descendre et graduellement elle arrive le septième jour à 37°8 le matin et 39°4 le soir, soit un degré en moins de six jours. Mais alors qu'on continue les applications, elle remonte en six jours à 38°1 le matin et 40°4 le soir. Considérant cette nouvelle augmentation de température non comme une nouvelle poussée de la maladie mais bien comme la conséquence du traitement (spécificité), je cesse l'application des orchidées.

Alors commence la troisième période : arrêt du traitement. La température diminue immédiatement et se tient assez régulièrement entre 37°4 et 39°5.

Dans la quatrième période (reprise du traitement), la température se maintient d'abord à 37°4 et 39 pendant six jours, puis en trois jours arrive à 37°3 et 40.

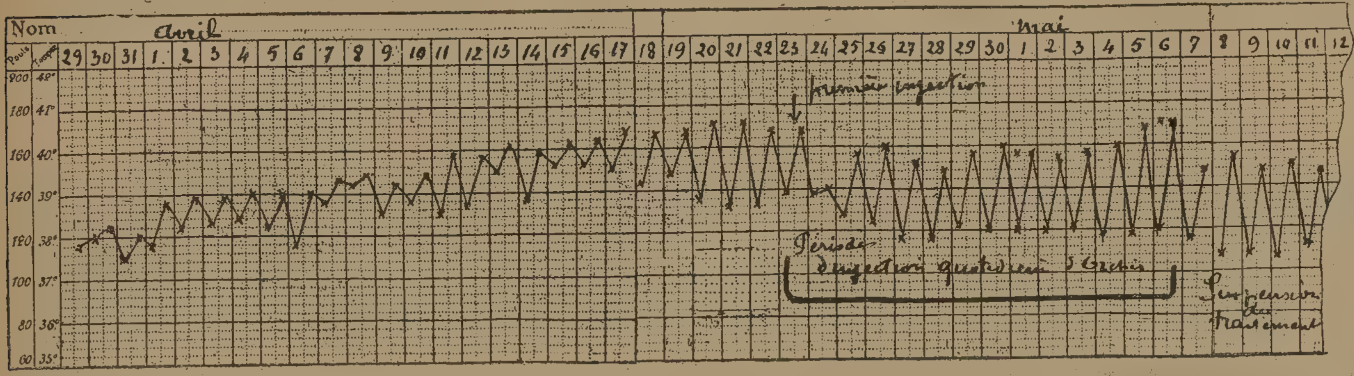
Le traitement est de nouveau arrêté et la cinquième période commence. La température, plus basse que précédemment, remonte le quatrième jour (24 mai).

Le traitement alors repris constitue la sixième période. Pendant

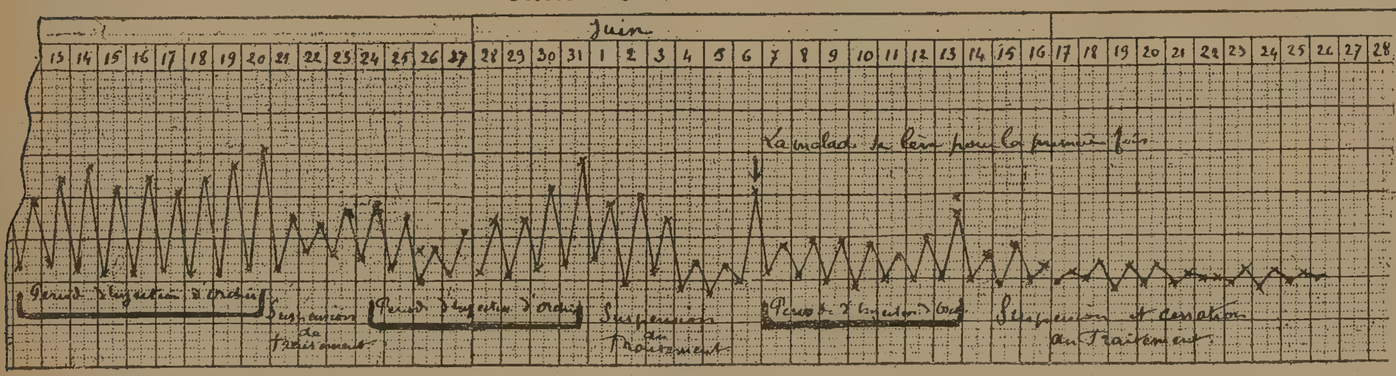
cette période comme dans toutes les précédentes, la température est plus basse pendant six jours pour remonter à 39°8 le 31 mai. Ce jour-là, le traitement est de nouveau suspendu pour être repris une dernière fois le 7 juin, mais alors à dose beaucoup plus faible, car la maladie est terminée. La température tombe définitivement aux environs de 37 degrés et s'y maintient, si on ne fait état de celle de six jours où une élévation de température est due à ce que la malade se lève pour la première fois depuis le commencement de la maladie, soit depuis soixante-treize jours.

Je n'ai pas voulu publier cette observation ayant d'en connaître les suites, savoir si la guérison se maintenait. Aujourd'hui, 1er octobre, j'ai pu constater qu'après dix-sept mois écoulés la guérison se maintient, la jeune fille a repris son travail il y a un an jouissant d'une parfaite santé.

Observation N° 1



Suite de l'Observation n° 1



Tirant les conclusions de cette observation et de nombreuses autres, toutes plus ou moins semblables à celle-ci, il faut conclure qu'on doit accorder aux orchidées, entre autres actions thérapeutiques, une action spécifique bien nette contre la tuberculose et en faire l'application de la façon suivante :

Donner au malade une dose de médicament qui doit être maintenue ou augmentée jusqu'à ce qu'il en résulte une élévation de température. Lorsque cette élévation est survenue, il faut arrêter la médication. Cet arrêt sera suivi probablement tout de suite d'une baisse de la température. Celle-ci sera alors inférieure à ce qu'elle était lors de l'intervention médicamenteuse. Dès que la température remontera, recommencer la médication et la cesser comme il est indiqué ci-dessus, pour recommencer de même encore deux, trois fois ou davantage, si c'est nécessaire, jusqu'à guérison complète.

Dans les tuberculoses non fébriles, le *modus faciendi* est le même. On ne peut être guidé par la température, mais on l'est par la régression ou l'exacerbation des symptômes tant objectifs que subjectifs, toux, sueurs nocturnes, dyspnée, etc. (1).

Déjà le succès de ce traitement médicamenteux de la tuberculose a été reconnu et prôné par de nombreux médecins dans le monde entier. Dès 1922, le docteur A. Frisch, assistant de la 2e clinique médicale universitaire de Vienne (Président : Professeur Ortner, conseiller de la Cour), faisait à cette clinique une communication dont voici la conclusion :

« Certes l'angiolymphe ne fait pas de miracles ; mais « nous avons obtenu dans la majorité des cas fébriles un « abaissement progressif de la température ; également les « symptômes toxiques, tels que les sueurs vespérales et l'ano- « rexie disparurent bientôt. La toux et les expectorations « diminuèrent ; les quantités de crachats se firent moin- « dres ; à plusieurs reprises nous constatâmes que les ba- « cilles avaient disparu des crachats. Ce qui fut surtout « remarquable, c'est que, dans de nombreux cas, où, aupa- « ravant, nous n'avions vu aucune augmentation de poids, « il s'en produisit une très importante après le début du « traitement à l'angiolymphe. Parallèlement on vit un « recul des symptômes stétoscopiques, ainsi qu'une amélio- « ration remarquable de l'état subjectif de nos cas. Nous « ajouterons brièvement, pour deux cas de pleurésie à « épanchement, que l'angiolymphe a eu pour résultat ra- « pide un abaissement de la température et une résorption « de l'épanchement ».

J'estime qu'actuellement, grâce à cette application méthodique et raisonnée du traitement, les résultats obtenus seront de beaucoup plus favorables.

(1) Pour mes expériences et les traitements appliqués, je me suis servi de l'extrait composé d'Orchidées connu sous le nom d'*Angiolymphe*. — Dr R.

ACTUALITÉS

Le traitement des anémies par le foie (méthode de Whipple).

Par R. LEVENT

Ancien interne des hôpitaux de Paris,

Contre des anémies légères ou moyennes et des anémies symptomatiques, la thérapeutique est depuis longtemps armée, au moins de façon relative. Dans les anémies graves, divers moyens obtenaient encore des résultats tout au moins relatifs et temporaires; mais dans la plupart des cas, on était à ce point désarmé que le diagnostic d'anémie pernicieuse comportait comme corollaire obligé l'aveu de l'ignorance touchant l'étiologie et de l'impuissance thérapeutique.

Les moyens mis en œuvre étaient cependant, comme toujours en pareil cas, en nombre imposant, l'activité des cliniciens n'obtenait cependant au mieux que des améliorations temporaires. Leur liste est longue : le fer bivalent ou trivalent, en préparation minérale, organique ou en liaison avec des albumines, l'arsenic, minéral ou organique, les rayons X, le thorium, le bioxyde de germanium, le traitement de foyers infectieux plus ou moins latents et plus ou moins responsables, la vaccinothérapie, les sérums leucolytiques, les opothérapies, la splénectomie, ont déçu tour à tour les espoirs qu'on avait mis en eux.

En ces dernières années, divers auteurs, Walinsky en particulier, ont pratiqué des transfusions répétées, associées aux injections d'insuline; les résultats obtenus ne se sont guère maintenues.

Depuis longtemps, on connaissait l'influence du régime alimentaire sur l'hématopoïèse, sur laquelle avaient tour à tour attiré l'attention Fraser, Ménétrier, Aubertin, mais rien n'avait encore été fait de systématique.

Principe de la méthode. — Whipple, le premier, reprit l'étude de ces derniers faits et publia, en 1920, puis 1925, les résultats auxquels il était parvenu chez l'animal. Minot, Murphy, Gibson et Howard obtenaient les premiers résultats en clinique humaine, bientôt suivis dans cette voie par P. E. Weil, Crouzon, Rathery et leurs élèves et, plus récemment encore, par Aitoff et Loevy et par Fiessinger, qui ont obtenu des résultats encourageants.

Expérimentant sur le chien, Whipple, avec Robscheit Robbins, étudia d'abord le mécanisme de la réparation des anémies, anémies de courte durée obtenues par la saignée, anémies plus graves ensuite obtenues et entretenues par le même procédé. Divers procédés de mesure leur permettaient d'évaluer la quantité de globules rouges et d'hémoglobine soustraits en un temps donné et réformés d'une saignée à l'autre. Les auteurs arrivèrent ainsi à maintenir fixe le taux des hématies et la quantité d'hémoglobine 40 à 50 p. 100 chez le chien. La quantité de sang soustraite permettait donc d'évaluer numériquement la production du système hémopoïétique, compte tenu du remplacement des éléments qui disparaissent par usure physiologique.

Un régime alimentaire était enfin établi, qui permettait à l'organisme de suffire à cet équilibre artificiel.

Les auteurs firent alors l'essai de divers régimes, au point de vue qualitatif et quantitatif, afin de déterminer l'influence de l'alimentation sur l'hématopoïèse et de discerner s'il était des aliments doués d'une activité particulière; aucun médicament n'était employé concurremment.

Si l'action de l'arsenic et du bioxyde de germanium était nulle, l'action du fer, médicament classique des anémies parut chez l'animal extrêmement active mais dans les anémies prolongées seulement; il ne semble pas cependant que son action soit seule en jeu et qu'on puisse l'isoler de l'action des aliments.

Parmi les aliments carnés mis à l'étude, Whipple a reconnu *la valeur de beaucoup prééminente du foie*. Elle subsiste, en effet, quelle que soit l'intensité de l'état d'anémie ou sa durée, quelle que soit aussi l'influence défavorable des régimes alimentaires antérieurs ou concomitants. L'expérience a montré que l'administration du foie, en quantité abondante pendant deux semaines, facilite la production de 90 à 100 grammes d'hémoglobine en sus du « taux constant minimum » produit et maintenu par l'expérimentation. Le *parenchyme rénal* est aussi d'une grande activité.

Puis vient le *tissu musculaire strié*, mais avec un pouvoir sensiblement moindre. Entre tous, c'est le *muscle cardiaque* qui a l'action la plus puissante, mais il y a de grandes variations suivant les cas; le cœur agit mieux dans les anémies récentes et dans les anémies les moins graves; les résultats sont fortement influencés par les régimes alimentaires antérieurement suivis.

Certains *légumes verts* sont plus actifs que d'autres, mais pour tous, l'activité varie selon l'animal en expérience et selon la gravité de l'anémie. Chez le chien, les conditions d'expérience sont particulièrement défavorable. En dépit d'une certaine parenté entre le chlorophylle et l'hémoglobine, le chien ne semble utiliser la première que dans une mesure très restreinte et seulement au cours d'anémies particulièrement intenses.

Dans toutes les anémies graves ou non, l'*épinard* est un élément primordial; dans les formes graves, les feuilles de betterave seraient, elles aussi, efficaces. On peut, à titre adjuvant, employer la laitue et l'asperge; dans les formes légères, le choux de Bruxelles et la carotte.

Tels sont les éléments cardinaux du régime de Whipple; son mode d'action est encore discuté.

Certains auteurs, récemment encore, n'ont voulu voir dans le parenchyme hépatique qu'un mode particulier d'administration du fer. Les promoteurs de la méthode préfèrent non sans quelque raison sans doute, reconnaître au foie normal un rôle édificateur de l'hémoglobine ou tout au moins de pigments proches parents qui pourraient aussi y être mis en réserve. L'hémoglobine contenue en nature dans le tissu hépatique ou musculaire est. en effet, en quantité insuffisante pour expliquer l'ampleur de la régénération sanguine. C'est, de plus, le foie qui semble le mieux défendre les réserves pigmentaires, quelle qu'en soit la nature, contre l'action nocive de régimes mal établis.

Technique de la méthode de Whipple. — Son emploi en clinique a été bien précisé par Minot et Murphy.

Le régime alimentaire doit être riche en protéines; il comprend *obligatoirement du foie*, et aussi en abondance de la viande (tissu musculaire) des légumes verts et des fruits, il est *pauvre en graisse*. Le sucre n'est permis qu'avec parcimonie, les amylacés sont moins sévèrement rationnés.

Au début, tout au moins il est recommandé de tout peser; *c'est pour le foie que l'obligation de la balance est la plus stricte*. Une simple mesure volumétrique suffit à la longue quand les habitudes sont bien prises.

Aliments a choisir (par ordre d'importance) :

Foie de veau (ou à défaut de bœuf ou de volaille). Ration journalière de *120 à 200 grammes pesés cuits*, certains malades en ont toléré jusqu'à 250 grammes.

Mode de préparation : *soit cru*, rarement accepté par le malade; une malade de Fiessinger s'est cependant bien trouvée de sandwiches de foie cru mélangé à du beurre d'anchois.

Cuit; il doit être préparé sans graisse.

Soit passé au four, soit et mieux *bouilli* pendant dix minutes environ dans 350 à 400 grammes d'eau froide. Le foie très finement tamisé est ajouté à son bouillon et absorbé avec lui. On peut le mélanger à du riz ou de la pomme de terre, avec du beurre et un peu de poivre. Tout autre préparation ou assaisonnement doivent être interdits comme inactifs.

Rognon (d'agneau). — Peut aussi être employé quoique un peu moins actif. Même préparation.

Fruits. — De préférence fruits frais : pêche, abricot, ananas, fraises, orange, pamplemousse, 400 grammes environ par jour.

Le raisin, excellent, peut être donné à discrétion.

Muscles rouges. — Bien dégraissés et récemment cuits peuvent entrer dans le régime à raison de 125 grammes par jour ou plus; *le cœur de bœuf* est l'aliment de choix.

Légumes frais de préférence. — 300 grammes au moins choisis parmi ceux qui ne contiennent pas plus de 10 p. 100 d'hydrates de carbone, cuits ou crus : *épinards*, *laitue*, asperges, choux et tomates sont particulièrement recommandés.

Graisses. — *Pas plus de 70 grammes par jour*; éviter lard, fritures, fromages; on ne permettra qu'un peu de beurre ou de crème et *un seul œuf*. Les salades devront être accommodées à l'huile de paraffine.

Sucre, *sucreries*, *sel*. — En réduire la quantité au minimum.

Amylacés : (*céréales*, *pommes de terre*, *pain*). —

Doivent être rationnés comme les sucres; Minot et Murphy n'admettent que 70 *grammes par jour* de pain rôti ou de biscottes, de croûtes de pain, ou de rôties de pain complet.

Lait : 240 grammes au maximum.

Thé et café à discrétion.

Suivant Minot et Murphy l'alimentation doit fournir à un sujet moyen 2.500 *calories* environ selon la proportion suivante :

Protéines	115 gr.
Graisses	65 —
Hydrates de carbone	250 —

Quel que soit le mode de préparation du foie il est parfois difficile à faire accepter par des malades gravement atteints, anorexiques et digérant à peine. Aussi dans certains cas Aïtoff et Lœvy ont-ils pendant les premiers jours employé la sonde d'Einhorn. L'amélioration fonctionnelle, même dans ces cas, a été assez rapide pour que le malade reprenant appétit et énergie retrouve une énergie suffisante pour vaincre sa répugnance.

Quoi qu'il en soit Minot et Murphy ajoutent les recommandations suivantes :

Si toute autre alimentation est impossible on donnera au malade un peu de foie, de rognon ou même de gésier de volaille et des fruits; l'amélioration se faisant on complétera par de la viande et des légumes verts pour arriver au régime complet en quinze jours environ.

Les aliments devront être savoureux pour stimuler l'appétit et on devra dans la mesure du malade déférer à ses goûts.

En cas de diarrhée réduire les fruits et donner une purée.

Multiplier les repas pour les faire moins abondants.

Indications. — De ce que nous avons dit de la genèse de cette méthode thérapeutique, il est aisé de conclure quant aux indications :

La méthode de Whipple est susceptible de rendre service dans tous les cas *d'anémie moyenne ou grave*; elle sera un adjuvant utile si l'origine de l'anémie peut être reconnue et influencée par un traitement. Ce pourra être la seule ressource thérapeutique lorsque la cause première de l'anémie reste hors de l'atteinte du traitement ou demeure inconnue. Elle se suffit sans aucun autre traitement.

Les cas, jusqu'ici publiés, relatent, en effet, les formes les plus diverses : *anémies post-hémorragiques, anémies graves dues à un paludisme ancien* (*Aitoff et Loewy*) *anémie pernicieuse d'origine intestinale* (*Rathery et Maximin*) *anémies cryptogénétiques* (*Whipple, P. F. Weill*), *anémies consécutives à la radiothérapie, anémies splénomégaliques.*

Minot et Murphy n'en exceptaient que les cas où l'on trouve avec l'anémie des signes d'affection médullaire; Crouzon et ses élèves ont publié un cas *de syndrome neuro-anémique de Lichtheim* où les signes généraux et l'anémie ont rétrocédé par le régime de Whipple.

Contre-indications. — On n'en peut donc citer aucune encore, d'autant moins que ce traitement est souvent l'ultima ratio. Les insuccès d'autres traitements, des rechutes même multiples où des traitements jusqu'alors efficaces ont perdu toute valeur ne sont pas des contre-indications. Il n'est jamais trop tard pour tenter un essai.

Il convient seulement avec Aitoff et Loewy de faire en attendant l'avenir, des réserves touchant l'influence d'une semblable alimentation sur le métabolisme des purines et sur l'apparition possible d'accidents goutteux.

RÉSULTATS. — Ils semblent, à vrai dire, les plus beaux qu'on ait jusqu'ici obtenus dans le traitement des anémies graves et des anémies pernicieuses.

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des
VITAMINES ALIMENTAIRES
et des **DIASTASES INTRACELLULAIRES**
Retour très rapide
de l'**APPÉTIT** et des **FORCES**

FORMES : ÉLIXIR, GRANULÉ

DOSES { *Adultes* : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures; *Enfants* : 1/2 dose } par jour

Indications
Asthénies diverses
Cachexies
Convalescences
Maladies consomptives
Anémie
Lymphatisme
Tuberculose
Neurasthénie
Asthme
Diabète

Littérature et Échantillons : **Établissements MOUNEYRAT,**
12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

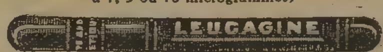


Traitement Radioactif et Bactéricide

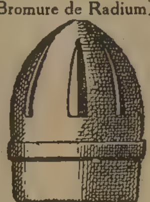
des **Infections Urétrales et Utérines**
aiguës et chroniques
à tous leurs stades
par

les Bougies **Rèthragine**
(Organate d'Argent, Acide urique, Bromure de Radium)

les Crayons **Leucagine**
(Organate d'Argent, Bromure de Radium à 1, 5 ou 10 microgrammes)



et les Ovules **Leucagine**
(Organate d'Argent, Tannin, Acide urique Bromure de Radium)



Réduction au 1/3 des grandeurs naturelles

Laboratoires L.-G. TORAUDE O. ✻, I. ✪
22, Rue de la Sorbonne, PARIS (5e)

Traitement Spécifique Actif

à TOUTES les PÉRIODES de la MALADIE
par le

Trépoquinol

Véritable Iodure double de Quinine et de Bismuth
(IODO QUINATE DE BISMUTH)
EN SUSPENSION AQUEUSE ORGANO-SYNTHÉTIQUE
(Hydrates de carbone, Azote organique, Phosphore organique)
PROCÉDÉ DE M. LE DOCTEUR LEVADITI
Ampoules de 3 cm³

INDICATIONS
Pian, Ulcère tropical, Syphilis paludéenne et autres et toutes formes spirochéliennes

Pas de Stomatite, pas de réaction locale, pas d'ascension thermique

TRÉPOL
Suspension huileuse
AMPOULES 3 c.c.

7 Médailles d'Or
3 Grands Prix
HORS CONCOURS
Exposition Pasteur 1923
Exposition Strasbourg Coloniale 1924
Exposition Grenoble 1925

NÉO-TRÉPOL
Suspension aqueuse
AMPOULES 2 c.c.

Littérature et échantillons sur demande adressée aux

Laboratoires L.-G. TORAUDE
22, RUE DE LA SORBONNE PARIS (Ve)
Concessionnaires des produits spécialisés des
Fabriques de Produits Chimiques BILLAULT
R. C. Seine 218.758 B

Épilepsie !!

dans l'état actuel de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

2 à 6 Dragées et plus par jour

LITTÉRATURE

et

ÉCHANTILLONS

Laboratoire MOUSNIER

30, rue Houdan

SCEAUX (près Paris)

Pour procurer aux malades
un Sommeil bienfaisant et réparateur

Le Sirop Gelineau

(Bromure de potassium et chloral)
est resté
LA PRÉPARATION CLASSIQUE
sûre en ses résultats, supérieure aux hypnotiques récents; toujours bien tolérée, son administration ne laissant à redouter aucun accident consécutif.
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

1 à 2 cuillerées à bouche le soir au coucher

Très rapidement, en quinze jours parfois, on voit s'atténuer et même disparaître les signes généraux : la température baisse, les téguments se recolorent, les œdèmes fondent, l'asthénie et l'inappétence disparaissent. Le poids augmente rapidement. En même temps, rétrocèdent les symptômes digestifs.

L'examen du sang montre une amélioration concordante, portant sur tous les éléments mesurés à l'examen et quel que soit le type hématologique, même aplastique de l'anémie.

Les troubles mentaux, s'il en a existé, disparaissent; il n'en est cependant pas de même des symptômes nerveux organiques au cours du syndrome neuro-anémique.

Très vite, on a l'impression que le malade est hors d'affaire. Ces résultats sont obtenus plus rapidement et constamment que par la méthode de Walinski et sans la réaction parfois intense que peuvent déterminer les transfusions sanguines répétées.

Quelle est la durée de ces améliorations et s'agit-il de guérisons vraies? Il convient ici de garder toute prudence, en raison surtout de la fréquence et de la durée des rémissions spontanées au cours de la maladie de Biermer.

L'action du régime de Whipple est cependant incontestable et l'on a vu l'amélioration persister jusqu'à six mois. Mais, il ne faut pas se dissimuler que lorsque la cause est demeurée inconnue ou qu'on n'a pu la faire disparaître, l'anémie peut toujours reparaître; on observe, en effet, actuellement des résultats dans ces cas.

Il convient donc ; au cas même où l'on a toutes raisons *étiologiques* de considérer le malade comme guéri, de continuer le traitement par le foie longtemps après la guérison apparente.

Dans tous les autres cas, le régime devra être suivi *de façon continue* soit dans son intégralité pour les cas graves, soit avec intermittences en administrant du rognon ou du cœur lorsqu'on cesse le foie si l'état du malade le permet. Mais la surveillance devra être régulière pour parer le plus tôt possible aux rechutes.

Celles-ci sont inévitables si le traitement est mal suivi ou trop longtemps interrompu. Comme la première atteinte, elles sont justiciables du même régime qui paraît jusqu'ici garder contre elles toute son efficacité.

Quelle est la part des rémissions spontanées et celle du traitement? Y a-t-il guérison vraie ou rémission par le traitement? Quelles sont la durée ou la solidité des effets obtenus? Il faut encore faire toutes réserves sur ces points importants, l'avenir seul peut nous éclairer. Il n'en reste pas moins que ce traitement semble de beaucoup le plus efficace de tous ceux dont nous disposons actuellement contre les anémies graves.

INFORMATIONS D'IL Y A CENT ANS

CONCOURS

POUR LES PLACES D'ÉLÈVES INTERNES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Ce concours ouvert le 6 novembre a été clos le 21.

Les concurrents, au nombre de 115, ont été divisés en neuf séries pour les épreuves verbales.

Dans l'impossibilité où nous sommes de donner les noms de tous les concurrents, d'après leur ordre de mérite, nous nous bornerons à indiquer ceux qui se sont fait remarquer à la tête de chaque série.

PREMIÈRE SÉRIE.

Décrire le larynx, la phthisie laryngée.

M. Aurillard.

M. Aurillard a été faible sur la question anatomique; il a traité d'une manière satisfaisante la question de pathologie.

2e SÉRIE.

Décrire l'orbite, la tumeur lacrymale, ses causes, ses terminaisons.

MM. Arnal, Bazin, Andral.

M. Arnal a de l'érudition, mais il ne s'est pas toujours renfermé dans la question. M. Bazin a mal calculé son temps; deux minutes lui restaient encore à remplir. M. Andral, inférieur aux deux précédents pour la question anatomique, a mieux traité la question de pathologie.

3e SÉRIE.

Les plèvres, la pleurésie.

MM. Gouraud, Murdoch, Berrier.

M. Gouraud a bien traité la question sous le rapport de l'anatomie pathologique. M. Murdoch a mis peu d'ordre et a confondu les symptômes des premiers instants de la maladie avec ceux de l'épanchement. M. Berrier nous semble inférieur à ces messieurs. Nous avons souvent entendu parler de la pectoriloquie par M. Bau, autre concurrent; il voulait probablement dire l'égophonie.

4e SÉRIE.

Les reins, la néphrite.

MM. Combette, Double.

Il serait difficile de dire quel est le premier de ces deux concurrents; M. Combette a très bien traité la question d'anatomie et s'est presque borné là. M. Double, inférieur sous ce rapport, l'a laissé bien en arrière dans la question de pathologie, qui, selon nous, était le point important; l'anatomie des reins ne faisait pas la difficulté de la question; c'était la séméiotique des lésions de ces organes.

5e SÉRIE.

Décrire l'urètre, ses rétrécissements.

MM. Boudant, Garreau, Nouat.

M. Boudant a traité la question d'une manière très satisfaisante.

M. Garreau s'est trop attaché à la question d'anatomie.

M. Nouat, sauf quelques erreurs dans les causes des rétrécissements, a assez bien envisagé la question.

6e SÉRIE.

Décrire la vésicule biliaire, l'hépatite, son traitement.

M. Lefèvre.

M. Lefèvre parle joliment, mais il dit peu de choses; la partie anatomique a été bien traitée, la question pathologique n'a été qu'effleurée.

7e SÉRIE.

Le testicule, ses enveloppes, l'hydrocèle.

MM. Bourgeois, Danyau.

Nous pouvons répéter ici ce que nous avons dit pour la 4e série, les deux concurrents sont absolument dans la même position que MM. Combette et Double.

8e SÉRIE.

Indiquer les rapports anatomiques des viscères de l'abdomen; donner le diagnostic différentiel des tumeurs enkystées de cette cavité.

Cette série a été si faible qu'il est impossible d'indiquer un concurrent qui se soit un peu élevé au-dessus des autres; cependant il nous semble que M. Forget a été moins faible que le reste de la série.

9e SÉRIE.

La peau, la scarlatine.

M. Flandin.

M. Flandin s'est très longuement étendu sur la question anatomique, il n'a presque rien dit de la scarlatine.

Question par écrit, le 21 novembre.

Décrire rapidement l'organisation du tissu osseux; donner l'histoire générale des fractures; exposer la théorie de la formation du cal, le traitement des fractures.

Formuler une potion calmante.

(*Lancette française*, 1828, t. I, n° 12.)

VICTIMES DU DEVOIR PROFESSIONNEL

— Un journal annonce, d'après une lettre de Toulon, que M. Louis, membre de la commission française à Gibraltar, a été atteint de la fièvre jaune. Son état n'inspire pas de vives inquiétudes. Le mal ne s'est pas accompagné chez lui de symptômes bien graves. L'attaque paraît légère. On a craint aussi pour M. Trousseau qui s'est piqué avec un scalpel en disséquant un sujet mort de la fièvre jaune; mais des cautérisations ont été pratiquées et ont arrêté les progrès de l'infection. Il en a été quitte pour des abcès dans la main.

(*Lancette française*, 1828, t. I, n° 26.)

[Rappelons que l'épidémie avait débuté le 11 septembre 1928. Elle dura jusqu'en janvier 1929. Il y eut à Gibraltar 5.273 malades sans compter un certain nombre de cas non constatés officiellement, et 1.658 morts.

L'Académie avait envoyé le 1er novembre en mission trois médecins : l'un Chervin était non contagionniste, le second Trousseau était contagionniste. Louis, délégué de l'Académie, était neutre.] (*N. D. L. R.*, 1927.)

INFORMATIONS D'AUJOURDHUI

Le Dîner de la Rédaction.

A l'occasion du Centenaire, un dîner intime a réuni les rédacteurs de la *Gazette* et un grand nombre de ceux qui apportent ou ont apporté leur concours à la rédaction du journal, à son impression ou à son développement. A ce dîner assistaient également des représentants de nos associations de Presse médicale.

Le dîner était présidé par le doyen de la Rédaction, le docteur Albert Brochin, dont on fêtait, en même temps, le 83e anniversaire et la 65e année de collaboration.

Il avait à sa droite M. le professeur Fernand Bezançon, M. le professeur Léopold Mayer (de Bruxelles), MM. Auvray, membre de l'Académie de médecine, et Labey, chirurgien des hôpitaux; le professeur André Lemierre; M. Rouy, chef du personnel médical à l'Assistance publique; à sa gauche, notre directeur, M. F. Le Sourd, Mme le docteur Simone Laborde, M. Courtois-Suffit, médecin honoraire des hôpitaux; les professeurs Ombrédanne et Loeper, M. Bernard, président de la Chambre syndicale des Eaux minérales, le docteur Roussel et Me H. Ribadeau-Dumas.

Autour de nos directeurs scientifiques, MM. Babonneix et Lance et de M. Louis Le Sourd, avaient pris place Mlle Brindel, M. Beaufrère, metteur en pages de la *Gazette*; MM. Alquier, Antoine, Brelet, F. Bourgeois, H. Buron, G. Baillière, Boursiac (des Etablissements Buisson), Chastenet de Géry, Clément Simon, Crouzat, Raymond Comar, André Choay, Delherm, Dariau, Darras, Didier, Ecalle, N. Fiessinger, Ferrand, Freyssinge, Gaullieur l'Hardy, Gastinel, Garrigues, secrétaire général de l'A. P. des Journalistes médicaux; Grenet, Guillaumin, Albert Géraudel, Herpin, Housquains, Huc, Huerre, Jaugeon, Janicot, Jodin, président de la section de médecine de l'A.; L. Kindberg, Kourilsky, André Levé, Le Perdriel, Monthus, Moulonguet, Meuriot, Pierra, secrétaire général de l'A. P. M. F.; Pellez, Rogier, Roulland, J.-Ch. Roux, Salmon, René Toupet, Toraude, Truffert, Thépenier, Antonin Thiollier.

A l'heure des toasts notre directeur salua tous ses collaborateurs et apporta les regrets des absents, parmi lesquels nous devons citer : MM. Arrou, Bellin, de Berne-Lagarde, Billon, Emile Brindel, Bretin et Guillemin, Cabanès, Carteret, Léon et Charles Comar, Dauzats, Deglos, Dugniolle, Delherm, Ferrand, Maurice de Fleury, Forgue, J. Fournié, P. Fumouze, Guerbet, Jouve, Kopf, Laumonier, Leboucq, Marion, Léon Midy, Mirande, Mouzon, Morel-Kahn, Montagu, Müller, Pasteur Vallery-Radot, Philippe, G. et C. Poulenc, Roché, Ed. Thiollier, Vigier, Wohlgemuth, etc.

Tous avaient envoyé des lettres charmantes que nous voudrions pouvoir reproduire.

M. le professeur Forgue, directeur du « Montpellier médical », en nous exprimant ses regrets de ne pouvoir assister au dîner, avait bien voulu adresser à notre directeur la lettre suivante qui, venant de la part d'un éminent journaliste, est d'un prix tout particulier pour la *Gazette*.

« Je dois être le doyen des directeurs de journaux médicaux de province. Et, à ce titre, voulez-vous me permettre de vous exprimer nos sentiments de vive sympathie pour votre personne, d'estime profonde pour votre journal.

C'est un vétéran de la Presse médicale que cette *Gazette des hôpitaux*! Et à notre époque où la Presse, aussi bien professionnelle que politique, subit de si rapides remaniements, où naissent tant de nouveaux journaux — de vie souvent difficile et éphémère — il faut saluer avec respect les vieux périodiques, solides à leur poste d'information et d'instruction, qui continuent, avec succès, leur œuvre de diffusion de la pensée médicale française. Il faut louer leurs vertus traditionnelles de vérité et de probité. Il faut célébrer leur rôle conservateur de l'article soigneusement bâti, de la revue sagement critique, de la publicité sélectionnée, s'opposant au reportage hâtif et non trié, de certaines feuilles sans portée. C'est l'honneur de la Presse médicale française de garder ces hautes traditions; et c'est à elle qu'en votre honneur, et à l'occasion du centenaire de votre journal, j'adresse cet hommage d'estime et de dévouement. »

Notre directeur, évoquant ensuite la longue carrière de journaliste du docteur Albert Brochin, ce qui était presque retracer l'histoire de la *Gazette*, rendit un hommage ému à nos grands rédacteurs en chef et en particulier à M. Ricard, malheureusement retenu loin de nous par son état de santé.

Une ovation salua le nom de celui qui est notre maître aimé et respecté et dont Babonneix et Lance se montrent les dignes continuateurs.

Puis M. Babonneix porta, au nom de la Rédaction, un toast aussi spirituel qu'affectueux à la *Gazette* et à ceux qui l'animent.

M. le professeur Loeper, président de l'Association de la Presse médicale, dont notre directeur est le président honoraire, lui apporta, dans les termes les plus délicats, le témoignage de la vieille amitié de tous ses collègues.

M. le professeur Léopold Mayer, président de l'Association de la Presse médicale belge, en un toast plein d'émotion, salua notre vieux journal, et exprimant à notre directeur les sentiments d'estime et d'affection de la Presse médicale belge, il lui fit hommage au nom de « Bruxelles médical » d'une charmante plaquette de bronze.

Le docteur Gaullieur l'Hardy parla ensuite au nom de l'Union médicale franco-ibéro-américaine que la *Gazette* a tenue sur les fonts baptismaux.

Enfin, notre vénéré président, M. Albert Brochin, improvisa le plus charmant, le plus spirituel et le plus affectueux des toasts, et... il donna rendez-vous à nos collaborateurs pour le dîner du second Centenaire!

BIBLIOGRAPHIE

Le Bacille tuberculeux (1), par le docteur Albert VAUDREMER, maître de conférences à l'Ecole des Hautes Etudes.

Voici certainement l'ouvrage le plus remarquable qui ait été écrit sur le germe tuberculeux depuis le célèbre mémoire de R. Koch et le Traité de I. Strauss. Il est le fruit de longues et patientes recherches, poursuivies malgré beaucoup d'obstacles et les difficultés inhérentes au sujet lui-même et aboutit à des conclusions qui éclairent d'un jour nouveau le problème depuis longtemps débattu des modalités et de l'évolution de la tuberculose. Pour l'auteur, le germe tuberculeux est un champignon parasite; cette notion se faisait déjà jour puisque le professeur F. Bezançon a créé, pour les acido-résistants, le genre mycobactérien, taxonomiquement un peu indécis. Mais ce germe est représenté par plusieurs espèces qui ont pour caractère commun de se transformer, quand les conditions lui sont favorables, en un acido-résistant pathogène qui est le bacille de Koch. Quand les conditions ne sont pas favorables, c'est-à-dire lorsque le milieu nutritif est pauvre et la température basse, il ne se montre, dans la nature, ni acido-résistant, ni parasite, mais assure sa conservation en revêtant la forme granulaire, de dimensions très variables, lesquelles peuvent, lors de leur développement, aboutir à des productions mycéliennes. Si, au contraire, granulations pénètrent dans un organisme et y rencontrent des conditions favorables, milieu nutritif riche en substances grasses ou azotées, température de 37 à 38 degrés, elles se transforment, après un premier passage obligatoire à travers l'animal, en bacilles acido-résistants pathogènes ou bacilles tuberculeux proprement dits. Ce sont les circonstances de cette transformation qui commandent les lésions et la marche de la maladie.

Par plus d'un point, la conception de M. A. Vaudremer se rapproche de celle de Ferran (de Barcelone), mais elle la complète et la précise, lui donne une portée plus générale et met en valeur la double origine de la tuberculose humaine qui peut dériver de formes grabulaires non encore évoluées, ou de formes bacillaires évoluées (bacilles de Koch transmis par contage). A la première répondent les tuberculoses inflammatoires et évolutives; à la seconde, les tuberculoses folliculaires et les tuberculoses chroniques.

Par cette analyse très sommaire et incomplète, on peut cependant se faire une idée du puissant intérêt que présente le livre de M. A. Vaudremer dont l'apparition marquera une date dans l'histoire de la phtisiologie. Il se termine par le rappel d'essais thérapeutiques faits au moyen d'émulsions bacillaires et de vaccins chauffés. Plusieurs planches en couleurs mettent sous les yeux des lecteurs les transformations bacillaires.

J. LAUMONIER.

(1) Un volume in-16. — Paris, Les Presses universitaires de France.

Le Transformisme. Cahiers de philosophie de la nature (1), par CUENOT, DALBIEZ, GAGNEBIN, THOMPSON, VIALLETON.

La Société de philosophie de la nature, groupement nouveau venu de philosophes et de savants, se propose l'étude des rapports de la philosophie et des sciences de la nature — dans la plus large acception de ces dernières, — des limites entre les sciences particulières et la philosophie ainsi que la critique des conceptions par lesquelles la science positive a proposé de remplacer les philosophies antérieures. Problème ancien mais toujours nouveau puisque les générations intellectuelles n'ont encore abouti qu'à des succès apparents et sans lendemain; problème complexe puisqu'il touche aux sciences positives, à leurs disciplines propres, à la logique générale et à la métaphysique.

C'est à l'examen du transformisme, de ses arguments et de ses conséquences qu'est consacré le présent Recueil qui comprend une série d'études sur les rapports du transformisme avec la paléontologie, la morphologie, divers problèmes d'embryologie et de parasitologie, avec la métaphysique enfin. Les vues y sont contradictoires puisque ce sont des rapports que discutèrent les savants et philosophes français ou étrangers, divers par leurs spécialités et par leur position vis-à-vis des problèmes.

Si du choc de ces idées, un peu austères certes mais souvent captivantes, ne jaillit pas toujours l'étincelle d'une solution, il n'en reste pas moins que cette suite d'essais est d'un puissant intérêt pour ceux qui s'intéressent aux problèmes généraux et en particulier pour des médecins, scientifiques d'éducation et de profession et si souvent philosophes de tempérament.

R. LEVENT.

Les Nouvelles méthodes sur les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien (2), par E. DE THURZÓ, assistant de la clinique neurologique de l'Université de Debrezen (Hongrie). Préface du professeur G. GUILLAIN.

Comme son titre l'indique, ce livre est consacré à l'étude des réactions colloïdales permettant de dépister les troubles dans l'état physique et la composition du liquide céphalo-rachidien et, par conséquent, d'éclairer un diagnostic neurologique parfois très embarrassant. L'auteur, fortement imprégné des méthodes françaises, ne se contente pas d'exposer les résultats obtenus par les réactions du benjoin colloïdal, de la gomme mastic, de la paraffine de Kopka et de l'or colloïdal. Il a en outre, ainsi que ne manque pas de le souligner le professeur G. Guillain dans sa préface, poursuivi de nombreuses recherches personnelles, grâce auxquelles il a pu apporter maints perfectionnements aux techniques et découvrir une réaction colorée du benjoin, qui, par la facilité de sa lecture, rend objectifs et presque mesurables certains troubles constatés dans les maladies du névraxe. Ce procédé commode est appelé sans doute à entrer dans la pratique courante des laboratoires où il rendra les plus grands services. Le travail consciencieux de M. de Thurzó sera certainement très favorablement accueilli par tous les neurologistes, qui y trouveront le moyen de donner à leurs investigations et au diagnostic conséquent plus de précision et de sécurité.

J. L.

(1) Paris 1927, J. Vrin.

(2) Un volume in-16 carré, avec planches en couleur. — Prix : 30 fr. — Paris 1927, Maloine.

Les légumes de France. Leur histoire. Leurs usages alimentaires. Leurs vertus thérapeutiques (1), par le docteur H. LECLERC.

Le livre de M. Leclerc contribuera à atténuer le mépris que professent encore beaucoup de nos contemporains pour les aliments végétaux. On y verra que nous possédons sur le rôle des végétaux dans l'alimentation des notions nouvelles; que le régime végétal apportant à l'économie les trois variétés fondamentales de matériaux nutritifs (albumines, hydrates de carbone, graisses) peut, à lui seul suffire à l'alimentation. Cet ouvrage met en évidence les services que peuvent rendre dans l'alimentation les feuilles qui apportent des cendres abondantes (riches en calcium, sodium et chlore), des vitamines et des protéines capables de réhausser celles des graisses dont elles constituent ainsi un excellent complément.

Tour à tour, l'auteur étudie 35 variétés de légumes; un chapitre est consacré aux légumes sauvages.

Comme dans son précédent volume, le docteur Leclerc livre à ses lecteurs quelques recettes classiques ou inédites dont ils pourront tirer profit et se délecter.

L. G.

(1) Un volume de 260 pages. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Paris. — Soc. Gén. d'Impr. et d'Edit., 17, rue Cassette.

Papiers de la Maison Maunoury, Paris.

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

17, RUE CASSETTE, 17

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CENTIÈME ANNÉE

1927

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1927

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.
Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

CHRONIQUE

HOMMAGE A M. COURTOIS-SUFFIT.

Notre cher collaborateur Courtois-Suffit, atteint par la limite d'âge, quittait la semaine dernière son service de la Maison municipale de santé.

A cette occasion, ses élèves et ses amis se sont réunis pour lui offrir une médaille gravée à son effigie par le sculpteur Roger-Bloche.

Les cérémonies de ce genre sont habituellement tristes, celle-ci fut simplement émouvante par le nombre des amis sincères qui vinrent entourer le maître et par la chaleur des sentiments qui furent exprimés dans les discours.

Autour de M. le professeur Widal, qui présidait la cérémonie, avaient pris place MM. Florand, Vaquez, N. Fiessinger, Trémolières, Bouchacourt, Sauvé, le médecin inspecteur Lemoine, MM. Lesné, Léri, Chifoliau, Labey, Milian, Milhit, de Massary, Lenoir, Laubry, Lortat-Jacob, Rivet, Laignel-Lavastine, Wiart, Bisson, Miriel, Guéniot, Giroux, Francis Bourgeois, Henri Bourgeois, Villaret, Pierre Maurel, Boidin, Logre, Benjamin Weil-Hallé, Jaugeon, Janicot, M. Henry Malherbe, le professeur Carcopino, Me Juquin, MM. Moutou, Lheure, etc.; de nombreuses dames assistaient à la cérémonie entourant Mme Courtois-Suffit.

M. Widal prit le premier la parole.

Discours de M. le professeur Widal.

« Mon cher Courtois-Suffit,

Tes amis ont tenu à se mêler à tes élèves et à se grouper autour de toi pendant ta dernière matinée d'hôpital. Si je prends la parole en leur nom c'est que parmi eux je suis un des plus anciens; nous nous sommes connus au début de nos études, à l'aube de la vie, et nous sommes toujours là unis par la même affection, à l'heure où les ombres s'allongent.

C'est dans ce service que s'est déroulée presque toute ta carrière hospitalière; nous n'avons pas voulu que tu en sortes sans qu'un hommage public ne soit rendu au clinicien sagace, au savant incontesté et au collègue qui s'est toujours montré le modèle des médecins des hôpitaux.

Dans cette Maison où la pratique médicale est souvent si délicate, tu as, pendant des décades d'années, apporté le réconfort moral à tes malades, en même temps que tu leur prodiguais toutes les ressources de ton diagnostic et de ta thérapeutique. Ta passion pour les études cliniques a été telle que, grâce aux observations recueillies dans ce service, il n'est guère d'organe dont la pathologie n'ait été enrichie par ta documentation. Parmi tant de travaux, comment ne pas rappeler tes recherches sur les pleurésies purulentes, sur les hémorragies intestinales dans la cirrhose, sur la contagion dans la fièvre typhoïde; comment ne pas rappeler tes belles études sur une forme spéciale de tétanos partiel observée chez les blessés insuffisamment immunisés par la sérothérapie, recherches qui représentent ta contribution fructueuse à la médecine de guerre. Comme aux premiers jours, tu as conservé ton enthousiasme pour la recherche. Tout récemment encore tu viens d'ouvrir une voie nouvelle à la thérapeutique de la fièvre de Malte, montrant que l'on pouvait guérir cette maladie par l'injection d'une endoprotéine extraite du *Bacillus abortus*, ce microbe si voisin du *Melitensis*.

Ton esprit curieux ne s'est pas borné aux études cliniques. Médecine sociale, Hygiène industrielle, Médecine légale ont été également l'objet de tes préoccupations. Tu as été le médecin complet sans cesse hanté par cette idée que notre rôle n'est pas seulement de soulager et de guérir mais aussi de prévenir les maladies évitables.

Parmi les premiers, tu as mené la lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose. Plus tard, par tes communications à l'Académie, par tes articles de Presse, par ton livre sur la cocaïne, tu t'es attaché à dénoncer le danger de l'extension du fléau qu'est le cocaïnisme. Grâce à toi, les pouvoirs publics ont édicté des peines plus sévères contre les toxicomanes et les trafiquants; ces mesures ont touché juste, comme tu as pu en juger par le nombre de lettres d'injures et de menaces que tu as reçues, à la suite de leur application.

Depuis trente ans, tu es médecin des manufactures d'allumettes de l'Etat et dans cette fonction, tu as rendu à l'hygiène industrielle un service incomparable. Avant l'emploi de la nouvelle pâte à faire des allumettes, rien que par des mesures d'hygiène et de surveillance tu as réussi à faire disparaître la nécrose phosphorée. Les ouvriers ont été ainsi mis à l'abri d'une infection extrêmement grave qui nécessitait des interventions très mutilantes et l'État a réalisé par là même d'importantes économies budgétaires.

Mon cher ami, nous avons voulu que tu sentes ce matin, notre admiration, notre estime et par-dessus tout notre affection. Nous t'aimons pour ta fidélité à toute épreuve, pour ta tenue morale, pour la noblesse de ta nature. Ta vie toute de probité, de franchise, d'indépendance et de désintéressement s'est toujours passée loin de l'intrigue et des compromissions, dans l'accomplissement de tous les devoirs; et pour te plier à leurs exigences tu t'es sans cesse donné sans compter. Des devoirs, tu t'en es créés, alors qu'ils ne s'imposaient pas. Ainsi pendant la guerre, bien que libéré de toute obligation militaire, tu as demandé à servir et sans grades, malgré tes occupations multiples, tu es resté médecin de l'hôpital Buffon jusqu'à la fin des hostilités.

Tant de qualités ne pouvaient passer inaperçues; aussi lorsque s'est fondée, il y a quelques années, la Société des médecins des hôpitaux, sorte d'association corporative, qui doit régler toutes les questions administratives intéressant le corps hospitalier, c'est toi qui, pour la pondération de ton esprit et pour la fermeté de ton caractère, a été choisi comme président. Tu as dû sentir ce jour-là qu'il n'est pas d'honneurs plus flatteurs que ceux qui nous viennent de la confiance de nos pairs.

Arrivé au terme de ta carrière hospitalière, tu peux regarder tranquillement en arrière; l'œuvre que tu as patiemment édifiée a été féconde et sera durable; ton nom restera parmi ceux qui ont le plus honoré le corps des médecins des hôpitaux de Paris.

Cette médaille, où un grand artiste a fixé tes traits, évoquera pour tous ceux qui te connaissent la sérénité de ton visage, la droiture de ton regard, la loyauté de ton allure. Pour ton fils, dont les premiers succès littéraires qu'il doit à son jeune talent sont pour toi la meilleure récompense de ta vie de travail et d'honneur, cette médaille restera comme un objet de fierté, lui rappelant sans cesse combien nous tous, camarades et élèves, nous avons aimé son père. »

En terminant, M. Widal remit à M. Courtois-Suffit la belle médaille que lui offrent ses amis.

Trémolières prit ensuite la parole, au nom des anciens internes et il célébra, avec quelle élégance, quel esprit et quel cœur « le Patron ».

Puis M. le Directeur de la Maison municipale de santé vint dire la respectueuse estime et le sincère attachement que le personnel de la maison a voués au chef qui s'en va.

M. Liège, interne du service, apporta en excellents termes l'hommage des derniers élèves du service.

C'est avec une émotion non dissimulée que M. Courtois-Suffit remercia ses amis et ses élèves : M. Widal, d'abord, un ami de toujours devenu la plus pure gloire des sciences médicales françaises, puis Fernand Trémolières « joyeux camarade et le plus sûr des amis ». Il adressa ensuite à Francis Bourgeois, son interne « perpétuel », à Giroux le témoignage de sa profonde affection.

Après tant de temps passé dans le même hôpital comment ne se serait-il pas attaché profondément au personnel, à Mme Iragne, surveillante, depuis vingt-huit ans dans le service, à Mme Béchu, qui ont toutes deux donné tant de preuves de dévouement aux malades, à tout le personnel hospitalier enfin pour lequel il dit son admiration.

La *Gazette des hôpitaux* tient à s'associer d'une façon particulièrement affectueuse à l'hommage rendu à M. Courtois-Suffit.

Il y a, en effet, près de trente ans qu'il appartient à notre rédaction. Trente ans! cela compte, même dans un journal qui sera demain centenaire.

Pendant cette longue période, cependant si courte à notre gré, M. Courtois-Suffit a été le collaborateur exquis dont l'esprit et les généreuses initiatives ne sont égalés que par le cœur, la droiture et cette qualité si rare : le bon sens. Ce collaborateur il le restera longtemps encore, car dans le journalisme médical il n'y a heureusement pas de limite d'âge.

F. L. S.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par la nomination de MM. Corajod, Revol, Perrin, Chatain, Mlles Haensenbergen, Ulliet, M. Oudet, titulaires; et de Mlles Prost, Delore, MM. Bés, Ray, Duc, Sevelinge, Mlle Sicard, suppléants.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Diplômes de l'Institut de médecine coloniale.* — Diplômes définitifs : MM. Alikhanoff, Arghirès, Aubert, Babitch, Chabilomatis, Despontin, Garanine, Mlle Corbatoff, MM. Guelessiany, Ho-Tchi-Tchiong, Mariani de la Garza, de Medeiras, Miyar, Molina, Moran, Nicolaïtis, Nitzulescu, Pikoul, Mme Tiby-Merlin, MM. Tsintsadzé, Zamia.

Certificats provisoires : MM. Akravi, Badr-el-Din, Cadimouche, Chaumette, Dejean, Mlle Dispagne, MM. Dombray, Gauthier, Esch-Chadely, Henriquez, Mlle Langlade, MM. Lavoipierre, Léger, Massari, Mornas, Mouradoff, Phang, Poineau, Popesco, Rousset, de Souza, Mlle Thibaut de Montauzon, MM. Vera, Verblunsky, Villasmil.

— BORDEAUX. — Le Conseil de la Faculté a procédé à l'élection pour la présentation des candidats aux deux places d'agrégés de médecine actuellement vacantes.

Ont été élus: M. Aubertin (27 voix) et M. Damade (21 voix). M. Piéchaud a obtenu 17 voix.

— LYON. — Ont été élus agrégés de la Faculté de Lyon :

Section de médecine : MM. les docteurs André Devic, André Dufourt, Dumas, médecins des hôpitaux.

Section de chirurgie : MM. les docteurs Ph. Rochet, chirurgien des hôpitaux; Wertheimer, chef de clinique chirurgicale.

Section d'anatomie pathologique : M. le docteur J. Martin, ex-chef de clinique médicale.

Section de physique : M. le docteur Chevalier.

Section d'anatomie : M. le docteur Gabrielle.

Section de matière médicale et botanique : M. le docteur Manceau, chef des travaux à la Faculté.

(*Voir la suite des* INFORMATIONS, *p. 14.*)

REVUE GÉNÉRALE

LE TRACHOME MONOCULAIRE

Par le docteur A. CANGE,
Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine d'Alger.

Deux notions dominent l'histoire clinique du trachome : la bilatéralité des lésions et leur prédilection marquée pour la région du cul-de-sac supérieur. S'il n'existe pas d'observation authentique, indiscutable, de trachome limité à la seule rigole conjonctivale inférieure sans lésions récentes ou anciennes, éteintes ou en évolution, du fornix supérieur, il est établi, par contre, que, dans certains cas exceptionnels, l'affection peut se localiser d'un seul côté, l'autre œil demeurant sain d'une manière absolue et indéfinie.

Je voudrais revenir aujourd'hui sur ce trachome monoculaire, parce qu'il est peu connu et parce qu'il présente un réel intérêt. N'a-t-il pas constitué un des principaux arguments invoqués par les anti-contagionnistes qui ont fait ressortir tout ce qu'avait d'incompréhensible l'intégrité permanente d'un œil placé au voisinage immédiat d'un congénère infecté et dans des conditions éminemment favorables, semble-t-il, à sa contamination. D'autre part, le dogme de la bilatéralité est tellement classique, il est si profondément ancré dans les esprits, qu'en présence de lésions unilatérales, le praticien hésite, réserve son diagnostic au détriment de la thérapeutique et de la prophylaxie.

Le plus souvent, le trachome est *bilatéral d'emblée* parce que l'inoculation s'est effectuée simultanément sur les deux yeux comme le fait se produit notamment chez les tout jeunes enfants. Dans d'autres cas, il est, pour utiliser la terminologie consacrée, *bilatéral consécutif*, c'est-à-dire que le second œil a été intéressé, à son tour, un temps variable après le premier, sans que l'on puisse toujours préciser l'époque à laquelle s'est opérée sa contamination. Car, on s'exposerait à de grossières erreurs en voulant toujours conclure de l'aspect objectif des lésions à leur degré d'ancienneté, à leur chronologie exacte, ou même à leur ordre successoral. Tout ce qu'il est permis d'affirmer, c'est qu'à côté des formes, — les plus fréquentes en clinique, — se révélant dès le premier examen comme bilatérales d'emblée, il en est dans lesquelles le passage de la maladie d'un œil à l'autre s'effectue sous nos yeux, dans les délais pour ainsi dire réglementaires et que nous allons indiquer; qu'il en est, encore, dans lesquelles la contagion est longtemps retardée et se chiffre par des mois et par des années; qu'il en est enfin dans lesquels la contamination ne s'effectue pas, le trachome restant indéfiniment à l'état monoculaire. « Je ne puis expliquer, disait Ray (de Louisville), quelques observations dans lesquelles un seul œil fut atteint. J'ai vu des cas de ce genre persister pendant dix ans sans que l'autre œil ne fût touché (1). » Nous exposerons, dans un instant, les raisons qu'on a données.

La durée de l'incubation du trachome, c'est-à-dire de la période qui s'écoule entre l'introduction dans la conjonctive de la matière virulente et l'apparition des premiers nodules trachomateux, varie dans des limites assez étroites ainsi que l'ont établi les résultats concordants : 1° des inoculations expérimentales entreprises sur les animaux; 2° des contaminations accidentelles observées chez l'homme ; 3° des inoculations volontairement perpétrées sur la conjonctive humaine.

La période incubatoire du trachome expérimental a été : chez le lapin, de onze à quatorze jours (Nicolle); chez le chimpanzé, de neuf à quatorze jours (Morax), de huit à quinze jours (Nicolle et ses collaborateurs). Le même intervalle de treize jours s'est également reproduit au cours de passages subséquents de lapin à lapin et de lapin à magot. La contamination accidentelle ne pouvait guère prétendre à la précision mathématique des inoculations expérimentales et cependant elle a abouti à des résultats sensiblement identiques. C'est dix jours après la malencontreuse projection dans un œil du produit d'une sécrétion trachomateuse que le docteur Denver présenta les premières manifestations violentes de son trachome. C'est également une dizaine de jours après un semblable accident qu'éclatèrent, chez le docteur Pechdo, les signes alarmants d'une conjonctivite granuleuse (1). Dans les faits volontaires d'inoculation interhumaine, l'incubation a été de trois à cinq jours (Addario), de sept jours (Sattler), de treize jours (Greff, Frosch et Clausen). Dans les cas d'Addario, l'affection passa spontanément au second œil au bout du sixième jour. La durée de la phase incubatoire serait donc légèrement plus courte chez l'homme que chez les animaux. Morax a été assez heureux pour pouvoir évaluer, dans quelques cas, cette période de latence : sept à quinze jours séparent, dit-il, le moment de la contamination du début de l'affection trachomateuse; un intervalle de même durée existerait entre l'atteinte du second œil et celle du premier. « Le développement des granulations vésiculeuses, écrivait autrefois Hairion (de Louvain), est insidieux et a lieu à l'insu du malade. Le temps qui s'écoule entre les premiers développements du néoplasme dans l'épaisseur des tissus et le moment où il se présente à l'observateur avec les caractères des granulations vésiculeuses est très variable. D'après mes recherches il serait au minimum de douze à quinze jours. »

Dans quelques cas, et pour des raisons diverses, la contamination de l'œil opposé s'est trouvée retardée de trois semaines (observation personnelle de Denver), de deux ans (Gabrielidès), de dix et douze ans (Ray, Roche).

Il en est enfin dans lesquels le trachome est resté indéfiniment à l'état monoculaire, c'est-à-dire jusqu'à la guérison confirmée, celle-ci se produisant sous l'influence du traitement ou même survenant d'une façon spontanée comme une conséquence de l'évolution naturelle de l'affection. C'est cette dernière éventualité qui s'est réalisée dans un cas de Pascheff. Après avoir rappelé que les cicatrices les plus typiques du trachome peuvent être fortuitement rencontrées chez des sujets n'ayant jamais accusé d'accidents oculaires, cet auteur ajoutait : « Chez une jeune fille de quinze ans, nous les avons découvertes *sur un œil seulement* et elle nous a affirmé qu'elle n'avait jamais souffert des yeux; mais sa mère, que nous avons traitée, souffrait du trachome; cette jeune fille était venue nous consulter pour un corps étranger

(1) *Bull. de la Soc. franç. d'ophtalm.*, 1896, p. 288.

(1) Dans le cas du docteur Fetridje, victime d'un semblable accident, l'incubation fut de huit jours, et l'autre œil fut contaminé six à huit mois plus tard.

s'étant localisé dans le cul-de-sac inférieur du même œil. » Une observation, calquée sur celle-ci, a été faite par Gabrielidès « chez une jeune fille appartenant à une famille granuleuse et chez laquelle le tarse portait des cicatrices multiples et petites sans que l'autre œil eût souffert de granulations; le diagnostic rétrospectif fut fait par l'aspect des cicatrices et par la circonstance que cette fille appartenait à une famille granuleuse, qu'elle n'était ni syphilitique, ni tuberculeuse, et qu'elle n'avait pas souffert d'une ophtalmie passagère mais seulement d'une ophtalmie chronique qui a duré à peu près un an et demi (1). »

Nous avons rangé sous des dénominations distinctes les multiples interprétations qui ont été données de ce trachome monoculaire et qui traduisent, selon les cas, l'expression totale ou partielle de la vérité. Car, toutes ces théories ne sont pas exclusives les unes des autres; et les facteurs invoqués peuvent, par leur intervention isolée ou par leurs actions synergiques diversement combinées, nous donner les causes de cette localisation unilatérale et les raisons de sa persistance.

I. **Théorie des vices de réfraction.** — On a incriminé les vices de réfraction et particulièrement l'astigmatisme. « Tout le monde sait, écrit Sulzer, combien l'astigmie prédispose aux infections conjonctivales aiguës et chroniques, et combien elle rend ces affections tenaces; bien des cas de trachome uni-oculaire tiennent à ce vice de réfraction. »

Mais l'œil, avant de devenir trachomateux, avait-il été l'objet d'un examen réfractométrique sérieux? C'est ce qu'il importait de connaître et ce que Sulzer n'indique pas. Le seul cas qu'il cite établit, tout au plus, la ténacité de l'affection sous l'influence d'un vice amétropique, mais nullement son unilatéralité, puisque le confrère auquel il est fait allusion était porteur d'un trachome bilatéral qui persista uniquement du côté que Stellvag von Carrion avait reconnu atteint antérieurement d'astigmatisme.

II. **Théorie des altérations des voies lacrymales.** — Liebreich a pensé que, dans les cas de trachome monoculaire, il existait, du côté atteint, un obstacle à l'écoulement des larmes dont la stagnation favoriserait l'implantation et l'ensemencement du germe infectieux. A l'appui de cette théorie, Em. Berger a cité un fait dans lequel, l'affection demeurée unilatérale aurait précisément respecté le côté atteint d'exophtalmie et de larmoiement; cet auteur estimait que l'hypersécrétion lacrymale, en réalisant l'irrigation permanente et continue de la cavité conjonctivale, s'était opposée à l'inoculation du virus trachomateux.

L'hypothèse de Liebreich est assurément fort séduisante; elle est passible pourtant de plusieurs objections. Il faudrait, en effet, établir d'abord que les lésions des voies d'excrétion sont elles-mêmes unilatérales; qu'elles siègent uniquement du côté lésé; et surtout qu'elles sont préexistantes au trachome de la conjonctive. Or, nous savons combien est fréquent, au cours de cette affection, le larmoiement résultant d'un gonflement inflammatoire banal de toute la muqueuse lacrymo-nasale, de la tuméfaction congestive d'un repli valvulaire ou d'une sténose organique secondaire. D'autre part, il arrive

(1) Gabrielidès, *Traité des conjonctivites*, 1921.

que des formations nodulaires envahissent les voies d'excrétion; il y a plus : le trachome pourrait débuter dans le sac, et cette localisation primaire de l'infection trachomateuse serait loin d'être une rareté puisque Basso l'aurait notée quatorze fois sur vingt cas examinés. Dans ces conditions, le problème se trouve reculé, mais non résolu : il resterait, en effet, à déterminer les raisons pour lesquelles le trachome sacculaire se localise d'un seul côté.

III. **Théorie de l'inflammation préparante.** — Le développement du processus trachomateux serait subordonné à l'action favorisante d'une inflammation ou d'une irritation oculaire. Suivant que celle-ci serait uni ou bilatérale, le trachome serait lui-même monoculaire ou binoculaire. C'est la thèse émise par de Wecker préoccupé davantage de donner les raisons de la bilatéralité des lésions qu'à justifier les cas unilatéraux. D'après lui, le trachome serait *préparé* par une affection catarrhale, comme celle que peut déterminer, en Egypte, la projection de sable dans la cavité conjonctivale; ce serait là « l'explication pourquoi l'infection *monoculaire* qui, chez nous se rencontre et se maintient pendant des années est chose presque inconnue en Orient » (1).

La clinique et l'expérimentation ont cependant établi que la *préparation* de la conjonctive par une infection aiguë antécédente n'était nullement indispensable à l'éclosion du processus trachomateux. De plus, la constatation d'une infection superposée, dénonciatrice d'un trachome jusqu'alors insoupçonné, ne prouve pas que celui-ci soit sous la dépendance de celle-là. Et, force est de reconnaître que si le rôle de ces infections adjuvantes est théoriquement défendable, les faits qui l'établissent sont rares (Sédan) ou discutables.

IV. **Théorie de l'atténuation du virus.** — On sait avec quel talent, Chibret a développé sa théorie de l'immunité de la race celtique : « Le virus trachomateux qui trouve sur le Celte un terrain très peu favorable à son développement, se modifie après son passage sur un Celte de telle façon qu'il perd toute virulence pour un second développement sur un autre Celte. » Cette atténuation, résultant du passage d'un individu à un autre individu, se retrouverait également sur le même sujet lors du passage d'un œil à celui du côté opposé. La virulence de l'agent infectieux amoindrie par l'atteinte du premier ne serait plus suffisante pour lui permettre de mordre sur le second. E. Berger qui partageait les idées de Chibret les a appuyées de cette constatation importante « que les malades qui n'ont pas infecté l'autre œil n'ont jamais non plus infecté les autres membres de la même famille avec lesquels ils vivaient (2). » Il en était ainsi chez trois malades dont il a consigné les observations dans la *Revue générale d'ophtalmologie* de 1896. Semblable constatation a été faite également par Ch. Roche sur deux trachomateux monoculaires dont l'un, soigné depuis douze ans, pour des lésions du côté gauche, n'avait jamais contaminé aucune personne de son entourage. La seconde observation, plus éloquente encore, en raison de l'origine exotique du trachome, concernait une fillette annamite, âgée de dix ans, adoptée à l'âge de deux ans par une famille française, et qui avait toujours présenté un léger ptosis de la paupière supé-

(1) De Wecker. *Ann. d'ocul.*, 1902.
(2) E. Berger. *Revue gén. d'ophtalm.*, 1896.

rieure gauche. Son trachome était resté méconnu jusqu'au jour où une infection superposée avait permis de découvrir des lésions de date ancienne; celles-ci, malgré l'absence de toute précaution, ne s'étaient communiquées ni à l'autre œil de l'enfant, ni aux yeux de ses parents adoptifs (1).

Si la théorie de l'atténuation était toujours vraie, les cas de trachome monoculaire devraient être infiniment plus fréquents qu'ils ne le sont et s'observer dans tous les faits où la contagion n'a pas été d'emblée bilatérale. Or, la clinique enseigne que la transmission de la maladie d'un œil à l'autre est parfois tardive et séparée par un long intervalle pendant lequel l'atténuation aurait dû se produire sous la double influence du temps et du traitement. On pourrait soutenir, il est vrai, que le sujet a, au contraire, exalté son virus. C'est ce qu'a fait ressortir Chibret dans la courte note additionnelle suivante : « Assurément, les cas monoculaires peuvent mesurer le degré de réceptivité, de même que le fait suivant : si le premier œil atteint est le plus malade, le sujet a une certaine immunité; en cas contraire, il a une certaine réceptivité. Dans le premier cas il a atténué le virus, dans le second il l'a exalté. » Voilà, on en conviendra, une explication du genre de celle que l'on a autrefois donnée de la fameuse « vertu dormitive » de l'opium.

Ces développements nous amènent à l'exposé d'une théorie qui présente, avec la précédente, des liens étroits de parenté puisqu'elle envisage, non plus l'atténuation du virus, mais la résistance du terrain, autrement dit encore, la diminution de la réceptivité (2).

V. Théorie de la diminution de la réceptivité. — A côté de l'aptitude générale du sujet à contracter le trachome, sur laquelle d'ailleurs les cliniciens sont loin d'être d'accord, il y aurait lieu d'envisager une réceptivité locale qui pourrait ne pas être la même pour les deux yeux. « Exceptionnellement, écrit Axenfeld, les deux yeux d'un seul et même sujet peuvent présenter une réceptivité différente, car, dans des cas rares, l'affection demeure unilatérale d'une façon permanente. » C'est, appliquée à l'organe de la vision, l'hypothèse chère aux vieux auteurs d'une infériorité native, originelle, de tout une moitié du corps. Elle avait été acceptée autrefois par l'oculiste Chrétien Bendz. Après avoir rappelé que le trachome affecte inégalement les deux yeux, contrairement à la conjonctivite catarrhale qui les intéresse d'une façon identique, « à l'instar de la bronchite qui attaque les deux poumons à la fois », le professeur danois indiquait que « parfois le mal se borne à un seul œil »; et, il ajoutait : « Je n'ai vu que très peu de cas dans lesquels un seul œil souffrît sans que l'autre fût affecté, et dans ce cas même c'était presque toujours le gauche. » Cette localisation unilatérale que Bendz qualifiait de *bizarrerie pathologique* ne saurait s'expliquer d'après lui « qu'en y appliquant l'ancienne doctrine de l'infériorité du côté gauche du corps humain, doctrine dont nous sommes à même de constater la justesse dans une foule d'autres maladies ». Malheureusement pour la théorie, les faits assemblés n'ont pas établi qu'il y eût une prédilection marquée du trachome monoculaire pour l'œil gauche ni même que, dans les cas bilatéraux, un œil fût plus souvent atteint que l'autre.

Une diminution de réceptivité, non plus originelle mais acquise, serait, au dire des autres, le résultat de plusieurs facteurs au premier rang desquels il faudrait placer l'influence de l'âge. La plupart des observateurs ont constaté que la contagion du trachome s'effectue surtout pendant la première enfance; or, à cette période de la vie, les muqueuses se défendent mal contre l'infection; le tissu lymphadénoïde est abondant et se montre prompt à réagir; ce sont là les raisons pour lesquelles le trachome serait chez l'enfant, le plus souvent bilatéral. Par contre, le trachome monoculaire ne s'observerait guère que chez l'adulte qui oppose à l'infection une résistance accrue. Mais, les 21 observations que Duprez a rassemblées dans sa thèse et qu'il a empruntées à la pratique de Wurdemann, d'Em. Berger, du professeur Gayet et de son maître le professeur Baudry établissent que le trachome monoculaire peut se rencontrer à toutes les périodes de la vie, chez des enfants de huit et neuf ans comme chez des vieillards de cinquante-deux, cinquante-trois et même cinquante-neuf ans. Dans les écoles enfantines de Gafsa, sur une population scolaire de 881 élèves, P. Petit a noté cinq cas de trachome monoculaire chez des garçons de cinq à douze ans. Nous-même, en 1919, au cours d'une enquête faite avec le docteur H. Foley, en avons observé trois ou quatre cas chez de jeune indigènes algériens âgés de moins de six ans. Toutefois, qui oserait soutenir, sans crainte d'être démenti par les événements, que tous ces enfants n'ont pas, depuis cette époque, contaminé leur second œil.

VI. Théorie de la non contagion accidentelle. — « C'est surtout dans les occasions d'infection que réside la prédisposition, écrit encore le professeur Axenfeld. Des conditions sociales et hygiéniques défectueuses, la négligence, la malpropreté et l'ignorance sont les agents disséminateurs. » Cette conception s'applique admirablement au trachome monoculaire. Ainsi que nous l'avons établi plus haut, tous les cas de trachome ne sont pas bilatéraux d'emblée. Dans un certain nombre d'entre eux, la contamination s'est bien effectuée en deux temps; mais, en raison de l'insidiosité du début, il a été le plus souvent impossible de préciser l'époque à laquelle s'est opérée l'infection du second œil. L'éclosion des nodules trachomateux, le développement des saillies papillaires, l'épaississement diffus de la conjonctive ne s'opèrent cependant pas toujours sans solliciter, par quelques phénomènes réactionnels, les préoccupations d'un porteur attentif qui instruit, dès lors, de son état et prévenu par son médecin du danger qui le menace, pourra éviter la contamination du second œil. C'est la thèse développée par Morax

(1) Ch. Roche. *Bull. de la Soc. franç. d'ophtalm.*, 1922, p. 348.

(2) Dans un mémoire important, mais assez difficile à lire, inséré dans les *Annales d'oculistique* en 1922, MM. Kleckowski et Karelus (de Cracovie) ont exposé les résultats de leurs recherches sur le sérum du sang des trachomateux. Ils pensent avoir établi : 1° que le sérum du sang des trachomateux présente une toxicité plus grande que le sérum sanguin normal; 2° que cette toxicité plus élevée est due, non à une plus grande quantité des « anaphylatoxines », mais à la présence d'une toxine particulière; 3° que cette toxine existe dans la conjonctive trachomateuse et qu'elle est identique à celle que l'on retrouve dans le sérum sanguin.

D'autres recherches du même genre ont été également poursuivies par d'autres auteurs. Elles ont conduit à des essais d'hémo et de sérothérapie dont les résultats, à notre avis, sont loin d'être convaincants.

D'après Sgrosso, on trouverait chez les trachomateux monoculaires, un mois au moins après le début de l'affection, des substances capables d'empêcher l'hémolyse quand elles sont mises en présence d'un antigène extrait d'une conjonctive granuleuse.

et que nous trouvons également indiquée par Fuchs : « La maladie, a écrit le professeur de Vienne, entreprend presque toujours les deux yeux. Exceptionnellement on rencontre des cas où, même après de longues années, l'affection reste localisée à un seul œil, c'est-à-dire que l'infection ne se fait pas d'un côté à l'autre *soit par suite des précautions du patient* soit pour d'autres causes inconnues. » Cuignet admettait également que les deux yeux sont pris l'un après l'autre à intervalle variable qui, généralement très court chez les enfants, se montre beaucoup plus long chez les adultes et les grandes personnes qui ont « des habitudes et du matériel de propreté. »

VII. **Théorie traumatique.** — Il est également possible d'admettre, au moins dans quelques cas, l'action d'une violence extérieure inoculant et localisant l'infection du côté lésé. La législation sur les accidents du travail a montré la gravité des problèmes que soulèvent les rapports du trachome et du traumatisme ; d'un autre côté, les recherches de laboratoire ont établi l'importance des micro-traumas dans la reproduction expérimentale de la maladie. Nul doute qu'une action vulnérante, même légère, ne se retrouve, dans l'avenir, à l'origine de certains trachomes monoculaires. Il en existe, d'ailleurs, des preuves dans le passé. Dans une observation de Duprez, le trachome se manifesta consécutivement à la projection d'un fragment de pierre dans l'œil gauche. C'est également l'action traumatique que Decondé, partisan de la vieille doctrine de l'infection par l'air, avait invoquée dans le fait suivant qu'il a rapporté dans les *Annales de la Société de médecine d'Anvers* (1842) : une mouche ayant pénétré dans la cavité conjonctivale d'un individu, et de fines particules de l'insecte ayant séjourné pendant quelque temps sous la paupière supérieure, un fort engorgement granuleux survint de ce côté. Decondé, qui n'admettait pas la thèse de Mac Gregor, que les mouches servaient d'intermédiaires transportant la matière virulente d'un œil malade à un œil sain, en avait conclu que le miasme ophtalmique répandu dans l'atmosphère et jusque-là inoffensif avait pu développer toute son action morbide sur une conjonctive accidentellement congestionnée.

Y a-t-il en dehors de l'unilatéralité, d'autres enseignements qui se dégagent de l'étude du trachome monoculaire ?

Notons d'abord qu'il frappe indistinctement les deux sexes, un peu plus le sexe masculin que le sexe féminin et dans la même proportion relative que pour le trachome bilatéral.

On l'a observé à tous les âges : déjà avant cinq ans, à huit et neuf ans, mais surtout chez des adolescents et des adultes, également encore chez des vieillards; c'est même chez ces derniers qu'il acquiert un réel intérêt; car, chez les tout jeunes enfants, il n'est souvent que la première étape d'une affection appelée à se compléter dans la suite et à devenir binoculaire. Envisagé du point de vue de sa fréquence aux diverses périodes de la vie, le trachome monoculaire suivrait donc une courbe sensiblement parallèle à celles que certaines statistiques ont assignée au trachome bilatéral.

Le côté atteint a été indifféremment le droit ou le gauche, sans préférence marquée pour l'un plutôt que pour l'autre. Ce problème, qui n'a plus de nos jours qu'une importance secondaire, avait passionné les anciens auteurs qui recherchaient dans cette localisation initiale ou exclusive une indication capable de servir leurs conceptions étiologiques. Pour les uns, le côté droit était plus particulièrement atteint. Larrey avait pensé qu'en se couchant sur le côté droit, le soldat en campagne exposait l'œil correspondant aux émanations froides du sol; il faisait également valoir, pendant le jour, la protection de l'œil gauche par le clignement réflexe, alors que le droit « affronte » seul la vive lumière. Mais, plus près de nous, Manolescu a, au contraire, prétendu qu'en dormant sur le côté droit, le sujet exposait davantage son œil gauche, et plus particulièrement l'angle externe de celui-ci, à l'action nocive des poussières contaminées. Savaresi croyait également à l'atteinte plus fréquente de l'œil gauche, mais il n'en a pas donné les raisons. Pour Bendz, ainsi que nous l'avons mentionné plus haut, cette localisation élective était la conséquence d'une infériorité originelle atteignant tout le côté gauche du corps. La plupart des auteurs admettent que l'infection se porte indifféremment tantôt sur un œil, tantôt sur l'autre, avec une légère prédominance cependant pour le côté droit; et, une explication plus simple et plus rationnelle a incriminé la contamination directe du côté droit par les doigts de la main droite souillée de virus granuleux. Mentionnons, avant de clore ce chapitre, l'ingénieuse théorie développée par Cuignet : d'après lui, si l'ophtalmie n'avait pas chez les enfants de côté de prédilection, il n'en était pas de même pour les adultes. Chez la femme, l'œil gauche serait le premier ou le seul atteint; chez l'homme, ce serait l'œil droit. La première, prétendait-il, porte habituellement son enfant sur le bras gauche offrant ainsi à la contagion le côté gauche de sa figure, tandis que le second le porte sur son bras droit rapprochant ainsi le côté droit de son visage des yeux contaminés de l'enfant (1).

Au point de vue symptomatique, rien ne différencie le trachome monoculaire du trachome bilatéral : même aspect objectif des lésions se présentant, ici encore, avec leurs trois formes cliniques habituelles (productions nodulaires ou frai de grenouille, état papillaire et végétant, infiltration diffuse ou gélatineuse); même prédilection pour le tarse et le cul-de-sac supérieurs; même extension aux autres régions de la cavité conjonctivale; même envahissement de la cornée exulcérée, vascularisée et dissociée par le pannus surtout dans son segment supérieur; même tendance aux rechutes; même prédisposition, enfin, aux poussées inflammatoires des infections superposées. Il est toutefois une particularité que les auteurs n'ont pas mentionnée et sur laquelle nous croyons utile d'attirer l'attention : nous n'avons pas souvenance, depuis vingt-deux ans que nous dirigeons la clinique ophtalmologique de la Faculté, à l'hôpital civil de Mustapha, d'avoir opéré un seul cas d'entropion granuleux unilatéral coïncidant avec une conjonctive opposée absolument saine; nous n'en avons pas davantage observé d'exemple au cours de l'enquête poursuivie, avec la collaboration du docteur H. Foley, parmi les populations indigènes du sud-oranais. Ainsi, le trachome monoculaire n'aboutirait qu'exceptionnellement à la période des déformations scléro-rétractiles, et ceci témoignerait

(1) C'est un fait d'observation courante que, les gauchères mises à part, les mères portent leur enfant sur le bras gauche de façon que la main droite, demeurée libre, puisse immédiatement pourvoir à tous les besoins de l'enfant et même à ceux du ménage.

en faveur de la thèse de Chibret sur l'atténuation de la virulence; le PRONOSTIC immédiat et éloigné du trachome monoculaire serait donc moins sévère que celui du trachome bilatéral.

Le trachome monoculaire demeure quand même une exception; certaines statistiques en ont, à notre avis, exagéré la fréquence. A Narbonne, Jalabert a trouvé 29 cas de trachome monoculaire sur 225 sujets granuleux, soit une proportion de 12,88 p. 100. A Montpellier, le professeur Truc l'a rencontré 152 fois sur 1.773 cas, soit une proportion de 8,57 p. 100. En Tunisie, Petit l'a observé une dizaine de fois sur un peu plus de 1.200 granuleux, soit une proportion de 8,33 p. 100 environ. Récemment encore, Marquez et Soria évaluaient à 49.413 le nombre des granuleux existant en Espagne; dans ce chiffre total, les cas bilatéraux comptent pour 45.140 et les cas monoculaires pour 4.273, soit 9,46 p. 100. Notablement inférieurs aux précédents sont les chiffres auxquels nous sommes arrivés, au cours de nos investigations, avec H. Foley, sur une population indigène de l'extrême sud-oranais dont le trachome avait été abandonné à son évolution naturelle. Sur 473 sujets examinés, 4, tout au plus, présentaient un trachome monoculaire ce qui abaisse la proportion au-dessous de 1 p. 100 (0,85 p. 100). Cette énorme différence trouve son explication dans des questions de races, de milieu, de conditions sociales, dans l'absence de soins médicaux et, peut-être aussi, dans des divergences d'appréciation, nous voulons dire les exigences cliniques et la sévérité diagnostique des observateurs. Les médecins exerçant dans les pays où la conjonctivite granuleuse sévit avec intensité ont une tendance bien excusable à voir partout du trachome. Certains ophtalmologistes n'ont-ils pas insisté sur l'importance que peut acquérir, dans les cas litigieux ou difficiles, une enquête familiale ou sociale venant établir que le sujet suspect vit dans un milieu contaminé. Ce n'est là pourtant qu'un élément accessoire du diagnostic.

Pour apprécier exactement la fréquence du trachome monoculaire, il importe, en effet, d'éviter deux causes d'erreur qui concourent, l'une comme l'autre, à faire plus de cas de ce genre qu'il n'y en a dans la réalité. La première consiste à méconnaître un trachome bilatéral, la seconde à diagnostiquer un trachome unilatéral alors qu'il s'agit d'une affection conjonctivale de tout autre nature.

Pas de trachome sans cicatrices consécutives, telle est la formule classique, le grand caractère qui permet de différencier, à coup sûr, les conjonctivites à follicules et les conjonctivites à nodules trachomateux véritables, le signe fondamental sur lequel s'appesantissaient les auteurs du *Handbuch für gesannte Augenheilkunde* (1). Par ailleurs pourtant, on a affirmé que la « granulation vésiculeuse » pouvait guérir rapidement et radicalement « sans porter atteinte à la texture de la conjonctive » (Hairion). Il est plus exact de prétendre qu'en clinique, les lésions résiduelles du trachome sont parfois si effacées, si minimes, qu'elles peuvent facilement passer inaperçues à un œil non exercé. Donc, avant d'affirmer l'existence d'un trachome monoculaire, il importe de s'assurer, par un examen méticuleux, qu'il n'y a, du côté opposé ni placards cicatriciels légers, ni traînées discrètes de sclérose. D'autre part, un examen superficiel ou trop rapide fait que des lésions débutantes demeurent ignorées. C'est ce que Ch. Bendz a bien mis en relief dans le passage suivant de son mémoire que l'on relira toujours avec un réel intérêt. « J'ai déjà dit, déclare le professeur danois, qu'ordinairement les deux yeux souffrent en même temps; j'ajouterai que je n'ai vu que très peu de cas dans lesquels un seul œil souffrît sans que l'autre fût affecté; et dans ce cas même c'était presque toujours le gauche. Ici, je dois faire observer que si dans ces cas très rares, en effet, où l'un des yeux seulement semble souffrir, on regarde de bien près au moyen d'une bonne loupe, la conjonctive palpébrale de l'œil réputé sain, on trouve celle-ci plus ou moins hérissée de ces petites vésicules transparentes ou cristallines qui, à coup sûr, plus qu'aucun autre signe, nous font connaître le tout premier début du trachome. Je m'en suis persuadé assez, en observant plusieurs cas de ce genre. »

La seconde erreur consiste à attribuer au trachome des altérations auxquelles il est totalement étranger et qui sont imputables à des lésions néoplasiques ou à des processus inflammatoires divers.

Les premières sont vraiment exceptionnelles et l'on ne peut guère citer, à ce sujet, que l'observation ancienne et unique de Businelli (1) dans laquelle un pannus cornéen exubérant, compliquant un trachome unilatéral, en imposa pour une tumeur maligne épibulbaire. Chez une femme de soixante ans, la cornée de l'œil droit s'était, dans sa presque totalité, lentement et insidieusement recouverte d'une tumeur du volume d'une cerise, dont l'aspect végétant rappelait « celui de l'épithélioma et mieux encore celui d'un fongus médullaire qui aurait fait hernie au-devant du globe oculaire. » La conjonctive apparaissait, dans sa portion bulbaire, épaissie, jaunâtre, vascularisée; dans sa portion tarsienne, rougeâtre et inégale. La tumeur cornéenne fut excisée tandis que la muqueuse conjonctivale était modifiée par des attouchements au sulfate de cuivre. L'examen histopathologique pratiqué par le professeur Giovanardi montra des lésions identiques à celles du trachome; on retrouva dans la conjonctive de la paupière supérieure l'infiltration lardacée particulière à cette maladie. Enfin, l'évolution des lésions vint montrer l'atrophie progressive de la muqueuse avec tendance au recroquevillement du tarse. L'œil gauche était normal.

Les lésions inflammatoires susceptibles d'en imposer pour un trachome monoculaire, relèvent les unes de processus encore inderminés, les autres d'affections spécifiques, nettement définies, comme la sporotrichose, la tuberculose, la syphilis.

La conjonctivite sporotrichosique, dans sa variété granuleuse et végétante, peut, en effet, se localiser à la paupière supérieure (Chaillous) et communiquer à la muqueuse oculaire « l'apparence d'un cul-de-sac rétro-tarsien de trachome modérément gélatineux » (Gifford). La présence au milieu des saillies folliculaires de taches jaunes irrégulières qui parviennent à l'ulcération et dont quelques-unes même éclosent sous les yeux de l'observateur, la présence constante d'un retentissement sur les ganglions préauriculaires, sous-maxillaires et cervicaux qui augmentent de volume et deviennent sensibles ou douloureux, mais surtout le résultat positif des cultures bactério-

(1) *Hand. f, ges. Augen.*, Grafe et Saemich, 1876.

(1) BUSINELLI (de Modène). *Giorn. ottalmo ital.*, 1867.

logiques décelant la présence du champignon pathogène ne permettront pas longtemps l'hésitation.

Primitive ou secondaire, *la tuberculose conjonctivale*, le plus souvent unilatérale (1), peut dans sa forme pseudo-trachomateuse ou pseudo-folliculaire revêtir l'aspect de végétations sessiles, grisâtres ou « jaune sucre d'orge », parfois confluentes au point d'en imposer pour des granulations trachomateuses. Dans les formes les plus nettement caractérisées, l'aspect des lésions nodulaires, leur évolution rapide vers l'ulcération confirmée, la coexistence — sinon constante du moins fréquente — d'une adénopathie régionale spécifique permettront un diagnostic rapide. Dans les cas où l'hésitation demeure permise, l'examen bactériologique des sécrétions (Chaillous), l'étude histologique d'un fragment de muqueuse malade, la réaction à la tuberculine (Morax et Chaillous), et surtout l'inoculation expérimentale lèveront tous les doutes.

La syphilis constitutionnelle, dans sa localisation sur la conjonctive, peut revêtir un type particulier auquel on a donné l'appellation significative de *conjonctivite syphilitique pseudo-granuleuse* ou encore de syphilis conjonctivale à forme folliculaire. Ce qui complique le problème et rend parfois épineuse la tâche des cliniciens, c'est que non seulement cette variété de syphilides présente l'apparence nodulaire et végétante des granulations véritables, mais qu'elle peut rester unilatérale, se localiser au fornix supérieur, et même s'accompagner d'infiltration et de vascularisation du segment correspondant de la cornée. Il faudra donc, avant de se prononcer, analyser attentivement les caractères atypiques des lésions folliculaires, rechercher l'épaisissement des paupières, l'infiltration de la muqueuse et ses ulcérations fissuraires ainsi que l'adénopathie régionale, dépister la coexistence d'autres manifestations spécifiques, interroger, au sujet d'une infection luétique, les antécédents personnels ou héréditaires. Car, cette variété de syphilis conjonctivale peut être un accident de l'hérédo-syphilis tardive. Des faits de cette nature ont été, sans doute, méconnus : ainsi dans la thèse de Duprez, se trouve relaté le cas d'une enfant de onze ans, dont la sœur était atteinte de kératite parenchymateuse, et dont l'œil gauche montrait « au niveau du cul-de-sac supérieur, la présence de granulations à l'état aigu. Les conjonctives bulbaire et palpébrale sont fortement injectées. Cornée de l'œil gauche montre de la kératite vasculaire; œil droit tout à fait normal. » Cette observation, malheureusement écourtée, est produite comme un exemple de trachome monoculaire; mais on est en droit de se demander s'il ne s'agissait pas, en réalité, d'une conjonctivite hérédo-syphilitique du type pseudo-granuleux.

On ne prendra pas pour un trachome monoculaire *le « catarrhe folliculaire »* que détermine parfois, dans un cul-de-sac conjonctival, l'instillation d'un collyre médicamenteux dont la suppression sera bien vite suivie de la disparition des accidents. Il en sera de même des états velvétiques de la conjonctive concomitants d'une infection lacrymo-nasale latente ou d'une dacryocystite suppurée chronique que guériront la désinfection des voies d'excrétion et le rétablissement de leur perméabilité (Galezowski).

Parmi les conjonctivites qui s'accompagnent de la production de saillies végétantes ou folliculeuses, et dont l'étiologie demeure encore inconnue, une place importante doit être réservée au *catarrhe printanier* et à la *conjonctivite folliculaire proprement dite*; mais c'est surtout avec le trachome bilatéral que se posera le problème du diagnostic différentiel car, en outre de leurs signes pathognomoniques, ces deux maladies ont pour caractère essentiel d'affecter les deux yeux à la fois.

Monolatérale, par contre, et parfois limitée à la conjonctive tarsienne supérieure est *la conjonctivite de Parinaud*. Tous les auteurs ont insisté sur sa ressemblance avec le trachome dont le différencieront : l'état fébricitant du sujet, l'épaissisement et l'induration des paupières, les caractères d'une sécrétion conjonctivale « muqueuse avec dépôts fibrineux assez denses », l'intégrité de la cornée, l'adénite et périadénite inflammatoires des ganglions parotidiens et même cervicaux.

Monolatérale encore est souvent *la conjonctivite « des bains »* ou *« des piscines »*, dont l'analogie avec la conjonctivite granuleuse est telle que l'on a soutenu l'identité (Schultze) ou l'étroite parenté (Fehr) des deux affections. Mais, la conjonctivite granuleuse, écrivent Chaillous et Nida qui ont bien étudié plusieurs sujets atteints de « conjonctivite folliculaire aiguë des piscines », la conjonctivite granuleuse « s'installe en général beaucoup plus sournoisement au niveau de la conjonctive du tarse ou du cul-de-sac supérieur en ménageant la conjonctive de la paupière inférieure. Chez le trachomateux, au début, les granulations sont volumineuses, nettes, de coloration plus claire que le fond sur lequel elles reposent. Chez nos malades, la conjonctivite est épaissie et semée d'élevures nombreuses, irrégulières, de même couleur que le fond sur lequel elles reposent. L'examen histologique décèle dans la conjonctivite de piscine une infiltration diffuse qui ne rappelle en rien les nodules de la conjonctivite granuleuse (1). »

Telles sont les principales affections de la conjonctive qui, par leur fréquente unilatéralité, peuvent en imposer pour un trachome monoculaire. Elles sont suffisamment nombreuses et d'interprétation assez délicate pour que l'on évite de compliquer encore la tâche des cliniciens par la création de nouvelles entités pathologiques. Et, il ne faudrait pas, sous le prétexte de ne laisser au trachome que la part qui lui revient, étendre inconsidérément le domaine des « folliculoses atypiques ».

(1) « Sept fois seulement sur 45 observations bien étudiées, les deux côtés étaient atteints. » (Professeur Lagrange.)

(1) Chaillous et Nida. Conjonctivite folliculaire aiguë chez des habitués d'une piscine parisienne, *Ann. d'ocul.*, 1922, p. 274.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 20 décembre 1926)

Influence de la réaction ionique sur la décomposition des eaux sulfurées par un courant de gaz inerte. Applications hydrologiques. — MM. A. Desgrez, L. Lescœur et Mlle S. Manjean.

Sur l'action secondaire des rayons X sur les microorganismes. — M. Jean-Jacques Trillat.

Sur des calculs biliaires humains à forte teneur en cuivre. — M. J. Meunier et Mlle Saint-Laurens.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1926)

M. DESGREZ présente un mémoire de M. Molinéry sur les résultats thérapeutiques du **Vaporarium de Luchon**. S'inspirant des travaux de MM. Moissan, Ch. Moureu, Bardet, L. Bertrand, Desgrez, Lanos, Lepage, Dufrenoy, Mailhet, etc., qui ont fait l'objet de communications à l'Académie de médecine, à l'Académie des sciences, à la Société de médecine de Paris, M. Molinéry établit que l'utilisation des galeries de captage creusées par le grand ingénieur François (de Neufchateau) constitue un élément thérapeutique incomparable en raison de sa thermalité, de sa sulfuration et de sa radioactivité. L'examen des tensions artérielles, du métabolisme, de la formule globulaire vient en aide à cette démonstration. Le Vaporarium, alimenté par plus de soixante sources diverses, n'est que l'extension des galeries de captage; sa valeur intéresse tout le thermalisme français.

Y a-t-il des diabètes réfractaires à l'insuline? — M. M. LABBÉ passe en revue les différents cas où l'on a parlé d'impuissance de l'insuline et montre qu'ils ont trait : au diabète rénal qui n'est pas du vrai diabète; aux glycosuries par insuffisance hépatique sans diabète vrai; à des glycosuries d'origine endocrinienne, hypophysaire ou thyroïdienne; à des diabètes très bénins qui n'ont pas besoin d'être traités par l'insuline; à des diabètes vrais subissant une aggravation sous l'influence d'une infection aiguë ou chronique, d'une anesthésie générale, etc. Dans la majorité des cas, il s'agit de diabètes dans lesquels le régime a été mal combiné ou mal suivi; et c'est à une désobéissance du malade qu'on doit penser d'abord quand on se trouve en présence d'un de ces cas considérés comme réfractaires à l'insuline. Souvent aussi il s'agit d'une insuffisance dans la dose d'insuline; c'est ce qui arrive dans les diabètes très graves ou les diabètes aggravés par une infection. En définitive, l'insuline est un médicament puissant, exerçant une action physiologique certaine, mais sans action curatrice démontrée jusqu'ici. Quand elle est appliquée à bon escient, elle agit toujours. On ne connaît pas de diabète vrai réfractaire à l'insuline.

Rapport général annuel sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France et aux colonies pendant les années 1924 et 1925. — M. L. CAMUS. Une diminution du nombre des vaccinations a été constatée en 1925 dans tous les départements; elle est attribuable en partie à l'abaissement de la natalité et en partie à un certain relâchement dans le fonctionnement du service. Une critique générale est faite concernant le service des vaccinations, puis est donnée une analyse particulière du fonctionnement de la vaccination dans chaque département. Après le compte rendu du département d'Algérie vient un chapitre important sur l'état de la variole et des vaccinations aux colonies, dans les pays à mandats et dans les postes consulaires.

Comme conclusion à l'analyse de ces nombreux documents qui tous contribuent à une organisation d'ensemble pour la lutte antivariolique, la Commission de la vaccine propose d'attirer l'attention du ministre de l'Hygiène sur un but important mais très limité et relativement facile à atteindre immédiatement : « Empêcher les porteurs de germes varioliques de nos colonies et spécialement d'Algérie d'entrer en France. »

Dernièrement des foyers d'épidémie ont été créés à Paris, à Douai, à Saint Etienne et à Valence par des Arabes d'Algérie récemment débarqués. Ce n'est pas le moment de s'étendre en considérations sur les tristes conséquences de ces constatations, il suffit de les enregistrer pour montrer l'urgence qu'il y a à réaliser le vœu émis le 13 juillet dernier par l'Académie à savoir : « D'exiger dans les colonies et les pays de protectorat la revaccination effective des personnes qui désirent s'embarquer à destination de la France. »

Quand le certificat de vaccination indispensable à l'embarquement sera délivré en Algérie conformément au règlement, c'est-à-dire huit jours après la vaccination, il ne circulera plus en France de malades d'Algérie en incubation de variole.

Purpura hémorragique grave à répétition. Splénectomie, guérison. — M. LAFOURCADE apporte l'observation d'une enfant qui présentait depuis deux ans un purpura avec hémorragies à répétition. Son état allait empirant, malgré tous les traitements institués. On nota deux rémissions, l'une à la suite d'injection du sang maternel total, l'autre à la suite du traitement radiothérapique. Mais ces rémissions ont été passagères et c'est sur une enfant dont la mort paraissait imminente que l'auteur a pratiqué la splénectomie.

Le résultat thérapeutique a dépassé les espérances et il est dû à la seule splénectomie, puisque depuis l'opération l'enfant n'a subi aucun traitement.

Il faut ajouter ce fait aux cas très rares qui ont été publiés; un seul cas en France, une vingtaine à l'étranger où la splénectomie a guéri le purpura hémorragique à répétition. Les premières observations ne remontent qu'à trois ans.

Action du permanganate de potasse en poudre sur les tissus vivants fraîchement cruentés. — M. AURÉGAN. Le permanganate de potasse dont le pouvoir oxydant a rendu déjà tant de services en solutions aqueuses peut recevoir une application nouvelle susceptible de rendre de grands services en chirurgie.

Des tampons humides abondamment chargés de poudre de permanganate de potasse sont appliqués sur les surfaces cruentés, leur premier effet est d'arrêter l'hémorragie. Un dégagement de chaleur important, accompagné de production de vapeur d'eau se produit en même temps, produisant une action caustique qui s'exerce en même temps sur les mains de l'opérateur s'il n'y prend garde. Il ne faut donc pas traiter ainsi des plaies étendues sous peine de voir se produire une véritable brûlure. Sur des plaies limitées, l'auteur a obtenu d'excellents résultats de cicatrisation sans phénomènes toxiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1926)

Ostéopathie héréditaire dissemblable : maladie de Paget chez la mère, dystrophie osseuse indéterminée chez la fille. — M. O. CROUZON, Mlle S. BRAUN et M. DELAFONTAINE présentent deux malades (mère et fille) atteintes d'ostéopathie. La mère présente une maladie de Paget bien caractérisée avec une particularité des membres inférieurs croisés en ciseaux. La fille est atteinte d'une dystrophie osseuse congénitale caractérisée par du nanisme, des déformations marquées surtout aux jambes, un aspect radiographique très spécial avec décalcification considérable, persistance de tracées opaques transversales. Ils insistent sur le fait qu'il s'agit d'une hérédité osseuse dystrophique.

Dyschondroplasie. — M. CROUZON et Mlle VOGT présentent une malade atteinte de dyschondroplasie (maladie d'Ollier) : nanisme, aspect rhizomélique des membres, tête volumineuse, thorax déformé, pseudo-luxation bilatérale de la hanche. Il y a lieu de signaler la déformation articulaire liées aux altérations osseuses et au niveau de ces articulations la présence de nodules cartilagineux que l'on retrouve dans presque tous les cas de dyschondroplasie.

Pleurésie purulente primitive à symbiose fuso-spirillaire. — M. RIMBAUD (de Montpellier) à propos d'un cas, donne les signes cliniques susceptibles de caractériser cette suppuration pleurale : début brutal, apparition précoce de signes généraux graves, apyrexie, efficacité remarquable de la pleurotomie qui amena à elle seule la guérison.

Le malade était indemne de toute affection broncho-pulmonaire antérieure mais consécutivement à un abcès dentaire, il était porteur d'une fistule sous-maxillaire qui paraît avoir été la porte d'entrée de l'infection fuso-spirillaire.

L'acidose dans les néphrites. — MM. F. RATHERY et Julien MARIE rapportent trois observations de néphrites azotémiques s'étant accompagnées d'acidose. Cliniquement aucun de ces malades n'a présenté de dyspnée de Cheyne-Stokes. Par contre la dyspnée d'un de ces malades rappelait la respiration de Küssmaul. L'acidose a été mise en évidence : 1° par

l'étude de la réserve alcaline qui s'est montrée abaissée; 2° par l'étude du pH sanguin, du pH urinaire et de la réponse de ce dernier à l'épreuve du bicarbonate de soude.

Sarcome mélanique cérébral à foyers multiples. — MM. G. Guillain et J. Darquier insistent sur le fait que parmi les multiples tumeurs des centres nerveux, une seule, celle de la calotte protubérantielle gauche a donné des signes de localisation. Il convient de remarquer l'absence de troubles mentaux malgré une volumineuse tumeur du lobe frontal gauche. Ces particularités s'expliquent par le fait que les tumeurs métastatiques sont plus compressives que destructives. Il paraît vraisemblable que les hémorragies constatées ont été une conséquence de la crâniectomie décompressive.

Rétrécissement congénital de l'aorte à son origine et au niveau de l'isthme. — MM. Pilod et Hugonot (du Val-de-Grâce), présentent un jeune homme de vingt ans porteur d'un double rétrécissement congénital de l'aorte à son origine et au niveau de l'isthme.

Le rétrécissement de l'isthme se manifeste par un souffle doux holosystolique siégeant dans l'espace omovertébral gauche, perceptible dans l'aisselle correspondante et par le contraste entre le pouls radial et le pouls fémoral.

L'atrésie de l'orifice artériel se présente avec ses signes classiques (souffle systolique râpeux au deuxième espace intercostal droit, se propageant dans les vaisseaux du cou, frémissement localisé, gros ventricule gauche).

M. Laubry insiste à ce propos sur le diagnostic des rétrécissements de l'isthme aortique et signale à côté de la forme classique des formes frustes dans lesquelles il existe tantôt un souffle systolique, tantôt seulement une différence de pression entre l'humérale et la fémorale.

Bronchopneumonie caséo-ulcéreuse chez une femme enceinte. Thoracoplastie extrapleurale. Guérison clinique après deux ans. — M. Sayé (de Barcelone).

Réactions de déviation par les antigènes soi-disant spécifiques dans le sérum des tuberculeux et des syphilitiques. — Mmes Maurice Renaud et Petitmaire. Afin de juger de la spécificité et par là, de la valeur des réactions de fixation telles qu'on les pratique couramment pour le diagnostic de la tuberculose et de la syphilis, les auteurs ont étudié le sérum de malades choisis avec soin, d'une part de jeunes tuberculeuses avec expectoration bacillifère, et d'autre part de sujets jeunes atteints d'une syphilis certaine. Ils ont éprouvé le sérum par addition d'une part d'antigène de foie habituel, et d'autre part d'antigène méthylique de Boquet-Nègre. La réaction a été faite sur la technique préconisée par Mme Renaud établissant dans une série d'expérience, et toutes choses égales le taux C de la valeur anti-complémentaire du sérum, celui de la déviation due à l'antigène de Wassermann, et celui de la déviation à l'antigène tuberculeux T.

A prendre le résultat global, sur 135 sujets syphilitiques, 100 donnent une réaction positive à l'antigène tuberculeux et sur 123 tuberculeux, 86 donnent une réaction positive à l'antigène de Wassermann, les réactions moyennes étant presque toutes égales avec les deux antigènes.

Les déviations de complément décèlent un trouble humoral certain, intéressant à bien étudier, mais dont la présence n'est jamais caractéristique d'une maladie.

La possibilité d'obtenir avec le même sérum et sous leur forme la plus typique deux réactions tenues pour différentes montre quelle prudence il faut apporter à l'interprétation des résultats.

Sur deux observations de processus cavitaires stationnaires tuberculeux traités avec succès par la phrénicectomie. — M. L. Sayé (de Barcelone).

Lymphomatose médullaire aiguë aleucémique. Leucopénie extrême. Poussée leucémique transitoire. — MM. Roch et J. Mozer (de Genève) rapportent un cas de lymphomatose aiguë de forme atypique. Pendant un mois la maladie évolua sous une forme extrêmement leucopénique (moins de 1000 leucocytes) et l'absence des symptômes caractéristiques de la myélose aiguë ne permirent pas de poser d'emblée un diagnostic exact. Le tableau clinique et hématologique rapprochait plutôt le cas de l'agranulocytose (angine, leucopénie avec 90 p. 100 de lymphocytes, évolution rapide, fébrile). Le diagnostic différentiel de ces deux états peut être difficile. Une brusque poussée leucémique (73.000 lymphoblastes) dévoila la véritable nature de l'affection.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 17 décembre 1926)

A propos de la lithotritie. — M. Georges Luys pense que la lithotritie doit être le traitement de choix des calculs vésicaux; mais elle doit être précédée d'une préparation soignée, non seulement du malade, mais aussi des instruments. Le gros calcul vésical de 5 centimètres est justiciable de la taille; le moyen calcul de 5 centimètres doit être broyé par lithotritie; quant au petit calcul de 1 centimètre il doit être enlevé par une pince introduite par le tnbe du cystoscope à vision directe.

A propos des tumeurs à myéloplaxes. — M. Barbarin, à l'appui de l'opinion de M. L. Bard (de Lyon) qui attribue une origine infectieuse aux tumeurs à myéloplaxes, rapporte une observation de tumeur du pouce développée lentement après un panaris et que l'examen histologique a révélée nettement bénigne et se rapprochant de certaines tumeurs à myéloplaxes dégénérées.

A propos de l'appendicite vermineuse. — Pour M. Léo, l'observation d'appendicite vermineuse présentée par M. M. Tussau à la dernière séance prouve la possibilité : 1. de l'inoculation du bacille de Koch par les piqûres de la paroi intestinale par les oxyures; 2. de la création d'adhérences péri-intestinales par la vection, soit de germes pathogènes, soit de toxines vermineuses à travers et le long des mésos.

L'auteur cite un cas d'ostéite torpide et chronique du pubis qu'il a guéri par le traitement anti-oxyurique.

Appendicite aiguë et trichocéphale. — A la dernière séance, M. Séjournet avait présenté une observation d'appendicite aiguë dans laquelle il avait trouvé, à l'opération, une petite perforation de l'appendice et un trichocéphale fixé sur les parois externes de l'appendice. Il avait cependant rattaché la crise aiguë à un calcul stercoral situé en cavité close dans l'appendice.

M. Léo croit que, dans ce cas, l'attaque d'appendicite est due à l'action perforante active du parasite.

A propos d'une appendicite aiguë chez un enfant de huit mois. — MM. Thévenard et Bonneau estiment que le cas présenté par M. Croisier (de Blois) réalise le schéma type de l'infarctus massif de l'appendice.

Appendicite avec ectopie du cæcum. — M. Barbet fait un rapport sur une observation de M. Muller (de Belfort) : appendicite aiguë avec cæcum situé très haut à droite de la colonne vertébrale. M. Barbet qui avait déjà présenté récemment trois cas d'appendicite sous-hépatique en apporte un nouveau cas : appendicite sous-hépatique par plicature en V du côlon ascendant reportant le cæcum au contact du foie.

Plaie pénétrante thoraco-abdominale par coup de couteau. Opération. Guérison. — M. Bonneau fait un rapport sur cette observation de M. Muller (de Belfort). L'arme a sectionné la dixième côte gauche, ouvert la plèvre sans léser le poumon et touché une anse grêle; un morceau d'épiploon sortait par la plaie. Résection de cet épiploon ; suture de l'intestin. Fermeture de la paroi sans drainage. Guérison.

Mésentérite sclérosante rétractile. Obstruction chronique avec crises d'occlusion. — M. Thévenard.

Ostéomyélite. Intervention sanglante suivie d'applications locales d'auto-bactériophages. — M. Peugniez.

Tumeur kystique de l'abdomen. — M. Cresson.

Fibrome kystique dégénéré de l'utérus. — M. Maurice Peraire.

Colectomie totale. Ses indications et ses dangers. — M. Victor Pauchet.

INFORMATIONS

(SUITE)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. d'Astros, professeur de clinique médicale infantile, est nommé professeur honoraire.

M. Arnaud (François), professeur de thérapeutique, est nommé professeur honoraire.

M. Mattéi (Charles), professeur suppléant à l'Ecole de médecine, est chargé du cours de thérapeutique.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

(Grande chancellerie.) *Au grade d'officier.* — M. le docteur G. Labey, chirurgien des maisons d'éducation de la Légion d'honneur.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Dupain, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés de la Seine.

TARIF DES FRAIS MÉDICAUX EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL. — Par arrêté du 16 décembre 1926, devant prendre effet à partir du 1er janvier 1927, les modifications ci-après ont été apportées au tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail :

1° Le prix de la visite ou de la consultation, fixé à l'article 1er dudit tarif, est porté de 10 à 12 fr.;

2° L'indemnité de déplacement, fixée à l'article 2, est portée, dans les villes de moins de 100.000 habitants et dans les campagnes, de 1 fr. 10 à 1 fr. 50 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour pour les régions de plaine, et de 1 fr. 65 à 1 fr. 80 pour les régions de montagne. Le régime spécial appliqué aux régions dévastées est supprimé;

3° A l'article 26, la majoration des frais et honoraires prévus aux paragraphes 1er à 6 dudit article pour les médecins électroradiologistes et électrothérapeutes, est porté de 20 à 50 p. 100. (*J. O.*, 24 déc. 1926.)

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Tableau d'avancement pour 1927. (Active.) Sont proposés :

Pour le grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Pauliac, troupes du Maroc; Pauron, médecin des hôpitaux militaires, hôpital militaire Maillot, Alger; Soulié, chirurgien des hôpitaux militaires, troupes du Levant; Clavelin, professeur agrégé du Val-de-Grâce, Ecole d'application du Service de santé militaire; Simonot, Cenet et Amouroux, troupes du Maroc; Montel, médecin et spécialiste des hôpitaux militaires, hôpital militaire de Marseille; Bouisson, gouvernement militaire de Paris (pour ordre), détaché à la mission militaire française au Maroc; Tamalet, médecin des hôpitaux militaires, troupes du Maroc; Chaumet, professeur agrégé du Val-de-Grâce, Ecole d'application du Service de santé militaire; Jourdan, troupes du Maroc ; Blondel, troupes du Levant; Guillaume, 154e d'artillerie à pied; Mouzels, 158e d'infanterie; Sieur, hôpital militaire de Rennes; Vialatte, troupes du Maroc; Routaboul, 19e corps d'armée; Marmoiton, hôpital militaire Plantières, à Metz; Chazal, Ecole militaire préparatoire de Billom; Sarrat, gouvernement militaire de Paris; Despujols, médecin des hôpitaux militaires, salles militaires de l'hospice mixte de Limoges, laboratoire de bactériologie; Melnotte, médecin des hôpitaux militaires, troupes du Maroc, laboratoire de bactériologie de Marrakech; Pacaud et Streissel, armée française du Rhin; Costedoat, Jausion et Zoeller, professeurs agrégés du Val-de-Grâce, Ecole d'application du Service de santé militaire.

Pour le grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Bousquet, 124e d'infanterie; Accoyer, troupes du Levant; Desfour, troupes de Tunisie; Bouana et Chabasse, troupes du Levant; Cicile, territoire du Sud-Algérien; Rohmer, troupes du Levant; Defaye et Jalet, 19e corps d'armée; Coffiney, 16e d'artillerie divisionnaire; Mourot, armée française du Rhin; Dreyfuss, 19e corps d'armée; Deumier et Guérin, troupes du Levant; Blot, 19e corps d'armée; Culty, armée française du Rhin; Crebassa, Ecole d'application du Service de santé; Farjot, 48e d'infanterie ; Lanet, 5e d'infanterie; Carillon et Martinet, Ecole d'application du Service de santé; Vuillamme, troupes du Maroc; Noyer, Jaulmes et Debenedetti, 19e corps d'armée; Gallois, 5e génie; Finance, 28e dragons; Reissier, 107e d'artillerie; Germain, troupes du Levant.

— SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. (Active.) — Sont proposés :

Pour le grade de médecin principal de 1re classe. — MM. Letonturier, Togo; Vivie, ministère de la Guerre; Couvy, Fréjus; Faucheraud, 22e d'infanterie coloniale; Gravot, Maroc; Lairac, Algérie; Le Gendre, haute Volta; Mias, armée du Rhin; Guillemet, hors cadres, Indochine; Renault, Abyssinie; Gautier, Dahomey; Fraissinet, Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Pour le grade de médecin principal de 2e classe. — MM. Cazanove, Ecole supérieure de guerre; Carmouze, direction du Service de santé du corps d'armée colonial; Botreau-Roussel, Levant; Tardif, hôpital de Fréjus; Grofillez, Maroc; Trautmann et Pic, hors cadres, Madagascar; Gallier, 21e d'infanterie coloniale; Allard, hors cadres, Indochine; Passa, 4e tirailleurs sénégalais; Levet, Gabon; Patterson, hôpital d'Hanoï; Bernard, 6e d'artillerie coloniale, Afrique occidentale française; Eberle, Soudan; Lacroix, 14e tirailleurs sénégalais; Gravellat, adjoint au directeur du Service de santé de l'Afrique occidentale française.

Pour le grade de médecin-major de 1re classe. — MM. Robert, hôpital de Dakar, Afrique occidentale française; Huot, bataillon de tirailleurs sénégalais nº 7; Tournier, 41e tirailleurs malgaches; Rault, 111e d'artillerie lourde coloniale; Labernadie, établissement français de l'Inde; Henry, 21e d'infanterie coloniale; Descuns, 13e tirailleurs sénégalais; Giudicelli, Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales; de Boyer de Choizy, adjoint au directeur du Service de santé de l'Afrique équatoriale française; Rehm, hôpital de Tananarive; Raynaud, hors cadres, Cameroun; Peltier, Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales; Conil, Cochinchine; Bonrepaux, Soudan; Febrier, Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales; Girard, hors cadres, Chine.

Pour le grade de médecin-major de 2e classe. — MM. Martial, hors cadres, Côte-d'Ivoire; Delprat, hors cadres, Mauritanie; Belgy, territoire du Niger; de Gilbert des Aubineaux, hors cadres, Gabon; Assali et Dorolle, Indochine; Montagne et Goinet, Madagascar; Chambon, Cameroun; Perseguers, Guyane; Chevais, Afrique occidentale française; Phiquepal d'Arusmont, Côte d'Ivoire; Lesconnec, 23e d'infanterie coloniale; Galland, 56e bataillon de mitrailleurs indochinois; Farinaud, Indochine; Dumas et Le Rouzic, Cameroun; Le Gac, Afrique équatoriale française; Herivaux, hors cadres, Togo; Laquieze, Afrique équatoriale française; Huard, 17e tirailleurs sénégalais (Levant).

MARINE. — Un concours sera ouvert dans les délais réglementaires, à la date et dans le port qui sera fixé ultérieurement, pour l'emploi de professeur de pathologie externe et d'accouchements à l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux.

Ce concours aura lieu dans les conditions fixées par l'arrêté du 29 juin 1908 (*B. O. M.*, vol. XIII, p. 46).

COLLÈGE DE FRANCE. — M. le professeur H. Vincent, membre de l'Institut, reprendra son cours le mercredi 5 janvier 1927, à 5 h. (amphithéâtre nº 5).

Le cours a lieu tous les mercredis, à la même heure.

Sujet du cours : « Le colibacille et les infections colibacillaires. »

HÔPITAL NECKER. — Le docteur Ribierre, agrégé, médecin de l'hôpital Necker, reprendra ses leçons cliniques le mardi 11 janvier 1927, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Necker.

Les leçons des 11, 18 et 25 janvier seront consacrées aux « Accidents et complications cardiaques de l'hypertension artérielle du mal de Bright ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs José Maria Montoya y Diaz de Berricano (de Madrid), D. José Munoz Pérez (de Sarragosse).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.





CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

LE VOYAGE A LA MODE EN CETTE SAISON. — Le voyage à la mode à cette époque de l'année, c'est la route d'hiver des Alpes, d'Aix-les-Bains-Mont-Revard à Nice par autocar P.-L.-M., en trois étapes d'une journée chacune : Aix-les-Bains-Grenoble, Grenoble-Digne, Digne-Nice.

Des limousines du dernier confort, avec éclairage électrique et chauffage intérieur partent d'Aix-les-Bains les dimanche, mercredi et vendredi du 26 décembre au 28 février ; tous les jours, du 1er mars au 31 mai. Les départs de Nice ont lieu les dimanche, mardi et jeudi du 25 décembre au 28 février ; tous les jours, du 1er mars au 31 mai.

Les Agences et bureaux P.-L.-M. de renseignements, comme aussi les Agences de voyages, délivrent des billets combinés comprenant à la fois le parcours en chemin de fer et le trajet en autocar.

VISITEZ LA CORSE, ILE DE BEAUTÉ. — Les Services automobiles P.-L.-M. d'excursions en Corse seront rétablis dès le 1er janvier 1927.

Des voitures partiront d'Ajaccio tous les jours pour effectuer le Circuit des Calanches de Piana et du Golfe de Porto. D'autres quitteront Ajaccio les dimanche et mercredi pour faire, en deux jours, le Circuit de Bonifacio et de Bavella.

Au départ de Bastia, le Circuit du Cap Corse aura lieu les dimanche, lundi, mercredi et jeudi. Au printemps prochain, ce Circuit sera effectué chaque jour et d'autres Services seront mis en circulation entre Ajaccio et Ile Rousse, Bastia et Ile Rousse, Ajaccio et Corte, par Piana ; Ajaccio et Corte, par Bonifacio.

De même, fonctionneront les Circuits de la forêt de Valdoniello et du défilé de l'Inzecca, au départ de Corte ; le Circuit de la Castagniccia au départ de Bastia.

Les principales gares P.-L.-M. délivrent des billets directs avec enregistrement direct des bagages pour les ports d'Ajaccio, Bastia, Calvi et Ile Rousse, les gares de Corte, Ghisonaccia et Vizzavona.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS. Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.

Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nîmes. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Barbusse et Chevalier, internes titulaires, et M. Saint-Jean, interne provisoire.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. (Active.) — *Est élevé à la dignité de grand officier.* — M. le médecin inspecteur général Fournial, directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris.

Au grade de commandeur. — MM. les médecins principaux de 1re classe Bailby et Steinmetz.

(Réserve.) *Au grade de commandeur.* — MM. le médecin inspecteur Gide; le médecin principal de 2e classe Jeanbrau (de Montpellier).

Au grade d'officier. — MM. Terson, Nicolas (G.-J.-M.), Martin (L.-F.-A.), Patay, Friteau, Nobécourt, Terrien (F.), Heitz, Lemaire.

(Troupes coloniales.) MM. Le Strat et Giudice.

Au grade de chevalier. — MM. Genevoix, Perfetti, Ganiayre, Deniker, Duhem, Gout, Abbadie, Fergin-Fayolle, Boursier, Antoine, Chappe, Bonnarel, Burty, Lemoine, Blanc, Emonet, Bilhaut, Delfosse, Harvier, Charrier, Fouque, Houllier, Girard, Assire, Gérard, Aulong, Colard, Anselle, Guerive, Guyader, Alfonsi, de Giovanni, Rochu, Mattraits, Regnard, Euzière, Birbis, Vincentelli, Brodin, Teillot, Boyer, Monod (R.-J.), Dupain, Allemagny, Lisbonne, Florence, Magnetto, Durand, Baron, Arnaudon, Aimard, Hiblot, Salles, Grandhomme.

(Troupes coloniales.) M. Lautier.

GUERRE. — (Active.) Sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. Duffau, Bailis, Spire et Spick.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. Dircks-Dilly, Schickelé, Morisson, Fayet, Delestan et Carayon.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. Lambert, Liebert, Bendon, Mouchet, Martin, Modot, Ehringer, Cazalas, Scharenberger et Laporte.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. Petit, Douriaux, Tête, Husson, Rouzet, Champouillon, Schneider, Bouhet, Lieux et Bierer.

— Service de santé des troupes coloniales. — (Armée active.) Sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. Judet de la Combe, Rencurel et Chartres.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. Janneau, Frontgous, Guérard et Pezet.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. Laquièze, Roussy, Muraz, Rouvier, Martin, Lossouarn, Solier, Riquier et Crozat.

MARINE. — Liste des élèves du Service de santé de la marine reçus docteurs en médecine ou pharmaciens universitaires de 1re classe, désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Toulon (promotion 1922) :

A. *Médecins.* — MM. Badelon, Prade, Coupiny, Verliac et Le Meur, Ecole de Bordeaux; Morvan, port de Brest; Herment et Berge, Ecole de Bordeaux; Jaffry, port de Lorient; Roudil, Busy, Lajat et Bertrou, Ecole de Bordeaux.

B. *Pharmaciens-chimistes.* — MM. Quéré, port de Brest; Vincent, port de Toulon; Huitric, port de Brest; Le Gousse, port de Lorient; Henry, port de Toulon; Audebert, port de Rochefort. (*J. O.*, 30 déc. 1926.)

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Fains (Meuse), par suite de la nomination de M. le docteur Legrand à un autre emploi.

Un poste de médecin chef préposé responsable est actuelle-

ment vacant à l'asile d'aliénés de la Providence, à Niort (Deux-Sèvres), par suite du décès de M. le docteur Dezwarte.

LA LUTTE CONTRE LE CANCER. — Le Conseil général de la Seine a voté une subvention de 500.000 fr. pour 1927 et la même somme pour 1928 au Comité qui poursuit en France la lutte contre le cancer.

LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS PARISIENS DE PARIS a décidé de faire une édition de luxe à tirage limité des *Fables* de son Président d'honneur le professeur Charles Richet, membre de l'Institut, Prix Nobel.

Ces *Fables* intitulées *Pour les grands et pour les petits*, seront éditées à 210 exemplaires et formeront un volume de 200 pages environ, format in-4 écu (19 × 25), illustré de 50 lithographies originales de Raphaël Drouart.

Justification du tirage. — N° 1 à 20 sur wathmann avec une suite des lithographies, 650 fr. — N° 21 à 200 sur velin d'Arches, 350 fr.

Il sera tiré en outre dix (10) exemplaires (Hors commerce), numérotés de I à X.

Les souscriptions sont recueillies par le docteur Gaston Doin, membre de la Société des médecins parisiens de Paris, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

CHRONIQUE

LE IIIe VOYAGE INTERNATIONAL D'ÉTUDES MÉDICALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

Les Voyages d'études de la Société médicale du Littoral méditerranéen ont un attrait particulier qui leur vient du climat tout d'abord : quel enchantement, en effet, de quitter Paris dans le brouillard de décembre et d'être réveillé, le lendemain matin, par un soleil éblouissant, à la gare de Toulon, où nos aimables confrères étaient venus attendre leurs invités. Déjà, les fleurs offertes sur le quai de la gare annonçaient la Côte d'Azur et le pays des œillets et des roses. La visite d'Hyères, le merveilleux panorama contemplé, au soleil couchant, sur les îles, la rade, la presqu'île de Giens, les Salins et les Monts des Maures, ont achevé de conquérir les voyageurs entièrement, dès le premier jour. Et ils sont demeurés là longtemps sans que le refroidissement prévu de l'atmosphère, au moment du coucher du soleil, ait eu raison de leur enthousiasme de Nordiques, habitués à des différences de température bien autrement brutales!

Des médecins anglais, hollandais, danois, roumains, espagnols, français, avaient répondu à l'appel de la Société. La camaraderie, qui s'établit très vite, rendit intelligible à tous un sabir mêlé d'anglais, d'allemand et de français — souvent complété, d'ailleurs, par des gestes éloquents — à l'aide duquel on échangeait les impressions journalières. Et cela était très pittoresque et très amusant!

Le lendemain, pendant la visite des magnifiques installations de Valescure, à Saint-Raphaël, le mistral, sans lequel on ne saurait bien connaître le climat des Côtes de Provence, souffla discrètement. Puis, après la radieuse visite de Cannes et de Nice, grandes cités méditerranéennes et villes enchanteresses qui font songer à la civilisation raffinée de l'Empire byzantin, un matin, en se réveillant à Beaulieu, au milieu des fleurs et des jardins paradisiaques, les voyageurs virent la neige toute fraîche, tombée pendant la nuit sur les montagnes environnantes, et formant, aux joyaux de la Côte d'Azur, le plus merveilleux écrin de satin blanc!

Ce fut ensuite le parcours de la Corniche, déroulant, d'un côté, le panorama des Alpes glacées, s'élevant à 3.000 mètres d'altitude, et, de l'autre, la grande bleue où se découpent, dans un coloris africain éclatant de lumière, les caps et les baies, les rochers et les villages, et, au loin, le mirage de la Corse, île enchantée!

Ce fut aussi Menton et ses bois sacrés d'orangers et d'oliviers. Monaco et ses parcs remplis des essences tropicales les plus étranges à nos yeux d'Européens, Monte-Carlo et sa foule cosmopolite qui, chaque jour et chaque nuit, regarde tourner la roue de la fortune!

Dans ces décors de rêve, les réalités de la science et de notre art ont aussi leurs palais : à Hyères, l'Institut héliomarin et les grandioses installations de San Salvadour, paradis terrestre des midinettes qu'une charité intelligente y envoie retrouver une santé égarée; à Cannes, les Cliniques de Mire-Juan, du Méridien, de Santa-Maria, avec leur clientèle d'enfants qui se baignent, tous les jours de l'année, dans la mer et le soleil; à Monaco, le merveilleux Institut océanographique rempli de richesses zoologiques sans pareilles; l'Hôpital modèle; le Musée d'anthropologie où dorment les plus anciens aïeux de l'humanité; à Nice, les Maisons de régime et de repos et les superbes Usines d'ozonisation qui distribuent, à toute la Côte, une eau stérile et pure; à Grasse, les riches fabriques de parfums où se distillent les essences de toutes les fleurs de la région, etc.

Dans ces palais, dans ce décor, les réceptions ne peuvent être que féeriques : la soirée princière, offerte par le gouvernement de Monaco; la réunion terminale de la Société médicale, au luxueux palais de Miramar orné de gracieuses bouquetières niçoises en costume national; les exquis déjeuners de Saint-Raphaël et de Menton, sont d'inoubliables souvenirs!

Nous devons affirmer notre reconnaissance à ceux qui furent les instigateurs de ce beau voyage, merveilleuse propagande française, et qui surent le rendre facile et profitable par leur aide de tous les jours : aux docteurs Jaubert et Casabianca (d'Hyères), Caldagués (de Saint-Raphaël), Perrimond et Bertier (de Grasse), Bufnoir, Gazagnaire, Jouffray, Pascal et Houssiaux (de Cannes), Mantoux et Bories (du Cannet), Sardou, Targhetta, Bonnet, Destres, Morisson-Lacombe, Tourtou, Bardon, Planat, Geneuil (de Nice), Camaret et Tixier (de Menton), Bichard, Vivant, Caillaux, Gasquet, Marsan, Boeri et Oxner (de Monaco), Hérard de Besse (de Beaulieu) et surtout au prestigieux organisateur qui conduisit la caravane sans un instant de défaillance : notre ami, Maurice Faure (de Nice), président de la Société médicale du Littoral, qui sut, chaque jour, instruire et charmer sans jamais laisser oublier l'heure! Au nom de tous, les docteurs de Wilde (d'Amsterdam), Irimescu (de Bucarest) représentant les délégations étrangères les plus nombreuses, et Renaux, du *Concours médical*, représentant la Presse médicale française, leur ont exprimé éloquemment la gratitude des heureux participants de ce beau voyage.

Nous y devons joindre des félicitations et des remerciements, adressés au gouvernement de la Principauté et aux municipalités des villes du Littoral qui ont pris soin de témoigner eux-mêmes, par leur présence et leurs discours, de l'intérêt qu'ils attachaient aux voyages médicaux sur la Côte d'Azur. Tout le corps médical doit leur savoir gré de cette preuve d'estime et tout le pays doit leur être reconnaissant de cette haute intelligence de ses grands intérêts.

Le IIIe Voyage d'études de la Société médicale du Littoral, qui s'est déroulé du 16 au 24 décembre 1926, a été aussi beau que ses devanciers. Nous souhaitons le même succès au IVe Voyage qui aura lieu du 26 décembre 1927 au 5 janvier 1928. Heureux soient les élus qui pourront y participer!

G. H.

PTOSES VISCÉRALES

ET

TUBERCULOSE LATENTE

Par R. MORICHAU-BEAUCHANT (de Poitiers).

Les travaux modernes ont montré que la tuberculose chez l'homme, chez l'homme civilisé du moins, était une infection des plus banales et que pratiquement tout individu à un moment donné de son existence, mais dans l'immense majorité des cas pendant son enfance, était touché par la contagion. Le bacille de Koch pénétrant dans l'organisme y subit des fortunes diverses. D'après Burnand (1) dans 1 p. 100 des cas seulement l'infection devient apparente se traduisant par des manifestations évolutives, c'est une maladie grave qui va tuer dans un délai de deux à dix ans la moitié des sujets qui en sont affectés. Dans 60 p. 100 des cas l'agent infectieux est mis hors de combat sans lutte, c'est-à-dire sans maladie. Dans 39 p. 100 des autres cas l'infection guérit spontanément après des manifestations larvées, bénignes ou abortives avec signes cliniques minimes ou nuls.

Considérons ce dernier groupe de faits. Peut-on chez tous ces malades parler véritablement de guérison? guérison apparente peut-être mais non guérison réelle telle que la réaliserait la disparition de l'agent infectieux. On sait bien que le bacille de Koch pas plus que le spirochète de la syphilis ne meurt. Il continue à végéter en un coin de l'organisme le plus souvent au niveau des ganglions hilaires ou trachéo-bronchiques, à y sécréter des toxines. Il y a tout lieu de penser que celles-ci pénétrant dans l'économie y marquerout leur passage. En fait, voilà bien longtemps que les médecins ont été frappés par l'existence de certains stigmates corporels qui évoquaient immédiatement l'idée de tuberculose; mais comme aucunes lésions pulmonaires n'étaient décelables on parlait chez ces sujets de prétuberculose, d'imminence tuberculeuse, on les qualifiait de suspects. Leur nombre était considérable, on l'a bien vu pendant la grande guerre, qui à ce point de vue constitua une gigantesque expérience. Les évacués du front avec ces qualificatifs divers furent en telle quantité que l'on assista en quelques mois à une véritable fonte des effectifs. La médecine officielle intervint et exigea comme seul critérium de la tuberculose, de celle au moins qui comportait l'élimination de l'armée la présence du bacille de Koch dans l'expectoration. L'on vit alors les malheureux malades dont nous parlons, évoluer entre le front et l'intérieur en de multiples évacuations sans qu'il fût possible de régler leur situation; les effectifs étaient bien conservés mais c'étaient ceux des hôpitaux. Ces faits regrettables ne se reproduiraient peut-être plus aujourd'hui où l'on commence à connaître la tuberculose latente et où le critérium radiologique s'est substitué au critérium clinique et bactériologique notoirement insuffisants pour affirmer le diagnostic de cette forme de tuberculose.

Nous voudrions dans ce travail montrer un autre aspect de la tuberculose latente; il s'agit d'un syndrome que l'on rencontre chez la femme avec une extrême fréquence. Il est caractérisé par la maigreur, des troubles nombreux portant à la fois sur le tube digestif, le système nerveux, l'appareil génital et il traduit une dystrophie générale de tout l'organisme : un signe constant est l'existence de ptoses viscérales multiples; ce n'est d'ailleurs pas le plus important et si nous l'avons adopté comme représentatif du syndrome c'est parce que plus compréhensif pour les lecteurs français. En Allemagne où cet état morbide a été particulièrement bien étudié, il a reçu des noms plus adéquats, c'est l'*asthenia universalis congenita* de Stiller, l'*infantilisme asthénique* de Mathes, dénominations qui peuvent prêter à la critique, mais qui ont au moins le mérite de mettre en évidence la participation de l'organisme tout entier. Avant de préciser les arguments qui nous font rattacher ce syndrome à la tuberculose nous croyons utile d'en faire une étude détaillée car il est insuffisamment décrit dans les livres classiques.

Les femmes qui en sont atteintes présentent dans les formes typiques et particulièrement au moment des paroxysmes un habitus assez caractéristique pour que l'on puisse les reconnaître de prime abord.

Ce sont des sujets pâles, d'une pâleur terreuse spéciale qui n'est pas la simple teinte anémique; les muqueuses sont d'ailleurs à peu près normalement colorées. Sur ce fond pâle il est très fréquent de constater quelques pigmentations brunâtres surtout à la face au pourtour des yeux. Le facies est souvent plus juvénile que l'âge ne le comporterait, mais les traits sont fanés et l'expression du visage est empreinte de fatigue et de tristesse.

La maigreur est un signe qui ne manque jamais. Les membres sont grêles, les muscles peu développés, l'harmonie des formes est troublée, le cou effilé penché en avant. Les courbures de la colonne vertébrale sont exagérées, à une cyphose dorsale correspond une lordore lombaire.

Le thorax est étroit et long, l'ouverture en est notablement rétrécie. Le dos est rond, les épaules sont détachées, les côtes présentent une obliquité exagérée, la dixième est mobile.

L'abdomen aussi est déformé, la partie supérieure est aplatie ou même déprimée. Du fait de l'ensellure lombaire l'espace compris entre la partie antérieure de la colonne vertébrale et la face postérieure de la paroi abdominale est rétréci, l'aorte se trouve notablement rapprochée de cette paroi, ce qui explique les battements, si facilement perçus chez ces malades, parfois même visibles à l'œil. Au-dessous de l'ombilic le ventre est au contraire bombé par suite de la descente des anses intestinales. Le bassin est moins incliné qu'à l'état normal.

Nombreux sont les troubles dont se plaignent les malades qui les incitent à venir consulter. Ils intéressent avant tout le tube digestif, l'appareil génital, le système nerveux.

Tous les auteurs ont signalé l'existence quasi-constante des symptômes digestifs. En fait c'est le plus souvent pour leur estomac qu'elles viennent demander l'avis du médecin.

Le matin au réveil, la bouche est pâteuse, l'haleine souvent fétide. L'appétit est médiocre, parfois nul; à jeun elles accusent peu de malaises, ceux-ci commencent aussitôt après l'ingestion des aliments. Elles éprouvent alors une impression de pesanteur qu'elles localisent à la région épigastrique, sensation de barre, de quelque chose « qui ne passe pas ». Cette sensation pénible persiste parfois plusieurs heures, souvent elle n'est pas encore entièrement dissipée au moment du dîner.

(1) Cité par Dumarest. Sur le pronostic de la tuberculose pulmonaire, *Clinique et Laboratoire*, 20 juillet 1926.

Après le repas du soir les mêmes malaises peuvent se reproduire, ils sont généralement atténués, ce qui est peut-être dû au repos auquel les malades se soumettent plus volontiers à ce moment. Ils sont moindres aussi dans la journée lorsque immédiatement après les repas les malades gardent la position allongée.

Disons de suite que ces sensations de pesanteur ne correspondent pas directement à l'estomac, mais traduisent l'hyperesthésie du plexus solaire, mise en action par le processus digestif.

D'autres troubles peuvent aussi s'observer, brûlures, régurgitations acides, gaz, parfois syndrome pylorique tardif, qui intervient à titre de complication.

La notion fondamentale qui s'impose aux malades, c'est que à jeun elles se trouvent relativement bien et que dès qu'elles mangent elles commencent à souffrir. La conclusion qu'elles en tirent, d'ailleurs souvent inconsciente, est qu'il ne faut pas manger ou le moins possible : dès lors se trouvera constitué un cercle vicieux dont notre maître Mathieu a parfaitement décrit les phases.

Du côté de l'intestin, les troubles sont généralement moins marqués. La constipation est habituelle et tient pour une part à l'insuffisance alimentaire, pour une autre part à l'atonie de l'intestin; parfois, il s'y ajoute des spasmes et une sécrétion exagérée de mucus accompagnée de douleurs qui réalise le syndrome de la colite muco-membraneuse.

L'examen objectif du tube digestif fournit des renseignements caractéristiques. La langue, surtout le matin, est blanche, plus ou moins chargée, elle est aplatie et porte l'empreinte des dents, phénomène que Lasègue attribuait très judicieusement à une diminution de la tonicité du système musculaire tout entier.

L'inspection de l'abdomen met en évidence, comme nous l'avons déjà indiqué, un aplatissement et une dépression de la partie supérieure, une saillie de la région sous-ombilicale, surtout lorsque la malade est debout.

La palpation du creux épigastrique montre très communément la présence de battements dus à ce que l'aorte se trouve plus rapprochée de la paroi. Elle met en évidence aussi une sensibilité spéciale dont le maximum correspond au milieu d'une ligne joignant l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Ce point correspond au plexus solaire ainsi que l'ont montré les travaux de J.-Ch. Roux. Il mesure l'hyperesthésie du plexus, c'est là un signe très important et que l'on retrouve à peu près chez toutes ces malades.

Constamment aussi se perçoit après l'ingestion d'une quantité suffisante de liquide ou après le repas le bruit de clapotage, qui traduit à la fois la faiblesse de la paroi abdominale et l'atonie gastrique. On ne le trouve pas à jeun, ce qui le différencie du clapotage symptomatique d'une stase ou d'une hypersécrétion.

Le cæcum et le colon ascendant se décèlent par l'existence d'une sorte de boudin dépressible et crépitant. Le colon descendant affecte la forme d'une corde que l'on peut déplacer latéralement. La palpation bimanuelle permet d'apprécier la mobilité du rein, du droit presque toujours. Le foie est souvent abaissé surtout au niveau de son lobe gauche. La matité est ordinairement réduite du fait de la diminution de volume consécutive à l'insuffisance alimentaire.

Le tubage à jeun ne montre pas de liquide. L'examen du chimisme gastrique ne donne aucun résultat constant; on peut observer aussi bien un chimisme normal que des variations en plus ou en moins dans la chlorhydrie sans que le tableau clinique en soit modifié.

Nous n'insisterons pas sur les signes fournis par la radioscopie : l'estomac est allongé, étiré en son milieu, le bas-fond est dilaté, débordant de plusieurs travers de doigt la ligne des crêtes iliaques. La première portion du duodénum peut suivre le mouvement d'abaissement de l'estomac, assez souvent le *genu superius* reste fixé sous le foie; la première portion se trouve ainsi allongée, ce qui peut gêner l'évacuation gastrique. Celle-ci est ordinairement plus lente, mais l'estomac arrive cependant à se vider dans les délais normaux.

L'attention n'est pas, en général, attirée du côté des poumons. Les malades ne toussent pas et un examen superficiel reste presque toujours négatif.

Une exploration clinique minutieuse et complétée par la radiologie fournira, par contre, des signes très importants sur lesquels nous reviendrons.

Le cœur paraît normal, les malades accusent parfois des palpitations, mais il n'existe pas de lésions organiques. La radioscopie montre un cœur plutôt petit, vertical, ayant l'aspect dit en goutte. Le pouls est régulier, plutôt lent, facilement dépressible. Signe à peu près constant et d'une importance capitale, la pression artérielle est notablement au-dessous de la normale. A l'oscillomètre, la maxima souvent n'atteint pas 12, l'amplitude oscillatoire est faible et ne dépasse pas une demi ou une division.

Peu de chose à signaler du côté de l'appareil urinaire. La mobilité des reins ne s'accompagne, le plus souvent, d'aucuns troubles. L'hydronéphrose intermittente est une extrême rareté et il n'est pas démontré qu'elle soit toujours en rapport avec le déplacement du rein. Les diverses fonctions excrétrices sont normales. Il existe, par contre, des troubles assez fréquents du côté de la vessie survenant en dehors de toute lésion. Les malades accusent une sensation permanente de pesanteur au niveau de la vessie, les mictions sont plus fréquentes qu'à l'état normal et s'accompagnent de sensation de cuisson très pénibles. Les urines sont souvent troubles, il ne s'agit pas de pus mais de sels en suspension.

Les signes génitaux ne sont pour ainsi dire jamais absents, le plus fréquent est la dysménorrée.

Il est des femmes chez lesquelles chaque période menstruelle s'accompagne de douleurs parfois intolérables, les obligeant à garder le lit et troublant profondément l'état général. L'examen local n'en indique pas la cause, et ici encore, il faut faire intervenir une hypérestésie du système nerveux sympathique. Une opinion souvent invoquée est que le mariage exerce sur ces douleurs menstruelles une influence favorable. Ceci peut être vrai, mais à la condition que la femme y trouve la réalisation de ses aspirations : une dysménorrée persistant ou s'aggravant après le mariage, en l'absence de toute lésion utéro-ovarienne, doit faire mal augurer de l'entente conjugale.

Les règles peuvent subir des retards, quelquefois manquer pendant plusieurs mois, ou, au contraire, être à la fois plus fréquentes et plus abondantes; ce ne sont d'ailleurs pas les cas les plus favorables.

Les pertes blanches se présentent avec une fréquence insolite. Elles constituent un des symptômes les plus gênants par leur ténacité. Elles ne sont pas toujours dues à une endométrite, car elles survien-

nent aussi bien chez les jeunes filles, précédant même l'apparition des règles. Elles sont plutôt en rapport avec une hypersécrétion des glandes muqueuses de l'utérus comparable à ce qui se passe au niveau des glandes du gros intestin, elles réclament souvent un traitement plus général que local.

Les femmes qui ont eu des enfants accusent, même en dehors des époques, des douleurs variées, pesanteur dans le bas-ventre, douleurs lombaires, ou sacrées presque permanentes, sensation de quelque chose qui pousse vers le rectum. L'examen gynécologique montre un état dystrophique des organes génitaux, caractérisé par une brièveté anormale du vagin et par la rétroflexion utérine qui en est la conséquence. Le vagin est anormalement court, le col arrive presque au voisinage de la vulve. Il ne suit plus la courbure normale du vagin, sous la pression des organes abdominaux, il s'incline en arrière donnant lieu à une rétroflexion complète. L'utérus est grêle et souvent infantile. M. Siredey (1) a parfaitement décrit ces malformations dont il voit l'origine dans une dystrophie ovarienne due souvent à la tuberculose. Il en a étudié les conséquences fâcheuses au point de vue des fonctions génitales. La brièveté du vagin rend difficiles les rapports conjugaux, les chocs qui se produisent contusionnent le fond de l'utérus et le cul-de-sac de Douglas provoquant de vives souffrances et la répétition de ces traumatismes entraîne une périmétrite. De plus, en raison de la déviation du col en avant, le cul de sac postérieur agrandi constitue ce que Pajot appelait la fausse route vaginale postérieure, cause importante de stérilité. C'est la rétroversion qui est souvent la cause des douleurs que nous avons signalées du côté de la vessie et du rectum.

Cet état particulier des voies génitales favorise, on le comprend, les infections génitales : Métrite et ulcérations du col, endométrite, réactions inflammatoires du côté, des annexes et au niveau du péritoine péri-utérin.

Il reste à décrire les troubles nerveux. Ils jouent un rôle capital dans le syndrome. Déjà, nous avons vu, en étudiant chacun des organes abdominaux, qu'ils étaient le siège de phénomènes douloureux ; et que ceux-ci ne devaient pas être rapportés à une lésion de l'organe lui-même, mais à une hyperesthésie des filets nerveux sympathiques qui en partent. Les processus physiologiques normaux qui, ordinairement, n'arrivent pas à la conscience, lui sont dans ces cas transmis sous une forme douloureuse. D'autres douleurs peuvent aussi s'observer en dehors du sympathique abdominal : très fréquentes sont les douleurs de tête, douleurs de nuque, douleurs frontales, douleurs en casque, migraines typiques qui, pendant des années, peuvent torturer les malades parfois plusieurs fois par mois.

Parmi les autres symptômes nerveux, il faut citer en première ligne l'asthénie. Il semble que chez ces sujets le seuil de la fatigue soit particulièrement abaissé. Elle apparaît déjà dans les actes les plus ordinaires de la vie, elle s'oppose à tout effort prolongé. Elle est souvent maxima le matin au lever et se dissipe plutôt dans la journée ; la moindre fatigue est péniblement ressentie.

Nous ne pouvons guère énumérer tous les autres symptômes nerveux que l'on peut observer chez ces malades, ce serait faire le tableau complet de ce qu'on appellait autrefois la neurasthénie. Nous préférons nous arrêter un peu sur leur état mental. La dépression psychique n'est pas moindre chez elles que la dépression physique, ce sont des tristes, obsédées par leurs souffrances, et s'en laissant difficilement distraire. Leur moi les intéresse davantage que le monde extérieur, auquel leur diminution physique leur interdit de participer. Ce sont des abouliques, qui ont perdu tout esprit d'initiative, de lutte, de confiance en leurs propres forces. Leur intelligence est d'ailleurs souvent supérieure à la normale, des artistes, des écrivains, comptent dans leurs rangs.

Peut-être peut-on expliquer leur personnalité par des considérations biologiques, ayant trait au fonctionnement de leurs glandes endocrines. Il en est deux qui chez ces malades sont nettement insuffisantes la thyroïde et la surrénale, et leur insuffisance marche de pair avec celle du sympathique.

L'insuffisance surrénale est suffisamment démontrée par l'asthénie, l'amoindrissement du système musculaire, l'hypotension artérielle. Quant à la thyroïde, peut-être est-il préférable de parler d'instabilité thyroïdienne à prédominance d'hypothyroïdie (Léopold Lévi) que d'insuffisance pure. Parlent en ce sens les troubles de la thermogénèse, frissons, refroidissement des extrémités, frilosité générale, les troubles par vaso-motricité ralentie (cyanose, linedo, engelures), l'insuffisance de développement pilaire, la chute des cheveux et des sourcils, la constipation atonique, la fatigue, l'indolence, l'apathie, l'anorexie, la céphalée matutinale, les migraines, les douleurs musculaires et articulaires, les troubles de l'appareil génital, l'arrêt, l'insuffisance des règles, signes très fréquemment observés chez nos malades.

Le système sympathique ainsi que les glandes qui lui sont associées, thyroïde et surrénale, préside aux manifestations de l'instinct de conservation vitale, soit pour attaquer, soit pour se défendre (1). La thyroïde avec sa sécrétion stimule tous les appareils de la vie émotive, accélère les réactions nerveuses et psychiques, c'est la véritable glande de la vitalité.

L'hypersécrétion de la surrénale lance dans la circulation une certaine quantité d'adrénaline qui libère le sucre du foie, le déverse dans la circulation facilitant l'activité musculaire. La tendance à l'hyperactivité, à l'irascibilité, à la violence, est le propre des tempéraments hyperthyroïdiens.

Les hypersurrénaliques sont des lutteurs forts, agressifs, résistants, infatigables aussi bien au point de vue psychique que musculaire. Surrénale, foie, thyroïde et muscles forment par leur ensemble ce que Berman (2) appelle le système kinésodique qui réalise une transformation immédiate d'énergie statique en énergie active.

Ce système est celui qui permet la décharge motrice normale des états émotionnels. Son affaiblissement explique l'influence nocive des émotions, qui ne trouvant pas leur expression normale motrice sont refoulées dans la vie végétative qui se trouve perturbée gravement.

Le tableau que nous venons de tracer se présente

(1) Siredey. Les rétrodéviations de l'utérus, *Clinique et laboratoire*, 20 juillet 1926.

(1) Pende. L'instinct d'offensive défensive et les connaissances modernes sur les tempéraments endocriniens neuro-végétatifs. *Bul. de la Soc. d'étude des formes humaines*, nos 2 et 3, 1926.

(2) Berman. L'interaction des glandes endocrines. *Ibid.*

rarement aussi complet. Ordinairement les signes prédominent du côté d'un organe. Il est des formes à prédominance digestive, dans d'autres cas ce sont les phénomènes nerveux qui l'emportent, chez d'autres malades les signes sont surtout génitaux. Certaines formes sont à peine ébauchées. Le plus souvent les accidents se produisent par paroxysmes et dans l'intervalle la vie est à peu près normale.

Une question importante est de savoir comment se constitue cet état et comment il évolue. D'après les auteurs allemands qui ont étudié particulièrement la question, il s'agirait d'un état dystrophique qui se produirait dès la naissance (asthenia universalis congenita de Stiller) : nous ne partageons pas ce point de vue. D'après notre expérience personnelle c'est seulement après la puberté, au moment de l'adolescence, que l'état commence à se manifester. Chez la jeune fille on peut en constater les stigmates physiques, mais l'état fonctionnel reste à peu près normal et l'équilibre n'est guère troublé qu'au moment des périodes menstruelles. La première grossesse le rompt parfois d'une façon définitive. La gestation sauf les malaises du début se passe généralement bien et bien des femmes disent ne se jamais mieux porter qu'à ce moment, mais les troubles commencent après l'accouchement. Le premier enfant constitue pour nombre de femmes une épreuve qu'elles ne surmonteront jamais. On peut invoquer les fatigues de l'allaitement, les soins absorbants à donner à l'enfant, mais ces raisons ne valent plus lorsqu'il s'agit de femmes de classe aisée à laquelle toutes ces causes de surmenage sont épargnées; nous serions tentés de considérer la grossesse en elle-même comme ayant une action véritablement spécifique pour le développement du syndrome, et ce n'est pas seulement par des causes mécaniques qu'elle peut intervenir. A ce moment on note un amaigrissement qui peut aller jusqu'à 15 ou 20 livres et la femme ne retrouvera plus jamais son poids de jeune fille, puis vont apparaître les troubles digestifs, nerveux, génitaux qui feront d'elle « l'éternelle blessée » dont parle Michelet. Un traitement approprié peut rétablir l'équilibre, mais celui-ci reste toujours instable. Une nouvelle grossesse, des perturbations émotives, des conditions de vie moins favorables, suffisent pour le rompre à nouveau.

Après la ménopause il n'est pas rare d'observer une transformation favorable, bien des symptômes pénibles disparaissent, et nombre de femmes jouissent alors d'une santé qu'elles n'avaient jamais connue.

La question que l'on doit se poser maintenant est de savoir si l'état que nous venons de décrire et qui marque d'une telle empreinte les sujets qui le présentent, les rend moins aptes à contracter certaines maladies et les prédisposent à en contracter certaines autres.

Il n'est pas douteux que certaines maladies soient chez eux particulièrement rares : il en est ainsi du diabète, de la goutte, de la lithiase urique, des néphrites chroniques, de la sclérose artérielle.

Il est plus difficile de dire à quelles maladies elles sont plus exposées. Pour certains auteurs l'ulcère gastrique et duodénal seraient plus fréquents chez elles par suite de leur tendance à la vagotonie, ces faits sont discutables. La vulnérabilité de leur système nerveux les prédispose-t-elle aux maladies nerveuses organiques ou aux psychoses, la chose nous paraît probable mais pas encore complètement démontrée (1). Par contre tous les auteurs, et en particulier les auteurs allemands s'accordent pour reconnaître que la grande maladie qui les menace c'est la tuberculose. C'est là un problème qui mérite d'être étudié de plus près.

***

Si l'on examine avec soin les antécédents des malades, l'on est frappé de la fréquence des manifestations tuberculeuses allant des plus bénignes aux plus graves chez leurs ascendants ou chez leurs frères et sœurs. Dans leurs antécédents personnels, on relève fréquemment des bronchites à répétition, des états mal définis étiquetés congestion pulmonaire, de la chlorose, parfois des manifestations non équivoques, pleurite, pleurésie avec épanchement, hémoptysie légère survenant sans fièvre, ni signes d'auscultation.

Enfin, chez un certain nombre relativement peu élevé d'ailleurs, une tuberculose évolutive vient parfois d'une façon inattendue terminer la scène.

D'autre part, l'habitus extérieur des malades, leur pâleur spéciale, leur amaigrissement, leur hypotension artérielle, leur état de dystrophie générale font penser immédiatement à la tuberculose.

Mais ici deux interprétations sont possibles. On peut penser que la tuberculose est venue secondairement chez ces malades, favorisée par leur état de dénutrition. L'on peut croire aussi que la tuberculose est à la base du syndrome et que celui-ci n'en est que l'expression clinique. Cette dernière opinion nous paraît la seule admissible. Pour en faire la preuve, il faudrait que, dans tous les cas, l'on puisse mettre en évidence des lésions dues au bacille de Koch. Cela est possible pour un grand nombre. Mais il faut bien savoir que ce ne sont pas les signes ordinaires de la tuberculose évolutive qu'il faut s'attendre à trouver ici. Comme nous l'avons déjà dit, rien n'attire au premier abord l'attention du côté de l'appareil respiratoire, les malades ne toussent pas, ne crachent pas, et un examen superficiel ne montre aucune modification très apparente de la respiration. Une exploration minutieuse et méthodiquement conduite mettra cependant en évidence des signes qui conduiront au diagnostic.

A la palpation, on notera la présence de points douloureux que la malade n'accusait pas spontanément, au niveau des espaces intercostaux, des scissures, de la fosse sus-épineuse, des régions sus-claviculaires. On trouvera souvent une tuméfaction des ganglions du creux de l'aiselle ou de la région cervicale.

La percussion pourra montrer une diminution de la sonorité à l'un des sommets.

A l'auscultation, on notera toute la gamme des anomalies respiratoires que Grancher assignait à tort au début de la tuberculose : inspiration faible, rude et basse, expiration prolongée et soufflante, surtout dans les espaces interscapulo-vertébraux,

(1) Dans un travail récent du plus haut intérêt, les docteurs Pascal et Davesne ont montré qu'il existait un terrain spécial qu'ils ont dénommé la diathèse psychocolloïdoclasique. Ce terrain lié à des modifications humorales d'ordre anaphylactique serait à la base des névroses et des psychoses. La syphilis héréditaire jouerait un rôle prépondérant dans sa constitution. Nous croyons que la tuberculose latente exerce une action au moins aussi importante que celle de la syphilis. (Pascal et Davesne. *Traitement des maladies mentales par les chocs*, Masson, éditeur.)

une fine crépitation pleurale sera parfois perceptible aux sommets.

Mais ces signes sont souvent légers et perceptibles seulement pour une oreille exercée, ils peuvent manquer; combien plus importante est l'exploration radiologique. La radioscopie précisera les anomalies de la cinématique respiratoire, la déformation unilatérale du diaphragme, l'effacement d'un sinus, la diminution de l'ampliation thoracique d'un côté, le défaut d'éclairage d'un sommet à la toux. La radiographie seule permettra une étude complète du médiastin et des plages pulmonaires. Nombreux sont les signes qu'elle pourra mettre en évidence : épaississement des ombres hilaires avec points crétacés, arborisation de sclérose péri-bronchique, nodules opaques uniques ou multiples au niveau des sommets ou sous la clavicule, voiles légers partiels, bandes fibreuses scissurales, etc. Ces diverses constatations plaideront en faveur d'une atteinte tuberculeuse frappant le hile, les plèvres, le parenchyme pulmonaire.

Sans doute, il s'agit là de lésions très discrètes et qui témoignent d'une résistance particulièrement grande de l'organisme à l'infection tuberculeuse. On parlera, dans ces cas, de pleurite, de tuberculose abortive, de tuberculose fibreuse, mais si ces lésions sont, dans la grande majorité des cas, incapables d'évoluer, les bacilles qu'elles renferment sont toujours actifs et par les toxines qu'ils sécrètent, ils peuvent influencer profondément l'organisme tout entier, créant cet état de dystrophie, d'infantilisme persistant qui est à la base du processus.

Ainsi s'expliquerait l'évolution si spéciale de la maladie, l'apparition des premiers symptômes au moment de l'adolescence (phase si critique pour l'éveil d'une tuberculose jusque-là silencieuse), leur aggravation au moment des règles et surtout après les grossesses dont l'action anergisante est aujourd'hui bien démontrée. Il nous est arrivé de faire prendre la température au moment des paroxysmes de la maladie et de constater l'existence d'un état subfébrile, d'ailleurs complètement ignoré des sujets qui se prolongeait parfois pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois témoignant d'une activité accrue des bacilles de Koch. Il peut d'ailleurs arriver un moment où, sous l'influence de la dénutrition engendrée par les troubles digestifs, la résistance organique du sujet fléchit, alors apparaît une tuberculose évolutive qui emporte plus ou moins rapidement la malade. La possibilité d'une pareille éventualité, d'ailleurs pas très fréquente, doit toujours être présente à l'esprit du médecin. On pourrait lui faire grief de son défaut de perspicacité si rassuré par un examen clinique trop sommaire, il affirmait qu'aucune complication n'est à craindre du côté des poumons.

Disons, en terminant, que nous nous sommes inspirés dans ce travail de plusieurs travaux récents, en particulier de la thèse de Pellorce (1) et de l'important ouvrage de Rieux (2). Plus particulièrement, nous sommes redevables au docteur Francis Neckel d'avoir, à propos d'une malade qui nous lui avions adressée, attiré notre attention sur les manifestations polymorphes de la tuberculose latente. Dans un travail récent (1), du plus grand intérêt, il vient de montrer que celle-ci était à la base de troubles nutritifs, maigreur et obésité considérés jusqu'ici comme constitutionnels. Plusieurs de ses observations cadrent entièrement avec les nôtres.

Dans un prochain article, nous étudierons quelles conséquences comportent au point de vue du traitement les données nouvelles que nous venons d'exposer dans ce travail.

(1) PELLORCE. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire fibreuse, *Th. de Lyon*, 1925.

(2) J. RIEUX. *La tuberculose pulmonaire latente*, Doin, éditeur, 1926.

(1) A. HECKEL. La moitié des cas de maigreur et d'obésité sans causes et dites constitutionnelles relèvent de la tuberculose latente ou guérie. *Revue de Pathologie comparée*, 5 sept. 1926.

ACTUALITÉS

LES INJECTIONS DE SALICYLATE DE SOUDE

On pouvait croire que le salicylate de soude, médicament déjà ancien et d'un usage quotidien était connu dans toutes ses propriétés et dans toutes ses applications. L'ingéniosité de quelques chercheurs et l'apparition, dans ces dernières années, d'affections jusqu'ici rares et mal connues ont permis d'étendre son domaine thérapeutique. A noter aussi que, dans ces divers cas, on a mis en usage un mode d'administration jusqu'ici inemployé. Les injections sous-cutanées de salicylate de soude, trop douloureuses, n'étaient pas employées; les *injections intramusculaires* sont, au contraire, parfaitement supportées; il en est de même pour les *injections intraveineuses* moyennant les précautions nécessaires. Ces modes d'administration donnent d'aussi bons résultats que la voie digestive et permettent d'éviter certains des inconvénients auxquels elle expose.

Propriétés physiologiques. — Le salicylate de soude possède une *action locale irritative* intense, tout au moins en solution concentrée; irritant pour la peau où il peut causer un érythème, il ne l'est pas moins pour l'hypoderme et pour les muqueuses, en particulier les muqueuses digestives.

A petite dose, il exerce sur toutes les cellules une action frénatrice de la nutrition; il semble cependant exagérer la sécrétion de certaines glandes : action diurétique vis-à-vis du rein; action cholagogue vis-à-vis du foie. Cette dernière notion est toutefois contestée par Nissel, Mandelstam, Winogradow et récemment de Nunno; les faibles doses n'agiraient, en réalité, que sur l'excrétion de l'eau et non sur celle du résidu sec.

Décomposé par l'acide chlorhydrique de l'estomac le salicylate de soude se reconstitue dans l'intestin, où il est absorbé sans modifications. Il circule dans l'organisme, imprègne tous les tissus et se répand dans tous les exsudats normaux ou anormaux.

La prédilection que lui avait attribuée Pouchet pour les tissus articulaires et périarticulaires a été récemment mise de nouveau en évidence par P. Carnot et Coquoin au moyen des rayons ultraviolets; ils ont noté la fluorescence provoquée au niveau des tendons, des aponévroses et dans les cartilages articulaires.

Le salicylate est éliminé par le rein dès la dixième minute qui suit son absorption, élimination qui se prolonge un temps variant de vingt-quatre à huit heures selon qu'il s'agit de petites ou de fortes doses.

Intoxication. — Les troubles toxiques peuvent

apparaître pour des doses de 8 à 10 grammes, inférieures cependant au maximum journalier inscrit au Codex 1908 (12 grammes). Mais il y a de grandes variations individuelles de susceptibilité et des accidents peuvent apparaître pour des doses beaucoup plus faibles. Avec 2-3 grammes, on peut observer *des signes d'intolérance* (sueurs, bourdonnements d'oreilles, troubles de la vue). Chez des sujets très susceptibles, on peut, à semblable dose, observer des accidents qui ne sont habituellement l'effet que de doses plus fortes : *signes gastro-intestinaux, hypothermie, dyspnée, tachyarythmie, défaillances.* Pour une intoxication caractérisée enfin, on trouve de *la tachycardie*, ou de *la bradycardie,* de *la cyanose*, des *vertiges*, des *troubles mentaux* (délire salicylé), de *la tendance aux hémorragies;* enfin, un *coma* acétonémique parfois mortel. C'est au développement de l'*acidose* que l'on tend actuellement à attribuer la genèse de tous ces troubles.

Du fait, sans doute, que les doses employées sont beaucoup moindres que par voie digestive, mais peut-être aussi, pour d'autres raisons encore obscures, les auteurs récents ont constaté que *le salicylate de soude introduit directement dans les muscles ou dans les veines étaient mieux supporté.* Son élimination se fait à peu près dans les délais classiques : début à la trentième minute, maximum à la première heure et durant jusqu'à la sixième et décroissance; fin à la onzième ou treizième. La peau et l'intestin éliminent le salicylate, mais ce sont *les reins* qui l'excrètent pour la majeure partie, notamment sous forme *d'acide salicylurique.*

Indications. — De l'aveu même des auteurs qui en ont été les promoteurs, l'administration du salicylate par injections ne saurait être considérée comme un procédé habituel; c'est la voie digestive qui demeure comme par le passé le procédé courant. Il convient cependant de recourir aux injections, soit secondairement lorsque *par voie digestive le salicylate est inactif ou mal supporté*, soit d'emblée : *lorsqu'on veut agir vite et fort, lorsqu'on veut tirer parti des effets locaux* : *effets antiseptiques*, *effets irritatifs.* A noter que l'administration du salicylate par injections n'est pas un obstacle à son administration par la bouche et que les injections intraveineuses n'excluent pas les injections intramusculaires simultanées; tous ces procédés peuvent se combiner et se renforcer dans certaines limites de posologie et de tolérance. Dans *le rhumatisme articulaire aigu grave* il y a avantage comme l'ont montré Lutembacher, Gilbert, Benard et Khoury à amener le salicylate *au contact de l'endocarde menacé ou atteint*, lorsqu'on veut faire tourner court l'infection rhumatismale ou lorsqu'il s'agit de formes *graves et récidivantes.* Le plus souvent, on emploie à cet effet des doses égales ou supérieures à 3 grammes. Mais on peut également lorsqu'il s'agit seulement de parer à l'intolérance gastrique administrer avec succès des doses beaucoup moindres qui ménagent un myocarde fragile plus que ne sauraient faire les doses administrées par la bouche, toujours plus considérables.

L'encéphalite épidémique où la thérapeutique est si désarmée semble l'indication principale et la plus intéressante aux injections de salicylate (Carnot et Blamoutier). Le virus encéphalitique est en effet neutralisé *in vitro* par l'adjonction de salicylate (Carnot et Harvier). Chez le lapin, le médicament arrête l'évolution de la maladie ou semble y rendre le terrain partiellement réfractaire.

Dans les formes aiguës, graves ou moyennes, il importe de commencer le traitement aussitôt que possible. On obtient l'abaissement de la température, le ralentissement du pouls, une atténuation de la céphalée et de la somnolence ainsi que des autres symptômes nerveux (myoclonie, chorée, signes oculaires). Pour Denéchau et Leroy, les formes hypersomniques seraient les plus accessibles au traitement salicylé; les formes avec coma donneraient moins de résultats. Les résultats ne semblent durables qu'à la condition que le traitement soit entrepris *assez tôt* et surtout *continué assez longtemps.* C'est, en effet, s'exposer à des reprises que de cesser le traitement salicylé moins de quinze jours après la disparition des symptômes.

Dans les formes chroniques prolongées ou dans les *séquelles* (Parkinson), de même dans les cas tardivement traités les résultats sont moins bons; il peut cependant y avoir des succès partiels atténuant les infirmités du malade.

Dans les reprises d'infection et les rechutes le salicylate semble jusqu'ici sans efficacité.

Dans les *scléroses en plaques* Foix, Chavany et Maurice Lévy ont signalé quelques cas d'amélioration symptomatiques sans parler de guérison vraie.

Maloney a employé les injections salicylées contre le psoriasis mais sans succès.

Sicard et Gaugier ont tiré parti dans la *cure des varices* des propriétés sclérosantes pour les veines du salicylate en solution concentrée; ce sel semble le produit de choix pour cet usage. La technique est la même que dans les autres injections sclérosantes, les résultats égaux; les accidents semblent moins fréquents. Les auteurs insistent sur la nécessité d'employer des doses suffisantes pour obtenir l'oblitération veineuse et non pas seulement une sclérose avec conservation de la lumière vasculaire.

Contre-indications. — Il faut s'abstenir d'injections de salicylate de soude, surtout intraveineuses, chez les hypertendus, chez les cardiorénaux, chez les cardiaques mal compensés, chez tous les insuffisants cardiaques même dépourvus d'œdèmes. Chez les albuminuriques la plus grande circonspection — sinon l'abstention — est nécessaire.

Technique. Posologie. — Il est indispensable de n'employer qu'un *salicylate très pur*, recristallisé, conservé dans des ampoules de verre spécial que la solution n'attaque pas. Les solutions doivent être fraîches, incolores (les solutions colorées en brun ou en violet exposent aux accidents de shock), neutres au tournesol, non effervescentes par l'acide sulfurique.

On se sert d'une ampoule stérilisée ou d'une seringue. L'aiguille qui sert à faire l'injection ne doit pas servir à approvisionner auparavant la seringue. Si l'injection est intraveineuse il est utile d'aspirer une petite quantité de sang avant de pousser l'injection.

L'injection peut être faite intraveineuse ou intramusculaire. Sauf naturellement pour le traitement des varices.

TAUX DES SOLUTIONS. DOSES. — *Solutions fortes.* — Celles dont on recherche en général l'*effet local* (varices); ce sont en général des solutions dans l'eau distillée.

Solution à 20 p. 100, sert surtout à tâter la susceptibilité du malade lors d'une première injection; on en administre 1 à 2 centimètres cubes.

Solutions à 30 p. 100 ou 40 p. 100 dont on se sert pour le reste de la cure, en injections pratiquées *tous les trois ou quatre jours.* On emploie en général jusqu'à *8 centimètres cubes de la solution à 30 p. 100*, jusqu'à *4 centimètres cubes de la solution à 40 p. 100* en y ajoutant 0g01 de novocaïne pour éviter les crampes. On peut s'attaquer à plusieurs paquets variqueux en même temps et administrer en une séance un maximum de 2 à 3 grammes de salicylate; la cure comprend cinq ou six injections.

Solutions faibles. — On en cherche les *effets généraux* (rhumatisme, encéphalite). Elles sont à des taux divers.

L'emploi de l'eau comme solvant donne des solutions irritantes; on emploie donc des solutions à 5 p. 100, 4 p. 100 (Carnot), dont il faut injecter une quantité notable.

Pour obtenir des solutions moins irritantes bien que plus concentrées on a eu recours au glucose : Solutions à 10 p. 100 de glucose et 10 p. 100 de salicylate ou mieux *solutions dans le sérum glucosé* (à 47 p. 1000). *Pour les intraveineuses* on emploie une *solution à 5 p. 100 de salicylate*; *pour les intramusculaires une solution à 10 p. 100 de salicylate.*

Dans les cas graves Carnot a donné jusqu'à 4 et 6 grammes par jour en deux ou trois injections intraveineuses et y ajoute des injections intramusculaires et une potion salicylée.

Le plus souvent on ne dépasse pas *chez l'adulte 3 grammes par vingt-quatre heures* répartis en deux injections intraveineuses de 0.50 et deux injections intramusculaires de 1 gramme.

Quelles que soient la dose et la voie choisies il ne faut pas donner plus de 2 grammes à la fois. *Les doses intraveineuses équivalent à des doses per os dix fois supérieures.*

L'enfant paraît bien supporter cette médication, l'élimination par le rein étant chez lui particulièrement rapide; la dose optima paraît chez lui dans les cas graves de 1g50 par jour (Denéchau) dont 50 centigrammes intraveineux; si l'injection est impossible au pli du coude on peut la faire dans la jugulaire. Le traitement par injections intraveineuses et intramusculaires simultanées doit être poursuivi huit à dix jours après disparition des symptômes; il est prudent d'en assurer le succès par un traitement *à dose d'entretien* de dix à quinze jours : *2 grammes intramusculaires et 4 grammes per os.*

Dans des formes prolongées d'encéphalite on recommence le traitement après deux à trois semaines de repos.

Accidents. — Même pour des doses assez fortes la tolérance paraît bonne; bourdonnements d'oreille, vertiges sont absents; chez l'enfant, on a constaté un peu de cyanose ou de bradycardie, tous accidents transitoires et que l'examen de la fonction rénale avant et pendant le traitement permet d'éviter.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1926)

Mécanisme de l'action tréponémicide du tellure. — MM. C. LEVADITI et S. NICOLAU. 1. Les modifications involutives des tréponèmes sous l'influence du *Te*, débutent déjà le deuxième jour; d'abord extracellulaire, l'involution se traduit par des altérations intéressant la régularité des ondulations et par l'apparition de boucles ou de grains terminaux.

2. A une phase plus avancée, les spirochètes touchés par le tellure s'altèrent davantage; ils se disposent en boucles ou en pelotons, se transforment en granules et sont phagocytés par les macrophages. La phagocytose est donc le moyen que l'organisme utilise pour se débarrasser des parasites déjà impressionnés par les métaux jouissant de propriétés curatives spécifiques (Levaditi et Twort). A moins que les boucles et les granulations constatées dans le cytoplasma des phagocytes ne représentent des formes de résistance, auquel cas, ces formes intraprotoplasmiques seraient à l'abri de l'action stérilisante des médicaments, ce qui expliquerait les récidives.

3. D'après les données analytiques, il apparaît que l'involution des spirochètes et la phagocytose sont en rapport direct avec la teneur du syphilome en tellure-élément.

4. Deux facteurs assurent la destruction involutive du tréponème au niveau du chancre chez les sujets soumis à la métallothérapie spécifique : *un facteur primaire* : la présence du métal en quantité infinitésimale là où la lutte antiparasitaire s'engage; *un facteur secondaire* : les moyens que l'organisme met en jeu pour se débarrasser des spirochètes, moyen parmi lesquels la phagocytose occupe la première place. Le rôle du métal consiste à exagérer dans de fortes proportions l'efficacité de ces moyens défensifs naturels (*action catalytique*, Levaditi et Girard).

Modifications de l'équilibre neuro-végétatif sous l'influence des radiations ultra-violettes. — MM. H. DORLENCOURT et L. GAROT. L'irradiation ultra-violette détermine des modifications importantes de l'équilibre neuro-végétatif. La réponse du réflexe oculo-cardiaque est après irradiation souvent considérablement diminuée, de plus de moitié chez beaucoup de sujets. Cette action est rapide et survient après quelques instants d'irradiation, elle semble plus marquée chez les sujets à prédominance vagotonique. Les processus qui relient l'absorption cutanée de l'énergie radiante aux modifications de l'équilibre vago-sympathique seront envisagés ultérieurement.

M. LAPICQUE. Comment est placée la lampe?

M. DORLENCOURT. Latéralement, à 0m80 de la tête, l'œil étant protégé contre les radiations lumineuses.

Inoculation de virus tuberculeux filtrant aux cobayes nouveau-nés. — MM. Fernand ARLOING et A. DUFOURT montrent que l'inoculation de virus filtrant peut, suivant son origine et sa virulence donner des résultats divergents. Dans un premier cas, le développement des jeunes cobayes se fait normalement, sans retard pondéral, dans un second cas, il y a retard d'accroissement de poids qui se compense ultérieurement après qu'a disparu l'allergie tuberculinique temporaire provoquée par le virus filtrant labile. Enfin, l'inoculation peut aboutir à l'hypotrophie et jusqu'à la cachexie des animaux après une période qui va de quelques semaines à deux ou trois mois; les ganglions renferment de nombreux bacilles.

Ces faits trouvent leur application chez l'enfant et montrent les diverses modalités cliniques que peut revêtir la transmission héréditaire du virus tuberculeux filtrant. Ils étayent encore les constatations des auteurs relatives à la pathogénie de certaines hypotrophies et atrophies d'enfants issus de mères tuberculeuses que viennent de confirmer pleinement MM. Calmette, Valtis et Lacomme, ainsi que MM. Couvelaire et Léon Bernard.

Forme éphémère curable de la tuberculose chez le cobaye après inoculation de virus filtrant. — MM. Henri DURAND, OURY et BENDA. En confirmation des faits récemment rapportés par MM. Arloing et Dufourt, les auteurs montrent l'existence d'une forme de tuberculose éphémère et spontanément curable et caractérisée par une chute pondérale régulière parfois considérable, sans autres phénomènes pathologiques et suivie d'un retour au poids initial et à l'état floride.

La réalité de cette forme établie par Arloing et Dufourt à l'aide de l'intradermo est établie ici par les auteurs par analogie d'abord et ensuite par l'existence des lésions tuberculeuses typiques chez des témoins inoculés avec le produit tuberculeux brut et avec le même filtrat.

M. F. ARLOING. Au sujet de ces expériences si intéres-

santes, je voudrais rappeler que souvent, il y a avantage à employer la tuberculine à dose plus concentrée que d'habitude.

L'évolution des testicules du bœuf après le talage et bistournage. — M. Retterer. Le *talage* ou *martelage* meurtrit le canal déférent et laisse la circulation du testicule intacte. Il produit la transformation du revêtement épithélial des tubes séminipares en un tissu conjonctif, d'abord à cytoplasma commun, puis en tissu réticulé.

Le *bistournage* qui consiste dans la torsion du cordon détermine des effets différents selon que les vaisseaux spermatiques seuls, ou avec eux, le canal déférent sont oblitérés. Après l'imperméabilité de l'artère spermatique, il y a nécrobiose lente du revêtement épithélial; mais si le canal déférent, plus résistant reste perméable, le bœuf *bistourné* approche encore des femelles en chaleur et cherche à les couvrir. Que la torsion détruise le canal déférent et l'artère spermatique, c'est l'atrophie des tissus testiculaires qui *en est le résultat*.

Sur le titrage de la tuberculine à l'œuf. — Mlle Gousartchik montre que la tuberculine au jaune d'œuf, titrée par le procédé de l'intradermo-réaction détermine des réactions égales à celles de l'Institut Pasteur; la partie active de la tuberculine à l'œuf semble résider dans le précipité formé par la culture, dans ce milieu, du bacille perfringens.

Essais d'immunisation antitoxique active et passive par voie buccale chez l'homme. — MM. G. Ramon et Chr. Zœller ont cherché quel pouvait être chez l'homme l'effet des anatoxines diphtérique ou tétanique introduites par voie buccale ainsi que l'effet du sérum antitétanique purifié, introduit par la même voie.

Les résultats obtenus par la voie buccale ont été négatifs, que les ingestions d'anatoxine aient été précédées ou non de l'ingestion de bile, que l'anatoxine diphtérique ou tétanique ait été employée pure, diluée ou carbonatée. Lorsque le sujet était réceptif, il a gardé sa réceptivité sans qu'on ait pu déceler de trace d'antitoxine humorale; lorsqu'il était immunisé et par conséquent très sensible à une stimulation spécifique, le taux d'antitoxine humorale est resté invariable.

Une seule fois sur vingt-huit, un sujet à réaction de Schick négative a présenté une variation dans le sens de l'accroissement.

L'ingestion de sérum purifié s'est montrée également inefficace, malgré l'ingestion préalable de bile. Ces résultats obtenus chez l'homme contrastent avec ceux que G. Ramon et Grasset ont réalisés chez le lapin et font voir une fois de plus qu'on n'est pas autorisé, sur la foi de faits expérimentaux, à conclure sans réserve ni enquête de l'animal à l'homme.

Sur l'immunité antitoxique active par voie buccale chez l'animal d'expériences. — MM. G. Ramon et E. Grasset montrent que l'immunité antitoxique active qui dans certaines conditions (doses massives d'antigène, ingestion préalable de bile) peut apparaître assez facilement chez le lapin, plus difficilement chez le cobaye, après l'administration par voie buccale d'un antigène tel que l'anatoxine tétanique ou diphtérique est une *immunité générale humorale*, dont la valeur est exactement représentée par la production d'antitoxine spécifique contenue dans le sérum de l'animal; elle apparaît dans les mêmes délais, présente les mêmes caractères que l'immunité qui fait suite à l'injection sous-cutanée du même antigène, elle est toujours moins prononcée que cette dernière.

Chez les animaux d'expériences, dans les conditions des essais effectués, la voie buccale est en ce qui concerne l'établissement de l'immunité active vis-à-vis de l'intoxication tétanique ou diphtérique du moins, même si l'on fait usage de bile qui a surtout pour effet de créer et de multiplier les portes d'entrée pour le passage des antigènes au niveau de l'estomac et de l'intestin.

Sur l'immunité antitoxique passive par voie buccale chez l'animal d'expériences. — M. Grasset montre qu'en faisant précéder l'ingestion de doses massives de sérum antitétanique ou antidiphtérique, soit purifié, soit ordinaire et dilué, d'une ingestion de bile, il est possible de conférer aux animaux d'expériences une immunité antitoxique passive; cette immunité est considérablement moins prononcée que celle que l'on détermine chez ces mêmes animaux en leur injectant sous la peau les mêmes quantités des mêmes sérums.

Ces résultats sont à rapprocher de ceux obtenus dans les essais analogues d'immunisation antitoxique chez l'animal d'expériences. Ils montrent qu'il y a toujours, en utilisant la voie buccale, une perte énorme d'antitoxine pour l'organisme cela malgré l'artifice de la bile qui, grâce à une action beaucoup plus mécanique que physiologique, favorise pourtant l'absorption et la résorption de l'antitoxine au niveau de l'estomac et de l'intestin.

Phénomène cutané allergique du type nécrotique obtenu chez le cobaye pour deux inoculations successives de filtrats tuberculeux. — MM. Robert Debré, Marcel Lelong et Henri Bonnet présentent un phénomène cutané nécrotique, analogue au phénomène d'Arthus ou au phénomène de Koch, obtenu chez le cobaye par injection, puis réinjection de filtrats de cultures de bacilles tuberculeux. Les deux inoculations ont été séparées par un intervalle de vingt-cinq jours. Après la première injection sous-cutanée aucune modification ni locale ni générale ne fut observée. Dans les jours qui ont suivi la seconde, les cobayes ont présenté, sans réaction générale appréciable, un très gros œdème local, dont le centre s'est escarrifié. Les cobayes avaient en même temps une intradermoréaction positive à la tuberculine au 1/50. L'un d'eux fut sacrifié : à l'autopsie, on ne trouva en dehors de la lésion locale cutanée signalée, aucune autre lésion ni viscérale, ni ganglionnaire.

LIVRES NOUVEAUX

Le Tempérament nerveux. Eléments d'une psychologie individuelle et application de la psychothérapie (1), par le docteur Alfred Adler. Traduit de l'allemand par le docteur Roussel

Le célèbre médecin viennois Alfred Adler, disciple et antagoniste de Freud, s'attache, dans cet ouvrage fondamental, à montrer que l'évolution psychique de l'homme et les déviations qu'elle subit, c'est-à-dire les névroses et les psychoses, sont déterminées par l'attitude qu'il adopte devant la vie.

C'est du degré de la déviation, c'est-à-dire de l'inadaptation au milieu, que dépendent la nature et le degré des troubles psychiques.

Le nerveux agit et réagit dans un univers qui n'est pas l'univers réel, mais un univers *fictif* que crée son imagination.

Ce qui est particulièrement original et intéressant dans la théorie du docteur Adler, c'est que, d'après lui, les troubles dont est atteint le nerveux ont leur source dans des faiblesses, des insuffisances ou des défectuosités *organiques* remontant le plus souvent à l'enfance et quelquefois même à la vie fœtale.

Ces faiblesses et ces défectuosités créent chez les sujets qui en sont affectés, en même temps qu'un *sentiment d'infériorité*, une sorte de « volonté de puissance », qui les pousse à s'affirmer, à imposer leur personnalité, à se conformer à un idéal qu'ils placent d'autant plus haut que leur sentiment d'infériorité est plus grand. Ils poursuivent cet idéal par des moyens souvent ingénieux, dans certains cas dramatiques, et ils ne laissent de provoquer dans leur milieu intime et social des incidents, des perturbations, voire des catastrophes dont chacun de nous a pu être le témoin.

C'est dire le prodigieux intérêt de cette étude, une des plus approfondies et des plus originales qui ait été écrites sur le *Tempérament nerveux*. Dans le monde d'après-guerre, si agité et si fiévreux, chacun a pu observer autour de soi le nervosisme croissant dans la vie des individus comme dans celle des nations qui caractérise notre civilisation. L'ouvrage du docteur Adler sur le *Tempérament nerveux*, n'intéresse donc pas uniquement le psychiatre ou le psychologue, mais aussi les artistes, les pédagogues, le grand public cultivé, tous ceux que préoccupent les grands problèmes de la vie moderne. Il est à prévoir que ce livre important aura en France le même retentissement qu'il a déjà eu en Allemagne et dans les pays de langue anglaise.

L. G.

(1) Un volume in-8 de la « Bibliothèque Scientifique ». Prix : 26 fr. (Majoration de 25 p. 100). — Paris, Payot, 106, Boulevard Saint-Germain.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

ÉTIOLOGIE. SIGNES. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

C'est un cancer *plus fréquent* qu'on ne le croit (20 p. 100 des cancers de l'utérus).

C'est un cancer de la *femme après la ménopause* (parfois à la ménopause même).

C'est un cancer qui présente :

Des caractères anatomo-pathologiques bien établis : *peu extensif*, *peu envahissant*, à l'opposé du cancer du col.

Une symptomatologie *extrêmement réduite*.

Une évolution *extrêmement lente*.

Un diagnostic basé sur un seul signe physique : la *biopsie*.

Un traitement à peu près exclusivement *chirurgical*.

ÉTIOLOGIE
ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. Parmi les circonstances étiologiques, retenir peut-être la multiparité.

Surtout l'*endométrite glandulaire,* l'adénome bénin de la muqueuse, tout état inflammatoire chronique qui a la valeur d'un état précancéreux, au même titre que la mastite chronique au sein.

B. Au point de vue anatomo-pathologique :

a. Il s'agit rarement :

D'un carcinome,

D'un sarcome,

D'un chorio-épithéliome bien spécial,

que nous envisagerons aux formes cliniques, ayant surtout en vue ici :

b. L'ÉPITHÉLIOMA CYLINDRIQUE, de beaucoup le plus fréquent,

Soit localisé, siégeant au fond, au niveau d'une corne, sessile ou pédiculé,

Soit diffus, intéressant progressivement toute la muqueuse.

La propagation en est tardive et lente, à l'inverse du cancer du col. Il y a :

1. *Modification de la paroi utérine.* — Classiquement, hypertrophie.

Pour d'autres, amincissement de la paroi que le cancer ronge.

A coup sûr, *friabilité* plus grande, mauvais tissus, obligeant à quelques précautions au cours de toute exploration instrumentale, comme à l'intervention.

2. *Arrêt du processus cancéreux au niveau de l'isthme.*

3. Envahissement de la voie lymphatique *utéro-ovarienne*, aboutissant aux ganglions *lombaires*.

Quelquefois, la voie basse est prise avec atteinte des ganglions hypogastriques et surtout *sacrés*.

4. *Tendance aux métastases*, signe bien particulier, l'opposant encore une fois au cancer du col.

CLINIQUE

Période de début.
Période de cancer confirmé.
Période terminale.

I. Période de début. — Les signes sont très peu nets, quoique assez typiques, pour un esprit averti.

En pratique, un signe *important*, *constant*, le *premier en date*, souvent le *seul* : l'HÉMORRAGIE qui commande un curettage explorateur, seul signe de certitude.

1. *L'hémorragie.* — Elle a des caractères spéciaux. Deux dates d'apparition :

Après la ménopause, l'attention est rapidement attirée vers ce signe anormal.

A la ménopause, se présentant alors comme une ménorragie inquiétant peu la malade, et d'une interprétation plus délicate.

Elle relève d'une *cause insignifiante*, à l'occasion d'un traumatisme quelconque, minime : injection vaginale, coït, examen génital ; parfois sans cause apparente.

Elle est dans la règle *peu abondante*, la femme perd plus ou moins, sang rouge ou noir, quelques caillots ; exceptionnellement abondante, malgré quelques paroxysmes.

Mais le caractère majeur de cette hémorragie peu abondante, réduite souvent à quelques gouttes, est d'être une hémorragie *continue*, caractéristique essentielle ; il n'est pas de jour où la femme ne perde pas, si peu que ce soit. C'est un suintement ininterrompu. C'est dire que le meilleur caractère en est donné par l'évolution.

Le diagnostic de cancer du corps au début, basé sur l'hémorragie, est fait par la surveillance attentive de la malade.

Telles quelles, ces hémorragies ont une importance *énorme*.

2. Il faut y ajouter deux signes inconstants, mais parfois contemporains, ou rapidement surajoutés :

Les écoulements,

Les douleurs.

Les écoulements. — Ils sont habituellement *minimes* (à l'inverse du cancer du col).

Ils sont séreux, blanchâtres, par hypersécrétion de la muqueuse, un peu malodorants.

Les douleurs, enfin ; elles seraient assez précoces, surtout par rapport au cancer du col.

Mais, au début, de même que les écoulements, elles ont souvent un aspect des plus banaux.

Soit pesanteur avec irradiations vagues, soit à type de coliques utérines plus caractérisées, avec douleurs lombaires et sus-pubiennes.

L'hémorragie reste, en réalité, le seul signe important de cette période ; sa continuité, élément majeur de diagnostic, est facilement mise en relief, la femme ne s'en inquiétant qu'au bout de quelques mois.

Examen physique. — Il est intéressant à pratiquer, par le peu de renseignements qu'il fournit.

Le col est indemne, parfois ramolli ou légèrement *entr'ouvert*.

L'utérus est *globuleux* ; alors que souvent on s'attend à trouver l'utérus atrophié de la vieille femme, en dehors de toute déviation utérine qui expliquerait l'augmentation de volume.

Il est d'une consistance égale, modérément ferme, indolore.

Il est *mobile* : les ligaments larges sont souples.

Hémorragie continue, peu abondante, après la ménopause, utérus globuleux.

Le curettage s'impose. — Après dilatation, curettage soigneux ramenant des débris de la muqueuse, où le microscope fera la preuve de la transformation maligne des éléments épithéliaux.

Pratiquement, à cette période de début, c'est là le seul moyen d'établir le diagnostic.

II. Période d'état. — La division en période de début, période d'état, est ici, plus que partout ailleurs, artificielle.

A vrai dire, pas de signes distinctifs, pas de signes nouveaux, si ce n'est l'accentuation des signes fonctionnels contrastant avec les signes physiques, toujours au minimum.

1. LES HÉMORRAGIES. — Elles persistent, avec leurs deux caractères principaux.

Toujours peu abondantes, malgré quelques paroxysmes, quelques exacerbations passagères et sans lendemain, toujours continues.

Elles inquiéteront et elles épuiseront la malade plus par leur continuité que par leur exagération fortuite.

2. LES ÉCOULEMENTS. — Ils subissent deux modifications :

Deviennent plus abondants et fétides par infection surajoutée ;

Ce sont des pertes rosées, sanguinolentes, rappelant les eaux rousses du cancer du col.

3. LES DOULEURS. — Elles sont vives, évoluent par crises dues :

Soit aux contractions utérines sur un bourgeon cancéreux (Schröder).

Soit aux douleurs névritiques, crises pseudo-névralgiques par compression, dont la preuve est faite par leur persistance après le curettage (Pozzi). Elles indiqueraient alors, en quelque sorte, un début de compression ou d'envahissement ganglionnaire.

L'ensemble de la symptomatologie, plus accusée, rappelle à ce moment celle du cancer du col. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Travaux de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière, publiés en collaboration par A. GOSSET, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de la Salpêtrière. 1re série. 1 vol. de 254 p., avec 118 fig. — Prix de base pour la France, 50 fr. En plus hausse variable (40 p. 100 juillet 1926). Prix fixe pour l'étranger, 2 dollars. — Paris, Masson et Cie.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.

Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION. — Le *Journal officiel* du 5 janvier 1927 publie la citation suivante :

« Le gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de Pierre-Joseph Falgairolle, chef de laboratoire de la clinique du professeur Ducamp, à Montpellier, jeune médecin doué des plue rares qualités de dévouement et d'une très haute conscience professionnelle.

S'est attaché au perfectionnement de la technique de la transfusion du sang. Poussant le dévouement jusqu'au sacrifice, a donné sept fois son propre sang pour des transfusions urgentes. Surmené par des excès de travail, n'a pu résister aux atteintes d'une maladie pulmonaire aiguë qui l'a emporté en quelques jours, à l'âge de vingt-sept ans. »

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de chef de laboratoire de radiologie s'est terminé par la nomination de M. le docteur Beaupère.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — La chaire de clinique des maladies des enfants s'appellera désormais chaire de clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge. (*J. O.*, 4 janv.)

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Par arrêtés du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, ont été nommés :

M. le docteur Legrand, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Fains (Meuse), en qualité de médecin chef de service à l'asile privé faisant fonctions d'asile public de Lommelet (Nord), poste créé.

M. le docteur Bauer, reçu avec le numéro 3 au concours des médecins des asiles en 1926, en qualité de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne), en remplacement de M. le docteur Guiard.

M. le docteur Hyvert, reçu avec le numéro 6 au concours des médecins des asiles en 1926, en qualité de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), en remplacement de M. le docteur Frey.

M. le docteur Carriat, reçu avec le numéro 7 au concours des médecins des asiles en 1926, chargé à titre provisoire du poste de Dury-les-Amiens (Somme), en qualité de médecin chef de service, à titre définitif dans cet établissement, en remplacement de M. le docteur Usse. (*J. O.*, 4 janv.)

GUERRE. — Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaire. — Les membres de cette Commission étaient jusqu'ici nommés pour une durée indéterminée. Un décret en date du 23 décembre 1926 (*J. O.*, 31 déc.) fixe la durée de ces fonctions à un an avec mandat renouvelable.

— Section technique du Service de santé. — Sont nommés membres externes : MM. les médecins principaux Spire, Jeandidier, Pasteur, Morisson; les médecins-majors Bellot, Cot, Cristau, Boyé, Pilod, Bolotte, Clavelin et Chaumet.

— (Active.) — Sont promus :

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Cohen-Jonathan, de la 19e région; Bousquet, du 124e d'infanterie; Loustric et Steullet, de l'École d'application du Service de santé militaire; Accoyer, des troupes du Levant; Biessy et Desfour, des troupes de Tunisie; Bouana, des troupes du Levant; Fulcrand, du 40e d'artillerie à Châlons-sur-Marne.

— (Active.) — Sont nommés dans le corps de santé militaire de l'armée active :

1° Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe, à dater du 31 décembre 1926;

2° Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe, sans rappel de solde, à dater du 31 décembre 1926 (loi du 6 jan-

vier 1923, modifiée le 24 décembre 1925), et par décision du même jour, reçoivent les affectations ci-après :

Les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire dont les noms suivent, diplômés pharmaciens (service) :

MM. Breton, hôpital militaire de Nancy; Dutard, hôpital militaire de Lille; Girard, hôpitaux militaires d'instruction de Lyon; Le Guillou et Martin, hôpitaux militaires du gouvernement militaire de Paris; Queginer, hôpital militaire de Bordeaux; Tuarze, hôpital militaire de Strasbourg.

MARINE. — Liste des élèves du Service de santé, reçus docteurs en médecine ou pharmaciens universitaires de 1re classe, affectés au corps de santé des troupes coloniales pour compter du 31 décembre 1926, désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Marseille (promotion 1922) :

A. *Médecins.* — MM. Freyche, Bordes et Mondain, Ecole de Bordeaux; Bonnet, port de Brest; Long, Buquet, Lanzalavi, Sainz, Guitton et Bigot, Ecole de Bordeaux; Labbé, port de Brest; Alain, Bonnetblanc, Gruvel et Hochstetter, Ecole de Bordeaux; Nicolas, port de Brest; Gourmelon, Ecole d'application de Marseille; Cabiran, Ecole de Bordeaux; Blocquaux, port de Brest; Le Tallec et Coussin, Ecole de Bordeaux; Besson, port de Brest; Saint-Etienne et Durand, Ecole de Bordeaux; Palud, port de Brest; Lieurade, Le Bouar et Dumas, Ecole de Bordeaux; Courtier, port de Brest; Moreau, Fournier, Kervingant, Favre, Talec, Valle, Pieri et Renaud, Ecole de Bordeaux; Grinsard, port de Brest; Vialard-Goudon, Balzeau, Passerieux, Huchon, Boullier et Morvan, Ecole de Bordeaux.

B. *Pharmaciens.* — MM. Bonnet, port de Rochefort; Provost, Cornec et Cosleou, Ecole d'application de Marseille. (*J. O.*, 30 déc. 1926.)

MINISTÈRE DES PENSIONS. — COMMISSION CONSULTATIVE DE PROTHÈSE ET D'ORTHOPÉDIE. — Sont nommés membres de la Commission : MM. Valentino, conseiller d'Etat, président; le professeur agrégé Rieffel, vice-président; les docteurs Clavelin, du Val-de-Grâce; Ripert, Roederer et Meneau.

STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES. — Le *Journal officiel* du 5 janvier 1927 publie la liste des stations hydrominérales et climatiques établie à la date du 1er janvier 1927.

Les stations hydrominérales ajoutées en 1926 sont : Niederbronn-les-Bains (Bas-Rhin) et Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure).

Les stations climatiques ajoutées en 1926 sont : Granville (Manche), Chatelaillon (Charente-Inférieure), Langrune-sur-Mer (Calvados) et Bugeaud (Constantine).

INSTITUT INTERNATIONAL D'ANTHROPOLOGIE (15, rue de l'Ecole-de-Médecine.) — Le dimanche 16 janvier 1927, à 15 h., dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de médecine, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe), réunion avec le concours de M. le docteur F. G. H. van Loon, professeur de psychiatrie et de neurologie à l'Ecole de médecine de Batavia.

Projections cinématographiques.

Ordre du jour. — I. Conférence de M. le docteur van Loon : Les psycho-névroses spéciales aux races malaises : L'amok et le lattah.

II. Le lattah (filmé pour la première fois).

III. Les Indes orientales néerlandaises; film de l'Institut colonial d'Amsterdam, commenté par M. le docteur van Loon : *a.* Le pays. La vie des indigènes; *b.* La vie des Européens aux Indes.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PATHOLOGIE MÉDICALE. (Professeur : M. SICARD.) — M. Lian commencera ses leçons le samedi 15 janvier 1927, à 18 h., et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre.

M. Brulé commencera ses leçons le lundi 10 janvier 1927, à 18 h., et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

GYNÉCOLOGIE. (Cours de perfectionnement. Hôpital Broca. M. le professeur J.-L. Faure.) — Du 17 au 29 janvier 1927. — Prix : 250 fr.

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE. (Hôpital Laennec. Dispensaire Léon-Bourgeois.) — MM. Rist et Ameuille commenceront ce cours le 17 janvier. — Prix : 150 fr.

Pour tous ces cours, s'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

HÔPITAL LAENNEC. — CONFÉRENCES DE CLINIQUE MÉDICALE PRATIQUE. — M. Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laennec, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Laennec (amphithéâtre Landouzy), une conférence de clinique médicale pratique.

La première conférence aura lieu le dimanche 16 janvier 1927. Elle aura pour sujet : « La claudication intermittente. »

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE DU DOCTEUR LORTAT-JACOB. — Leçons avec présentations de malades, chaque lundi, à 10 h. 30, salle Alibert, de janvier à avril 1927, avec la collaboration de M. Legrain, assistant de consultation, de MM. Roberti et Solente, assistants du dispensaire de syphiligraphie, de M. Breger, chef de laboratoire, et le concours de M. Fernet, médecin de Saint-Lazare, et de M. Gastinel, ancien chef de clinique de la Faculté.

HÔPITAL NECKER. — LEÇONS SUR LA CURIETHÉRAPIE ET LA RADIOTHÉRAPIE, du 11 au 29 janvier 1927, sous la direction du docteur Robineau, avec la collaboration de MM. Degrais, Gally et Herrenschmidt, chefs du Centre anticancéreux.

Des démonstrations pratiques, comportant un droit d'inscription de 250 francs, seront faites, pendant la durée des conférences, en français, anglais ou espagnol : Examen et traitement des malades.

S'inscrire dans le service.

CONFÉRENCES HEBDOMADAIRES. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1926-1927, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain).

Ces conférences sont publiques et gratuites.

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — COURS DE MORPHOLOGIE CLINIQUE. — Le docteur Louis Dubreuil-Chambardel commencera son cours de morphologie clinique le mardi 11 janvier, à 4 h., dans l'amphithéâtre de l'Ecole d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au-dessus du musée Dupuytren, et le continuera les mardis des mois de janvier et de février, à la même heure.

Ce cours sera consacré à l'étude anatomique et clinique des malformations congénitales du rachis. On y exposera plus spécialement les notions nouvelles sur la scoliose congénitale et les malformations du sacrum et du pelvis.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dormoy, médecin-major de 1re classe, médecin chef de l'hôpital de Meknès (Maroc) ; Maurice Ferry (de Paris) et Adler (de Lyon).

REVUE GÉNÉRALE

HISTOIRE DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Par M. PIÉRY,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Comme pour la plupart des localisations extra-pulmonaires de la tuberculose, l'histoire de la péritonite tuberculeuse ne date guère que du XIXe siècle; et encore faut-il attendre, pour sa connaissance anatomo-clinique un peu précise, l'ère des anatomo-pathologistes.

La raison de ce retard relatif qui place l'identification de la péritonite tuberculeuse très en retard par exemple sur celles de la pleurésie et de l'entérite tuberculeuse, de la phtisie laryngée, de l'adénopathie trachéo-bronchique, voire même de la méningite bacillaire, est assez simple, selon nous. La péritonite tuberculeuse est on le sait, en général, une localisation cliniquement primitive de l'infection tuberculeuse. Les observateurs anciens n'ont plus ici pour se guider la notion de la phtisie pulmonaire antécédente, fil conducteur qui a rapidement permis pour les localisations laryngée, méningée, intestinale de remonter à la maladie causale.

L'isolement de la péritonite tuberculeuse ne suit plus la marche hésitante et lente, mais tout de même qui se répète toujours pour les localisations extrapulmonaires de la tuberculose (1). On observe d'abord les troubles de l'organe intéressé, qu'on qualifie de phénomènes intestinaux ou laryngés *chez les phtisiques* et, bientôt, la découverte des tubercules étant observée, on en vient à parler, toujours tardivement il est vrai, de phtisie laryngée, de phtisie intestinale, d'arachnitis tuberculeuse, de pleurésie tuberculeuse.

Aussi, ainsi que le note Courtois-Suffit, à l'origine des premières notions sur la péritonite tuberculeuse, « c'est un chaos, et l'on trouve pêle-mêle, décrites toutes les péritonites chroniques sans distinction de variétés ou de formes. » De même, l'état morbide désigné aujourd'hui sous le nom de péritonite est-il à peine entrevu et confondu avec la gastrite et l'entérite.

Cependant comme, parfois, aux autopsies des phtisiques, on trouve de la péritonite, compagne habituelle d'ailleurs des ulcérations intestinales, nous assistons à l'identification de la péritonite tuberculeuse des phtisiques.

Mais il faudra attendre les solides études anatomo-chimiques qui n'apparaissent guère qu'après 1880 pour que soit à son tour parfaitement isolée et décrite la grande péritonite chronique de toute la séreuse, maladie des jeunes et des adolescents. Cette période moderne voit renaître simultanément aussi les travaux expérimentaux et le traitement chirurgical. Plus récemment, on met au jour les péritonites tuberculeuses localisées.

Enfin les acquisitions du XXe siècle vinrent compléter heureusement l'histoire de la péritonite tuberculeuse. Un peu plus tardivement ici que pour les autres organes, on étudie les localisations de la tuberculose inflammatoire, non folliculaire, sur le péritoine et, du même coup, nous assistons à l'extension considérable du rôle du péritoine dans la pathologie viscérale de l'abdomen sous la forme principalement des périviscérites tuberculeuses.

Cet exposé de l'évolution des idées sur la péritonite tuberculeuse comprendra donc trois étapes :

1° *L'isolement de la péritonite tuberculeuse, tant primitive que secondaire*;
2° *L'étude moderne de la péritonite tuberculeuse*;
3° *La découverte des localisations de la tuberculose inflammatoire sur le péritoine.*

I. L'isolement de la péritonite tuberculeuse.

I. LES ALTÉRATIONS DU PÉRITOINE. — La péritonite était mal ou peu connue des Anciens.

Au XVIIe siècle, on commence à signaler les lésions du péritoine. Hardert (1687) parle de lésions analogues dans le mésentère d'un hydropique. Morton, Baglivi ne s'occupent pas de la péritonite. Morgagni rapporte l'histoire de plusieurs affections de longue durée à la suite desquelles l'autopsie montra de graves lésions péritonéales (Courtois-Suffit).

II. LES PÉRITONITES CHRONIQUES (BICHAT 1802). — Les travaux de Bichat sur les membranes séreuses établissent les premiers la notion des péritonites. Après lui, Laënnec (1804), publie l'*Histoire des inflammations du péritoine*; et, vers la même époque Bayle achève de démontrer l'existence des péritonites chroniques. Puis viennent les travaux de Pillet et Savary (1809), de Testu (1820), de Hinel (1818), de Tissandie (1824), de Scoutteten (1824), qui décrivent la péritonite chronique avec une netteté de plus en plus grande.

Vers 1825, dit Tapret (1), la péritonite chronique était donc admise par tout le monde. On était à la veille de découvrir ses relations avec la tuberculose et le cancer (Courtois-Suffit).

III. DÉCOUVERTE DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE, PRESSENTIE PAR ANDRAL, ISOLÉE PAR LOUIS (1825). — Déjà dans son enseignement clinique Andral les avait signalées : « Dans le péritoine chroniquement enflammé, disait-il, se développent fréquemment diverses productions accidentelles et spécialement des tubercules. Là, mieux qu'en beaucoup d'autres organes, on peut suivre la formation de ces corps et remonter à leur étiologie. »

Simon Somerwant en 1825, sir John Baron et Louis montrent le rôle des tubercules.

Les travaux de Louis (1825) marquent une date mémorable dans l'identification de la péritonite tuberculeuse. L'illustre anatomo-clinicien démontre, en effet, que la péritonite chronique est, le plus souvent, l'apanage des tuberculeux et que l'infiltration se fait « quand les fausses membranes existent depuis un temps plus ou moins long ».

D'abord, ce sont les granulations grises qui apparaissent; « dès qu'elles se transforment en tubercules, il y a production immédiate de fausses membranes. » Enfin, Louis édicte sa loi fameuse « que les tubercules ne se développent pas dans un organe s'il n'y en a pas en même temps dans les poumons. » Louis, en même temps, fait une description magistrale des principaux symptômes de l'affection, la douleur, l'ascite, la forme du ventre, etc.

Chez les phtisiques Louis dit avoir observé l'*épan-*

(1) Voir pour l'évolution des idées sur la tuberculose : M. PIÉRY et ROSHEM. *Histoire de la tuberculose* (sous presse) [Bibliothèque de la tuberculose], Paris, G. Doin.

(1) TAPRET. Etude clinique sur la péritonite chronique d'emblée, *Th. de Paris*, 1878.

chement de sérosité dans le péritoine, vingt-deux fois c'est-à-dire sur la cinquième partie des sujets. « Les hommes en étaient affectés dans la même proportion que les femmes; et il n'était pas plus fréquent chez les sujets, dont le foie était gras et le mésentère tuberculeux, que dans les circonstances opposées ». Louis insiste également sur le développement d'une péritonite aiguë dans les quelques jours précédant la mort des phtisiques.

Il est curieux de noter que dans son *Traité de l'auscultation médiate*, même dans la seconde édition de 1826, Laennec ne fait aucune allusion à la péritonite complicative de la phtisie pulmonaire.

Puis viennent les travaux et les descriptions déjà modèles de Chomel, de Grisolle. Avec Empis, ces auteurs montrent, en outre, que presque toutes les péritonites chroniques sont de nature tuberculeuse.

IV. Réaction contre la fréquence de l'origine tuberculeuse des péritonites chroniques. [Tapret (1884), Lancereaux, Delpeuch (1883)]. — Cette dernière notion, acceptée pendant quelques années, sans discussion fut attaquée ensuite par Tapret (1884), Lancereaux, Delpeuch (1883). Ces auteurs démontrent l'existence de péritonites chroniques non tuberculeuses, mais cancéreuses, syphilitiques, etc., et de péritonites aiguës tuberculeuses.

Malgré ces justes restrictions il n'en subsiste pas moins l'opinion clinique que la péritonite chronique est presque toujours une tuberculose du péritoine.

On le voit, même après 1880, la péritonite tuberculeuse, généralisée et cliniquement primitive, est encore discutée. Et l'on n'est pas peu étonné lorsque parcourant le remarquable article de B. Spillmann et Ganzinetti sur les « péritonites » paru en 1887, dans le *Dechambre* de trouver encore de longues descriptions consacrées à la *péritonite chronique survenant à la suite d'ascite prolongée*, à la *péritonite chronique d'emblée simple*, à la *péritonite des alcooliques*. Et la présence de tubercules dans les fausses membranes de la péritonite chronique simple est encore interprétée par ces auteurs comme une tuberculisation secondaire du péritoine!

II. L'étude moderne de la péritonite tuberculeuse.

Dans ce dernier quart du XIXe siècle nous allons enfin, assister à l'étude clinique anatomo-pathologique, bactériologique et expérimentale de cette affection. Les thérapeutiques chirurgicale et médicale voient le jour.

L'étude clinique de la péritonite tuberculeuse. — La description complète de la maladie restait à faire; on n'avait pas assez mis en lumière la raison de la curabilité de certaines formes de péritonite tuberculeuse, curabilité parfaitement démontrée par les trois observations de Grisolle, de Bernheim (1877), et surtout celle de Spencer Wells, dont la malade subit la laparotomie par suite d'une erreur de diagnostic.

Curabilité de la péritonite tuberculeuse. [Boulland (1885)]. — La thèse remarquable de Boulland (1885) répondant à cette question, l'auteur divise ses observations en trois groupes, d'après lesquels il établit trois formes de péritonite tuberculeuse : la forme aiguë miliaire, la forme chronique ulcéreuse, la forme chronique fibreuse curable.

La tuberculose pleuro-péritonéale. [R. Lépine et Blanc (1882), Fernet (1884), Boulland (1885).] — La tuberculose péritonéo-pleurale paraît avoir été observée pour la première fois, à Lyon, par R. Lépine et Blanc en 1882. Ces auteurs rapportent dix observations de péritonite tuberculeuse avec pleurésie; six fois il s'est agi de péritonite primitive avec pleurésie consécutive et quatre fois les lésions pleurales se propagèrent ultérieurement au péritoine.

Charles Fernet, à la séance du 8 février 1884 de la Société médicale des hôpitaux de Paris, lit un important mémoire avec quatre observations sur la tuberculose pleuro-péritonéale. Son élève Boulland, devait, l'année suivante, dans la thèse que nous venons de citer, en rapporter 38 cas. Contrairement à l'opinion courante ces observations ne représentent pas que des formes à allure subaiguë : 6 cas se rapportent à la tuberculose péritonéo-pleurale aiguë, 6 cas à la tuberculose péritonéo-pleurale chronique mortelle, 10 cas ont trait à des tuberculoses péritonéo-pleurales fibreuses guéries, et 16 cas, avec autopsie, se rapportant encore à cette dernière forme.

Fernet et Boulland pensent que la tuberculose pleuro-péritonéale peut guérir et ce dernier cite 10 cas de guérison sur 36.

La forme ascitique. [Biat (1884), Marfan (1894)]. — Biat (1884) décrit la *péritonite tuberculeuse à forme ascitique*. C'est elle qui va se substituer à la péritonite chronique avec ascite des auteurs. Lentement d'ailleurs puisqu'en 1887 cette forme n'a pas encore droit de cité dans l'article du *Dechambre* sur les « péritonites ».

Il faut attendre le magistral article de Marfan, en 1894, sur la *péritonite tuberculeuse chez les enfants*, pour voir mettre en pleine lumière cette forme clinique de la péritonite tuberculeuse, assez comparable, semble-t-il, tout au moins pour le retard de son identification, à la pleurésie tuberculeuse aiguë primitive séro-fibrineuse.

Les péritonites partielles. — Entre temps les auteurs observaient les péritonites partielles. Ces descriptions commencées par Andral (1839) se continuent par diverses monographies parmi lesquelles nous signalerons le travail de Bernutz sur le pelvipéritonite (1857, 1862, 1874), celui de Foix (1874) sur les péritonites sous-diaphragmatiques, les mémoires de J. Bernutz (1875, 1880, 1884 à 1885) sur les pachypelvi-péritonites hémorragiques avec hématocèle; la thèse de Rouiller (1885) sur les kystes hématiques du péritoine.

La pelvi-péritonite tuberculeuse. — Mais pour ces péritonites partielles l'origine tuberculeuse est exceptionnellement admise. Seule fait exception la *pelvi-péritonite tuberculeuse*, au sujet de laquelle Brouardel émet cet aphorisme : « Le péritoine est le véritable réactif de l'état pathologique des organes génitaux. »

L'étude bactériologique et expérimentale de la péritonite tuberculeuse. — A la suite des expériences de Baumgarten et Gith qui reproduisent la péritonite tuberculeuse chez les animaux en leur faisant absorber, en même temps que des matières bacillifères des corps durs susceptibles de blesser la muqueuse, les auteurs croient à l'origine alimentaire de cette maladie, et cela par l'intermédiaire d'une entérite tuberculeuse. Mais les expériences de Dobroklonsky (1890), de Behring, celles plus récentes de Calmette, Guérin et Breton montrent que les lésions de la muqueuse intestinale ne sont pas

nécessaires et que la tuberculose intestinale (rare d'ailleurs au cours de la péritonite tuberculeuse), est alors secondaire à la péritonite et due à la propagation des processus tuberculeux.

Marfan (1894) établit, au contraire, l'origine sanguine qui paraît acquise de la péritonite tuberculeuse. L'origine lymphatique est invoquée par Brouardel, consécutivement à la tuberculose des organes génitaux; l'origine pleurale, qui semble découler de la loi de Godelier (quand il y a tuberculose du péritoine, il y a aussi tuberculose de l'une ou des deux plèvres) est controuvée par la statistique de Kœnig : la tuberculose pleurale fait défaut dans la moitié des cas de péritonite chronique.

Lévi-Sirugue, en 1898, reprend l'étude anatomo-pathologique. Selon la matière inoculée et le nombre des inoculations il reproduit, en outre, des formes différentes chez le chien.

La thérapeutique chirurgicale de la péritonite tuberculeuse. [Spencer Wells (1862), Kœnig (1884), A. Poncet et A. Pic (1890)]. — La thérapeutique n'est pas un des côtés les moins intéressants de l'histoire de la péritonite tuberculeuse. Fait curieux, la découverte du traitement chirurgical ne fut pas due à la constatation de l'insuffisance du traitement médical, mais à une erreur de diagnostic chirurgical.

La première intervention remonte à Spencer Wells qui, en 1862, pratiqua une laparotomie croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire. Le ventre incisé, le chirurgien ne trouva pas de kyste; il s'agissait d'une ascite tuberculeuse, le péritoine étant criblé de granulations tuberculeuses; on évacua le liquide et on sutura la plaie; une violente péritonite fut la cause de cette intervention; la femme guérit et quatre ans après elle put se marier. La guérison s'est maintenue depuis vingt-deux ans (Courtois-Suffit).

Mais c'est seulement en 1884 que König recommande la laparotomie comme moyen thérapeutique dans le diagnostic de la péritonite tuberculeuse. Il rassemble 131 observations de péritonites tuberculeuses laparotomisées et l'on constate qu'un quart environ des malades peuvent être considérés comme guéris.

Mais c'est surtout A. Pic, qui sous l'inspiration d'Antonin Poncet, met un point et réglemente l'*intervention chirurgicale* dans la péritonite tuberculeuse, dans un travail inaugural resté classique (1890).

Dans une importante statistique A. Pic montre l'importance des guérisons apportées par l'intervention chirurgicale. Ces guérisons qui sont presque la règle dans la *forme ascitique enkystée* (95,12 p. 100), et dans la *forme ascitique généralisée* (73,33 p. 100) restent encore à un taux élevé pour la *forme fibreuse sèche* (71,42 p. 100). La guérison est encore obtenue dans 42,85 p. 100 des cas de *forme ulcéreuse suppurée* toujours si grave. Dans la péritonite à *forme ulcéreuse sèche* la proportion des guérisons est nulle, par contre.

Les injections gazeuses (J. Teissier). — Joseph Teissier, interprétant l'action de la laparotomie exploratrice, préconise les *injections gazeuses* intra-péritonéales (air ou azote stérilisés).

Bouilly qui, vers 1896, s'était attaché à montrer, lui aussi, que l'affection décrite sous le nom d'*ascite essentielle des jeunes filles* n'était qu'une modalité clinique de la tuberculose générale, indique que cette forme est spécialement justiciable de la *laparatomie* et donne les résultats les plus surprenants confirmatifs des cas d'Antonin Poncet et A. Pic.

III. Les acquisitions du XXe siècle sur la péritonite tuberculeuse inflammatoire.

Au siècle passé, on connaissait donc les péritonites tuberculeuses : forme ascitique, forme ulcéro-caséeuse, forme fibreuse, le plus souvent généralisées, plus rarement localisées. Sur le terrain du péritoine, c'était toujours la double évolution fibro-caséeuse du tubercule.

Mais, on n'allait pas tarder à découvrir que la péritonite tuberculeuse pouvait prendre le type de simples lésions inflammatoires et fibreuses. Cliniquement, ces formes simulent généralement une affection viscérale, d'où l'explication, jointe à la banalité des lésions, de leur connaissance si tardive.

De plus, les traitements connus étant bien souvent insuffisants, on préconise des *médications nouvelles*, et surtout on perfectionne l'*héliothérapie*, qui devient la méthode de choix.

I. La tuberculose inflammatoire du péritoine : péritonites plastiques tuberculeuses : Paviot (1920), Savy (1922). — On connaissait depuis longtemps les réactions tuberculeuses plastiques, sèches, purement inflammatoires de la plèvre. Mais on devait mettre plus longtemps pour découvrir toute une catégorie de faits semblables se rattachant à de pareils manifestations du péritoine.

Déjà, en 1919, Castaigne et Paillard rapportaient des observations de péritonite sèche chez des convalescents de pleurésie. Mais c'est à Paviot qu'il appartient d'avoir incontestablement étudié, d'une façon complète, du point de vue tout à la fois clinique et anatomique, les *péritonites tuberculeuses plastiques* (thèse de Faujeas, 1919 et *Journal de Médecine de Lyon*, 1920). Cet auteur a montré qu'à côté des formes classiques ascitique, fibreuse et fibro-adhésive, il existe des formes sèches, anascitiques qui sont tantôt diffuses, tantôt limitées à une région diffuse quelconque du péritoine et pouvant simuler une affection viscérale. Cette péritonite plastique bacillaire se traduit anatomiquement et uniquement au début, par des exsudats avec rougeur et dépoli de la séreuse et, plus tard, par de petites taches blanchâtres, nacrées et étoilées de fins tractus fibreux, des brides et des membranes. Le plus souvent purement fibreuses, non folliculaires, ces néoformations peuvent exceptionnellement présenter quelques granulations ou tubercules.

Paviot décrit des formes *diffuses*. Mais les *formes viscérales* sont plus fréquentes : formes gastriques et biliaires (péricholécystites) décrites par Paviot (1920), Savy (1922), péritonite à syndrome de péri-typhlite (Paviot) pouvant imiter les affections intestinales les plus variées, depuis l'entérite muco-membraneuse jusqu'au cancer intestinal (péritonite latente, primitive simulant les affections chroniques de l'appareil digestif, Savy (1922). La pelvi-péritonite adhésive tuberculeuse purement inflammatoire est signalée par Duvergey (1910), Paviot (1920).

Il faut donc, désormais, admettre à côté de la pleurite primitive tuberculeuse (M. Piéry), une péritonite plastique primitive s'établissant d'emblée, en dehors de toute lésion viscérale initiale, et caractérisée par des lésions purement inflammatoires, non folliculaires.

L'acte chirurgical doit ici céder le pas à la thérapeutique médicale de la bacillose des séreuses et n'intervenir que dans les formes assez exceptionnelles de sténoses localisées, gastriques ou intestinales où la section des brides peut amener une sédation des symptômes (Savy).

II. Le traitement médical de la péritonite tuberculeuse. — Des méthodes récentes sont préconisées. Citons l'emploi du sérum de Jousset dans les formes ascitiques (1918), l'auto-hémothérapie préconisée par Mouriquand (1921), les injections de vapeur d'éther (Guillaumat). Weil et Loiseleur préconisent à nouveau les injections d'air (pneumo-séreuse thérapeutique) (1921).

L'héliothérapie que A. Poncet proposait déjà, en 1890, pour le traitement des tuberculoses péritonéales, est étudiée à nouveau au point de vue de ses indications et sa technique par Robert (1908), d'Œlsnitz (1921), Armand-Delille (1923), Bufnoir (1923). La radiothérapie est préconisée par P. Albert Weil (1917).

Telle est la progression historique des acquisitions qui ont fait de la péritonite tuberculeuse l'affection qu'elle est aujourd'hui. De cet exposé résultera, nous l'espérons, la démonstration de cette vérité, à savoir que si l'exposé didactique d'une maladie sur le plan classique peut permettre d'apprendre à connaître cette dernière, seule l'étude historique des apports plus ou moins laborieux de chaque époque, avec leurs lenteurs voire même parfois leurs erreurs est capable de nous faire apparaître les assises fondamentales de la pathologie.

BIBLIOGRAPHIE

Andral. Péritonites chroniques, in *Clin. méd. de Paris*, 1840, t. II; — Péritonites partielles, *Ibid*.

Armand-Delille. L'héliothérapie marine dans les tuberculoses abdominales, *Bull. méd.*, 22 avril 1914, p. 403.

Baron (Sir John). *Recherches, observations et expériences sur le développement artificiel et naturel des maladies tuberculeuses*, Paris 1825.

Biat. Péritonite tuberculeuse à forme ascitique, *Th. de Paris*, 1884.

Blanc. *Th. de Lyon*, 1882.

Bouilly. De l'ascite des jeunes filles symptomatique d'une tuberculose génitale profonde, *Gaz. méd. de Paris*, 20 déc. 1896, p. 612.

Boulland (H.). De la tuberculose du péritoine et des plèvres, chez l'adulte, au point de vue du pronostic et du traitement, *Th. de Paris*, 1885.

Brouardel (P.). Tuberculisation des organes génitaux de la femme, *Th. de Paris*, 1865.

Bufnoir. Héliothérapie et tuberculose péritonéale, *Journ. méd. franç.*, juillet 1923.

Caussade. Etude sur la péritonite tuberculeuse, *Journ. des mal. de l'enf.*, 1888.

Courtois-Suffit. Maladies du péritoine, *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, 2e édition, t. IV, p. 647.

Cruveilhier. *Traité d'anatomie pathologique générale*, Paris 1862, t. IV, passim.

Delpeuch. De la péritonite tuberculeuse consécutive spécialement chez l'adolescent et l'adulte, *Th. de Paris*, 1883.

Duvergey. La pelvipéritonite tuberculeuse chez l'homme, *Paris méd.*, 10 août 1918. n° 32 ; — Tuberculoses pelviennes chez la femme, *Journ. méd. franç.*, juillet 1923, p. 285.

Empis. *De la granulie*, Paris 1865.

Faujas. Les péritonites plastiques adhésives d'origine tuberculeuse, *Th. de Lyon*, 1919.

Fernet. De la tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë, *Soc. méd. des hôpit.*, 1884.

Hallopeau et Rellier. *Acad. de méd.*, 1908.

Laennec. Histoires d'inflammations du péritoine recueillies à la Clinique interne de l'Ecole de médecine sous les yeux des professeurs Corvisart et Leroux, *Journ. de méd., de chir. et de pharm.*, an XI.

Louis (P.-Ch.). *Recherches anatomo-pathologiques sur la phtisie*, Paris 1825, Gabon et Cie.

Marfan. La péritonite tuberculeuse chez les enfants, *Presse méd.*, 1894, p. 131.

Paviot (J.). Les péritonites tuberculeuses plastiques, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 juin 1920.

Pic (A.). Essai sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans les péritonites tuberculeuses généralisées et localisées, *Th. de Lyon*, 1890.

Poncet (A.). Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, *Revue des sciences méd.* de Hayem, 1893, t. XLII, p. 271.

Poncet (A.) et Leriche (R.). *La Tuberculose inflammatoire*, Bibliothèque de la tuberculose, Paris 1912, G. Doin.

Pruvost (P.). Tuberculose du péritoine, *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. XVIII.

Savy (P.). La péritonite latente primitive simulant les affections chroniques de l'appareil digestif, *Bull. méd.*, 13 et 16 sept. 1922; — Les formes viscérales de la péritonite plastique tuberculeuse, *Journ. méd. franç.*, juillet 1923, p. 279.

Spillmann (P.). Tuberculose du tube digestif, *Th. d'agrégation*, 1878.

Spillmann (P.) et Ganzinetty. Art. péritonites, in *Dictionnaire Dechambre*, 1887.

Tapret. Etude clinique sur la péritonite chronique d'emblée, *Th. de Paris*, 1878.

Weil (P.-E.) et Loiseleur (J.). La pneumo-séreuse thérapeutique dans les péritonites tuberculeuses avec épanchement, *Soc. méd. des hôpit.*, 21 nov. 1920 et 16 déc. 1921.

LETTRE D'AMÉRIQUE

Au moment de reprendre, après une interruption de près de trois ans, le cours des Lettres d'Amérique, le signataire de ces lignes est obligé de faire la même constatation que fit naguère un spirituel caricaturiste pour journaux, un des « cartoonists » les plus connus d'ici. Obligé d'interrompre indéfiniment son travail, puis se trouvant capable, après un an, de le reprendre, il fit remarquer qu'en cherchant un sujet pour sa rentrée, il avait trouvé que les questions à l'ordre du jour n'avaient point changé, que les hommes poursuivaient toujours les mêmes buts, avec peu de variation dans les méthodes, et il consacra son premier dessin à l'idée que le « petit vieux monde » était toujours le même et que sa machine à penser, à lui, fonctionnait toujours de la même façon. Il nous semble que ce que Dink disait de la politique est aussi vrai du monde médical. Les sujets d'actualité aujourd'hui sont les mêmes que ceux d'il y a trois ans. Evidemment, il y a eu progrès dans mainte direction, mais aussi que de piétinements sur place! Il n'y a rien de tel qu'un intervalle assez long, mais pas trop long, pour donner la perspective correcte d'un regard en arrière. Voir de trop près fausse le jugement.

Et même — si j'en juge par la lecture des numéros récents de la *Gazette* — les problèmes d'Amérique sont les mêmes que ceux de France. Freudisme, éducation des enfants, éducation médicale, rapports de la médecine et des pouvoirs publics, tendance actuelle de la médecine vers l'impersonnalité scientifique en oubliant que le malade est un être humain et non pas seulement une agglomération de protoplasme, sont sujets aussi discutés d'un côté de l'Atlantique que de l'autre. Nous voudrions parler aujourd'hui de la *responsabilité civile des médecins*, sujet sur lequel le professeur Faure a attiré l'atten-

tion dans son discours devant le dernier Congrès de chirurgie.

Il n'est guère possible de juger à distance combien l'habitude des malades d'attaquer devant les tribunaux, avec demande de dommages-intérêts, tout praticien contre lesquels ils ont un grief réel ou (ce qui est de beaucoup le plus fréquent) imaginaire s'est développée en France. Mais les paroles du professeur Faure, regrettant que, depuis quelques années, les attaques soient devenues plus fréquentes, donne l'impression que le mal n'est point, à beaucoup près, aussi considérable en France qu'en Amérique, où il a pris les proportions d'un véritable fléau et où les Sociétés médicales ont eu à prendre des mesures pour la protection de leurs membres. Une statistique récente montre, qu'en 1925, près de sept cents actions pour négligence ou faute professionnelle furent intentées contre des médecins de l'Etat de New-York, ce qui donne une proportion d'une action par vingt praticiens. Ce n'est donc plus là, comme jadis, un « fait isolé » se reproduisant exceptionnellement, à longs intervalles, ce n'est plus même une tendance, c'est bel et bien une habitude — et une habitude très fâcheuse pour nous médecins.

Pourquoi cet « esprit nouveau »? Pour raisons tenant d'une part aux clients eux-mêmes, d'autres part aux changements subis par la profession médicale elle-même. Il est indubitable que les vingt-cinq dernières années ont vu les connaissances médicales — ou pseudo-médicales — du public s'accroître considérablement. Il en sait — ou croit en savoir — beaucoup plus au sujet des méthodes d'examen et de traitement que ceux des générations précédentes. Une partie de ce savoir a été acquise profitablement à l'école; une autre partie, qui pourrait être également profitable, mais, malheureusement ne l'est souvent point, a été ramassée dans les ouvrages de vulgarisation, dans la presse, un peu partout. Que ceci ait été compris et digéré, peu importe : le possesseur *croit* savoir et être capable de critiquer les méthodes employées et les résultats obtenus et il juge comme jugent ceux qui savent peu, c'est-à-dire sans pitié et sans appel. De plus, les difficultés croissantes de la vie ont aiguillé l'esprit d'une certaine classe de gens, plus nombreuse qu'on ne s'en rend compte, vers la nécessité de ne pas laisser échapper une source possible de capital. De là la faveur croissante des demandes en dommages-intérêts. On en demande non seulement quand on y a droit, mais encore quand il y a une simple chance qu'on pourrait y avoir droit. Et, naturellement, la médecine et la chirurgie, où il y a tant d'aléa, sont un domaine de choix pour ceux qui veulent cultiver ce genre de contentieux.

Mais toutes ces raisons n'auraient qu'une faible importance si les relations de médecins et malades n'avaient subi, en même temps, une profonde modification. Trois causes principales entrent en jeu ici : le fait que la médecine est devenue beaucoup plus une science et beaucoup moins un art qu'au temps jadis, la perte de l'équation personnelle entre médecin et client et — faut-il le dire? — la croissance du mercenarisme dans la profession.

L'assertion que l'évolution de la médecine vers des méthodes beaucoup plus scientifiques rend les médecins plus sujets aux attaques des clients est paradoxale à première vue, mais elle n'est point difficile à justifier. Le public entend de tous côtés et constamment l'éloge des progrès merveilleux de la science : il applaudit et se réjouit, mais il compte bien avoir le bénéfice de ces progrès et il devient instinctivement plus exigeant dans l'appréciation des résultats, car pour lui, ne l'oublions pas, il n'y a que ceux-ci qui importent : et quand une déception vient, il est beaucoup plus enclin à en demander compte. A celui à qui il a été beaucoup donné, il sera aussi beaucoup redemandé. En même temps les progrès de la médecine poussent de plus en plus à sa centralisation. La tendance est très marquée en Amérique de faire les établissements hospitaliers de plus en plus grands, car cela permet de les équiper de mieux en mieux et d'obtenir d'eux un maximum de rendement utile. Nous avons maintenant, aux Etats-Unis, des hôpitaux véritablement gigantesques, où rien, absolument rien, ne manque, au point de vue de la science : mais, dans ces institutions, le malade risque de devenir seulement un cas, un numéro. Ce qui mène directement à la seconde cause mentionnée plus haut, celle qui, à mon sens, demande le plus d'attention de notre part, à savoir la *diminution* voire la *perte,* de l'*équation personnelle* entre patient et praticien. Sur une base de science pure, les contacts entre les deux deviennent inévitablement différents de ce qu'ils étaient autrefois, au temps du médecin de famille, beaucoup moins savant, certes, que son confrère d'aujourd'hui, mais qui, en revanche, connaissait tout de la vie de son malade, de ses succès et revers, de ses joies et tristesses, de son passé physique et moral et, par conséquent était un confident et pouvait exercer un rôle psychique très important. Quoi qu'on en dise, l'éclat de la science pure ne remplace pas cette influence.

Quant au mercenarisme, que faut-il dire? C'est aussi une conséquence de la dureté des temps. Peut-être l'avons-nous plus ici en Amérique? Je ne sais. Il y a ici nombre de petites publications dont le but est de rappeler au médecin que, jusqu'à présent, il a été notoirement mauvais homme d'affaires, qu'il a été exploité honteusement, qu'il peut et doit se faire payer. C'est vrai, strictement vrai; mais, après tout, cette hypocapacité financière n'est-elle pas une des gloires de notre profession, en ligne avec l'altruisme et l'abnégation qui lui ont toujours appartenu jusqu'ici? Le jour où le médecin aura comme principale considération sa rémunération pécuniaire, la médecine cessera d'être une profession, elle deviendra un métier; certains ont d'ores et déjà franchi la ligne de démarcation. Lorsqu'un tel état de choses sera arrivé, le médecin n'aura point à s'étonner si on lui demande compte de ses résultats de la même façon qu'on en demande à un entrepreneur de travaux qui n'a pas accompli sa tâche de façon satisfaisante.

Tout ceci ne veut pas dire que l'auteur de ces lignes soit en faveur de l'état d'esprit qui, l'année dernière, a fait attaquer sept cents médecins de New-York. Ce n'est pas une approbation, ni même une justification, c'est simplement une explication. Beaucoup de ces actions sont intentées à tort et à travers, ne sont pas continuées ou sont perdues par les plaignants quand elles viennent devant la Cour de jugement. N'empêche que, même en cas d'issue favorable pour le médecin, cela veut dire beaucoup d'ennuis, de frais, de pertes de temps. Voilà pourquoi la *New York State Medical Society* a organisé pour ses membres un service d'assurances dont une forte Compagnie s'est chargée. Pour environ 40 dollars par an, le praticien est assuré pour trois actions par an, avec maximum d'indemnité de 5.000 dollars

dans chaque cas. On peut avoir plus ou moins, avec relèvement et abaissement correspondant des primes. Environ la moitié des membres de la Société ont manifesté leur intérêt dans cette question d'assurances. Cela est significatif, au point de vue de l'étendue du danger.

De fait, tout peut être cause pour procès. Il n'y a point de numéro du *Journal of the American medical Association* qui ne renferme le compte rendu d'un ou plusieurs cas. Fractures, hémorragie après ablation des amygdales, sinusite frontale suivie d'abcès du cerveau (compresse oubliée dans un sinus), alimentation trop hâtive après une gastro-entérostomie (*sic*), aiguille hypodermique cassée par un mouvement brusque d'une femme hystérique, tout fait bois, voire même l'inclusion dans une plaie abdominale d'appendicite de deux petits insectes entrés par la fenêtre d'une salle d'opérations. Ce dernier fait arriva, par une nuit de juin, dans l'état du Mississipi, où il fait chaud en été. Les plaignants furent d'abord déboutés de leur demande, mais la Cour d'appel cassa le jugement et ordonna un nouveau procès, déclarant qu'il fallait prouver que l'ouverture des fenêtres était une nécessité. Ce qui m'amène à remarquer que la jurisprudence n'est point toujours aussi favorable au médecin en Amérique qu'elle l'est en Europe. Ici, tous ces procès se jugent devant un jury. Le jury est le seul juge des faits. Le président de la Cour n'intervient que pour que tout se passe légalement et pour indiquer au jury quelle est la loi. Tout l'examen des témoins est fait par les avocats des deux parties. C'est au jury de décider — à l'unanimité — s'il y a eu négligence, s'il y a lieu à dommages-intérêts, et quel doit en être le montant. La jurisprudence est à peu près ce qu'elle est en France, *du moins dans ses grandes lignes* : le médecin est tenu d'avoir le savoir, la prudence et l'habileté *ordinaires* des médecins, du milieu dans lequel il exerce; ce qui veut dire que l'on a le droit d'exiger plus d'un spécialiste, ou d'un homme qui se prétend tel, que d'un praticien ordinaire. Le praticien n'est point sujet à dommages-intérêts pour simple erreur de jugement. Mais — et quel mais — une Cour suprême a récemment déclaré qu'une *erreur de jugement peut être si grande qu'elle est incompatible avec une habileté ordinaire et un soin raisonnable*. En l'espèce, il s'agissait d'une fracture de l'avant-bras chez un enfant : le chirurgien appliqua un appareil serré et *refusa de l'enlever*, malgré la douleur et le gonflement de la main; la paralysie ischémique lui coûta 10 000 dollars.

Une telle décision — et elle n'est point isolée — montre qu'ici au moins, la formule : « Il n'y a pas de faute lourde, il n'y a que des malheurs », aura du mal à se faire accepter. De fait — que mon maître J.-L. Faure veuille bien me pardonner — elle n'est point exacte pour tous. C'est une formule faite pour l'élite : or, tout n'est point élite en médecine; il y a dans les rangs des praticiens des ignorants et des incompétents. Du moins, nous en avons ici, en Amérique.

Que dire de celui qui, en présence d'un traumatisme du coude chez un enfant, déclare qu'il n'y a que luxation, qu'elle a été réduite, qu'il n'y a pas besoin de radiographie, alors que celle-ci, prise sur ordre formel du père de l'enfant, chirurgien lui-même, montre une grosse fracture à grand déplacement avec arête osseuse comprimant l'humérale? Ou de celui qui, ne connaissant rien de la chirurgie abdominale, entreprend une laparotomie au cours de laquelle se produit une hémorragie qu'il est incapable d'arrêter, à tel point qu'il est obligé de mander en hâte un chirurgien d'expérience qui, lui, l'arrête en deux minutes? Ou du médecin qui « oublie » d'examiner les urines de son malade avant de lui administrer de l'arsénobenzol et trouve deux heures après qu'il avait, depuis plusieurs années, une néphrite subaiguë? N'y a-t-il que « malheur » dans l'issue fatale de ce cas? Ou encore, que dire du médecin qui, en présence d'une éruption arsénicale, passe outre et aboutit à une septicémie générale mortelle après dermatite exfoliatrice? Ou même de celui qui, en présence d'une ulcération non indurée du pénis, déclare qu'il ne peut s'agir que d'un chancre mou et perd la seule chance que le malade pourrait avoir eu d'un traitement abortif si l'examen à l'ultramicroscope avait été pratiqué? Et ce ne sont pas là de simples cas de supposition. Ce sont tous des faits dont j'ai personnellement connaissance. Pas un d'entre eux, toutefois, n'a été l'occasion d'un procès.

N'y a-t-il pas faute lourde dans ces cas? Un jury de douze hommes de sens commun pourrait bien être enclin à décider que si. Ce n'est pas en répétant à l'infini une formule que nous nous protégerons contre la menace d'un procès. Ce serait simplement appliquer une ou plusieurs couches de peinture sur un mur sans tenir compte de la lézarde qui se forme au-dessous. C'est en maintenant une éternelle vigilance, c'est en faisant tous nos efforts pour rester en contact avec le moi humain de nos malades que nous garderons quelque chose de la situation du médecin — situation très privilégiée, quoi qu'on en dise — situation qui date du moment où il était en quelque sorte un collaborateur de la Providence, un confesseur laïque, un consolateur. Et l'altruisme et l'abnégation traditionnels de notre profession vaudront beaucoup mieux que toutes les assurances.

FAXTON E. GARDNER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1926)

L'adrénaline existe-t-elle à l'état totalement libre dans les capsules surrénales fraîches? — MM. G. MOURIQUAND et A. LEULIER.

D'où vient la virulence de la bave chez les animaux rabiques? — MM. Y. MANOUELIAN et J. VIALA. Parmi plusieurs individus mordus par un chien enragé les uns contractent la rage et les autres échappent à la maladie. Tout dans cette question dépend de deux facteurs : 1° les centres nerveux toujours virulents; 2° l'état de la muqueuse où les centres nerveux sont inclus. La bave n'est pas virulente si les muqueuses de la bouche et de la langue sont d'une intégrité parfaite, sans aucune fissure, sans la moindre éraillure. C'est à la faveur d'une lésion de la muqueuse que le parasite de la rage est inoculé dans la plaie de la morsure, éventualité malheureusement fréquente chez les chiens enragés.

Sur quelques faits nouveaux intéressant les théories actuelles de la vasomotricité. — MM. René LERICHE et R. FONTAINE. « L'étude systématique des phénomènes vasomoteurs consécutifs aux diverses opérations sympathiques (sympathectomie périartérielle, ramisection, ablation ganglionnaire) met en évidence des faits qui ont échappé jusqu'ici aux physiologistes et dont l'importance semble capitale pour la compréhension des phénomènes de la vasomotricité.

Si, par exemple, on sectionne tous les rameaux communicants allant à un membre, on observe après une augmentation très passagère (quelques heures) de la tension artérielle une chute considérable de celle-ci correspondant à une vaso-dilatation active qui dure quelques semaines puis disparaît peu à peu. Il y a sensiblement retour aux valeurs antérieures de la pression avec stabilisation définitive au voisinage des chiffres anciens, parfois très légèrement en dessous d'eux; assez rapidement, toutes les réactions vasomotrices habituelles, au bain froid et au bain chaud notamment, se font comme auparavant. Bref, il est impossible, au bout de quelques mois, de mettre en évidence un signe quelconque de paralysie ou de perturbation vasomotrice. Le retour à la normale est complet (1).

Ces phénomènes sont difficilement compatibles avec l'existence de nerfs centrifuges vasomoteurs.

Mais il y a plus : si l'on étudie ce que devient parallèlement la pression artérielle sur le membre du côté opposé, on a la surprise d'y constater des variations simultanées et de même sens qui ont la même évolution. Parfois de semblables modifications peuvent être relevées au niveau des membres non homologues.

Il devient, par suite, impossible de continuer de croire que les modifications de vasomotricité consécutives aux opérations sympathiques sont la conséquence d'une section d'éléments moteurs. Tout se passe comme si les actions vasomotrices étaient uniquement périphériques, sous la dépendance d'éléments ganglionnaires inclus dans la paroi des artères, les nerfs dits jusqu'ici vasomoteurs n'étant que des éléments d'association unissant ces centres muraux aux centres médullaires ou latéro-vertébraux. Il y a donc lieu de reprendre sur des bases nouvelles l'étude de la vasomotricité. »

Sur la virulence du sang dans la théileriose sud-africaine à Theileria parva. — MM. Edm. Sergent, A. Donatien, L. Parrot, F. Lestoquard et E. Plantureux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 4 janvier 1927)

Installation du bureau. — M. Paul Bar, président sortant, prononce le discours d'usage et rappelle les nombreux travaux de la Compagnie, ainsi que les discussions qu'il dirigea avec tant de tact et d'autorité pendant l'année qui vient de s'écouler. Il cède le fauteuil présidentiel à M. Gley.

M. Gley remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la présidence. Ce n'est pas la première fois qu'un physiologiste occupe le fauteuil présidentiel. Marey en 1900, Chauveau en 1913 l'occupèrent avec éclat. Le souvenir de ces illustres savants permet à M. Gley de montrer que la physiologie et la médecine sont inséparables.

En terminant, M. Gley fait un très bel éloge, très applaudi, de son prédécesseur qui fut pour l'Académie le meilleur des bergers.

Le paludisme dans les Dombes et en Camargue. — M. E. Marchoux. Le plateau mamelonné des Dombes constitue une partie de l'arrondissement de Trévoux. Il est recouvert par une couche superficielle d'argile qui empêche la pénétration des eaux de pluie. Il s'y forme de nombreuses cuvettes naturelles qui, de bonne heure, ont été transformées en étangs. Presque jusqu'à la fin du XIXe siècle ce pays inondé resta très paludéen. Jusqu'au XVIIIe siècle les étangs appartenaient au clergé ou à la noblesse; les paysans, ne disposant que d'un maigre bétail sans fourrage, réussissaient à peine, en travaillant nuit et jour, à payer leur fermage. Les chemins de terre fangeux et glissants ne permettaient pas d'écouler la récolte. Aussi la misère était-elle très grande et la mortalité considérable.

La vente des biens nationaux, les lois de 1792 et de 1807 sur l'assèchement des étangs, sur la vicinalité et la licitation, le dessèchement de 6.000 hectares au moment de la construction du chemin de fer de Bourg à Lyon, ont peu à peu transformé le pays. Aujourd'hui il est riche; il y a toujours beaucoup d'étangs, des millions d'anophèles et le paludisme a disparu. Les cas erratiques qu'on y rencontre ne provoquent pas de contamination autour d'eux.

La Camargue, formée par le delta du Rhône, est constituée par une île au sol très fertile. Déduction faite des parties inondées, elle mesure 56.000 hectares dont 16.000 seulement sont en culture. Les propriétaires sont riches et la terre cultivée rapporte beaucoup. La main-d'œuvre est recrutée parmi des étrangers, des Italiens, Espagnols, Serbes, etc., qui travaillent à forfait, se logent mal, se nourrissent insuffisamment et travaillent sans repos. Aussi le paludisme persiste-t-il partout. Il atteint les enfants et les étrangers. L'immunité s'acquiert dans le tout jeune âge, car on voit des nourrissons manifestement paludéens sans que les mères s'en doutent.

La Camargue ne peut être assainie qu'à condition d'être mise en valeur aussi bien que les Dombes. Mais ici il est indispensable de drainer le sol et de pratiquer, grâce aux eaux du Rhône, des irrigations larges. Avant tout il faut aménager un émonctoire à tout cet apport liquide. L'étang de Vaccarès peut servir à cet objet s'il se constitue un syndicat de propriétaires qui veuille assumer les frais qu'une pareille entreprise comporte. Les revenus qui en résulteront représentent un attrait suffisant pour les y inciter et un décret-loi récent les y encourage. D'autre part, nous avons tous intérêt à ce que le sol de France produise au maximum et à ce que le paludisme disparaisse là où il existe.

Comme conclusion, on peut avancer que le nombre des anophèles n'est pas fonction du paludisme et peut-être même que la maladie est d'autant plus rare que les moustiques sont plus nombreux. L'anophèle est avant tout un parasite des animaux. Quand il en trouve à sa portée facilement, dans des locaux obscurs à souhait et peu ventilés, il abonde; quand au contraire l'homme est sa seule proie il se multiplie difficilement, mais s'infecte et infecte à coup sûr.

Rapport annuel de la Commission permanente de l'hygiène de l'enfance. — M. Jules Renault.

Rapport sur les eaux minérales. — M. Meillère.

Etude sur l'appendicite parasitaire. — M. Caplesco a observé 105 cas d'appendicite parasitaire dans lesquels les parasites peuvent être seuls incriminés. Les lésions ne diffèrent pas de celles de l'appendicite commune, la symptomatologie est identique, il s'y ajoute des troubles nerveux réflexes, des prurits qui disparaissent aussitôt après l'opération.

Il existe des formes latentes qui guérissent par le seul traitement antiparasitaire.

L'auteur propose de changer le terme d'appendicite parasitaire pour celui « d'appendicite parasitée ».

Détermination de l'acide oxalique dans l'urine. — M. J. Khouri.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 24 décembre 1926)

Encéphalite épidémique grave traitée par les injections intraveineuses de salicylate de soude glucosé. Persistance de la guérison au bout de vingt-six mois. — MM. René Bénard, Marchal et Y. Bureau ont présenté, il y a deux ans, une malade atteinte d'encéphalite aiguë, à type choréique fébrile, à allure des plus graves, ayant abouti à sept jours de coma avec cachexie profonde, et qui avait été complètement guérie par une série d'injections intraveineuses de salicylate de soude glucosé. Ils ont continué à s'enquérir de l'état de santé de cette malade. Après vingt-six mois, la guérison s'est maintenue complète, et cette jeune fille qui assure l'été un service fatigant de femme de chambre d'hôtel dans une ville d'eaux des plus fréquentées n'a jamais présenté la moindre séquelle.

Hémorragie méningée à poussées successives chez une jeune fille (les rapports de la méningo-encéphalite hémorragique aiguë et de l'encéphalite épidémique). — MM. Léchelle et Alajouanine présentent une jeune fille de vingt et

(1) Quelquefois l'hyperthermie locale constante après l'opération persiste cependant un an après l'opération.

un ans chez qui, en février dernier, s'installa un syndrome méningé avec liquide céphalo-rachidien sanglant qui rétrocéda en trois semaines. En août, les mêmes phénomènes reparurent s'accompagnant alors pendant un mois d'agitation avec délire et insomnie. Ce syndrome passa par des alternatives de rémission et de reprise et céda au début d'octobre. A ce moment apparut une amaurose progressive par névrite optique, des troubles sympathiques des extrémités, enfin, plus récemment, un syndrome parkinsonien fruste.

A ce propos, les auteurs discutent les rapports de ce qu'on appelait naguère l'encéphalite hémorragique avec l'encéphalite épidémique d'après le cas présent où l'identité de nature peut s'affirmer.

Forme duodénale du cancer du pancréas. Diagnostic radiologique. — MM. Macaigne et Nicaud ont pu observer une forme très atypique de cancer du pancréas ne se manifestant par aucun des signes cliniques classiques. Les signes étaient ceux d'une sténose pylorique. L'examen radiologique a révélé une dilatation énorme de l'estomac et de tout le trajet duodénal; la sténose portait sur la quatrième portion et l'angle duodéno-jéjunal.

Le traitement de l'ulcère peptique par la méthode de Sippy. — M. Fr. Laporte rapporte les résultats qu'il a obtenus en cinq années de pratique de cette méthode. Il a fait le traitement de Sippy chez une centaine de malades atteints de dyspepsie hypersténique grave, d'ulcère de l'estomac et du duodénum avec ou sans sténose pylorique ou médiogastrique.

D'une façon générale, les résultats qu'il a obteuus sont excellents.

A propos de l'indice de désamination. Signification de l'indice de polypeptidémie et de l'indice de désamination. — MM. Puech et Cristol (de Montpellier).

Notices nécrologiques de MM. Moutard-Martin, Thibierge et Œttinger. — M. Rist.

Sur l'étiologie de certains cas de dilatation bronchique de l'adulte. — MM. Michel Léon-Kindberg et R. Kourilsky, dans plusieurs cas de gangrène pulmonaire à rechute dans nombre de cas de suppuration pulmonaire chronique, ont vu s'établir un syndrome clinique rappelant à s'y méprendre le syndrome décrit au cours de la dilatation des bronches. L'examen lipiodolé leur a plusieurs fois montré l'existence d'une ectasie bronchique à ses débuts ou nettement développée. Or, l'évolution des accidents les rattachait à une lésion aiguë, sphacélique ou suppurée; le passé pulmonaire paraissait rigoureux, vierge de tout épisode; il n'y avait aucune syphilis démontrable. On peut donc se demander si des lésions, plus ou moins parentes de celles que Laennec a bien vues chez l'enfant, ne peuvent pas se développer chez l'adulte.

(Séance du 31 décembre 1926)

Sur un syndrome de myohypertrophie cardiaque primitive avec hypoplasie surrénale, chez le nourrisson. Myocardie. — M. Jean Cathala. Après un anasarque généralisé, qui a pu faire penser à une néphrite aiguë œdémateuse, s'est développé chez un enfant de deux ans, un syndrome cardio-hépatique avec cyanose, œdème, tachycardie, tous signes d'une insuffisance cardiaque grave et rapidement progressive qu'il fut impossible de distinguer cliniquement d'un syndrome péricardique. Anatomiquement, deux constatations majeures ont été faites : 1° une hypertrophie diffuse du myocarde, poids 175 grammes, sans lésion valvulaire, sans symphyse péricardique, ni médiastinite, myohypertrophie pure sans lésions interstitielles diffuses, sans lésions nodulaires, sans lésions vasculaires, sans altération décelable de la fibre musculaire; 2° à part des lésions profondes du stade hépatique et pulmonaire, il n'existait d'altérations importantes qu'au niveau des capsules surrénales, qui présentaient une sclérose

prononcée de la médullaire. Les reins étaient histologiquement sains.

De tels faits de myohypertrophie pure chez le nourrisson ont été diversement interprétés par les pédiatres. Si la cause de l'hypertrophie reste parfaitement obscure, le brusque fléchissement qui conduit à une asystolie irréductible ne l'est pas moins. L'existence de ce fait comme dans les observations de Michaud, de Riesenfeld de lésions profonde de la surrénale rend peut-être compte de cette détaillance, qui peut être rapprochée de l'asystolie surrénale de Josué et Belloir. La myohypertrophie cardiaque primitive du nourrisson ne doit pas être considérée comme un syndrome particulier à cet âge, mais doit rentrer dans un cadre plus large, celui de la myocardie pure de Laubry.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1926)

Kyste séreux sous-péritonéal. — M. CHIFOLIAU, à propos d'une récente présentation de M. CADENAT, apporte un nouveau cas de kyste séreux, arrondi, uniloculaire, du volume d'un gros œuf d'autruche, qui avait été pris pour un kyste du mésentère ou un kste hydatique.

Ulcères perforés de l'estomac. — M. ROBINEAU fait un rapport sur une observation de M. HAUTEFAGE (de Roubaix) qui a opéré un ulcère perforé de la petite courbure huit heures et demie après le début des accidents; excision de la zone indurée gastro-entérostomie, puis drainage sus-pelvien, guérison. L'auteur a déjà opéré quatre cas avant cette observation qui ont donné une guérison et trois morts. Le rapporteur insiste sur l'utilité discutable dans un ulcère perforé de la petite courbure de la gastro-entérostomie complémentaire et du drainage sus-pelvien.

Tumeurs intra-musculaires. — M. LECÈNE rapporte un travail de MM. COURAUD et SEGUY, sur des tumeurs développées au niveau des masses musculaires chez un homme de trente-cinq ans, tumeurs du type fibrome œdémateux.

Cholépéritoine enkysté. — M. LECLERC (de Dijon), rapport de M. LECÈNE) a observé chez un jeune homme de quinze ans, projeté par une courroie d'usine et atteint de fractures multiples, une réaction abdominale importante, quinze jours après l'accident, avec douleur dans la fosse iliaque droite, vomissements, tuméfaction au niveau de l'hypochondre droit; l'auteur intervint et constata la présence d'un cholépéritoine enkysté, qu'il draina et tamponna; le malade guérit fort bien. M. Leclerc se demande par quel mécanisme la lésion s'est produite, rupture de la vésicule ou des voies biliaires? Le rapporteur fait un résumé de la question et insiste sur le fait que les sections longitudinales du cholédoque se réparent très bien, alors que les lésions transversales se fistulisent et ne tendent pas à la réparation spontanée.

Rupture du tendon du biceps. — M. LECÈNE fait un rapport sur une intéressante observation de M. FIEVEZ (d'Hazebrouck) qui, après avoir fait sa thèse sur ce sujet, présente un nouveau cas de rupture intracapsulaire du tendon de la longue portion du biceps brachial, survenue spontanément chez une femme de soixante-seize ans. Des photographies de cette lésion sont projetées.

M. Lecène discute l'utilité de l'indication opératoire chez des malades encore jeunes.

MM. ROBINEAU, THIÉRY, BAUMGARTNER, apportent des cas personnels de cette intéressante lésion.

Rupture de l'urètre périnéal. — M. MICHON rapporte un travail de M. DUBOUCHER (d'Alger) sur un cas de rupture de l'urètre périnéal après une chute à califourchon. Après cystostomie, l'auteur fit une suture de l'urètre, malgré quelques difficultés à trouver les deux bouts: la guérison survint et l'opéré resta guéri.

M CHEVASSU croit que le succès complet des interventions pour rupture de l'urètre est dû à la précocité de l'opération.

A propos des kystes synoviaux. — M. DUVAL présente un cas de kyste synovial du genou avec examen histologique montrant la dégénérescence du tissu conjonctif de la paroi du kyste.

— La prochaine séance aura lieu le mercredi 12 janvier.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1926)

Une observation de noma consécutif à des lésions pianiques des lèvres. — M. LE BOURHIS. Il s'agit d'un enfant indigène de Lome (Togo) présentant des lésions secondaires de pian sur le front, la région pectorale droite, les fesses et aux lèvres.

Au niveau de la commissure labiale droite, les lésions s'aggravent. Trois pianomes deviennent confluents et gangréneux, dénudant le maxillaire inférieur. Le sujet meurt en quelques jours.

Ue cas de rhumatisme d'origine dentaire. — M. ROUSSEAU DECELLE rapporte l'observation très intéressante d'un cas de rhumatisme ayant successivement résisté à tous les traitements pendant trois ans et qui guérit à la suite de l'extraction de toutes les dents malades.

Cette observation clinique, très détaillée, montre mieux que les expériences de laboratoires l'influence que peuvent avoir des foyers infectieux péri-dentaire sur l'état général.

Technique et indications de la stéréoradiographie intra et extra buccale. — M. DIOCLÈS expose les différentes techniques stéréoradiographiques modernes utilisables en stomatologie et particulièrement la téléstéréoradiographie qu'il a étudiée depuis plusieurs années.

Il démontre les avantages et l'utilité de ces méthodes dans nombre d'affections dentaires et para-dentaires dont il précise les indications avec présentation de radiographies stéréoscopiques à l'appui.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 10 AU 15 JANVIER 1927)

THÈSES

Mercredi 12 janvier. — Jury : MM. Teissier, président; Gosset, Mauclaire et Loeper. — M. LÉVY (N.). Etude sur la rougeole et la diphtérie. — M. DELORIÈRE. La disjonction traumatique de la symphyse pubienne.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Strohl, président; Lemierre, Nicolas, Panisset, Petit et Robin. — M. HÉRIOT. Conservation des viandes. — M. ROHR. Etude sur la pasteurellose équine.

Jeudi 13 janvier. — Jury : MM. Gilbert, président; Lecène, Nobécourt et Villaret. — M. MORONÈS. La lumière de Wood et ses applications. — M. GHOUILA-HOURI. Etude de la hernie lombaire. — M. MARTIN-GONZALÈS. Observations sur l'acrodynie infantile.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Dechambre et Moussu. — M. GODARD (Jean). L'élevage de l'autruche.

EXAMENS

Examens de chirurgie dentaire. — L'affichage pour la session de réparation aura lieu le mercredi 26 janvier.

Ouverture de la session le mardi 1er février.

Examens du N. R. (session de février 1927). — L'affichage pour la session de réparation aura lieu le mercredi 26 janvier.

Ouverture de la session le mardi 1er février.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

LE VOYAGE A LA MODE EN CETTE SAISON. — Le voyage à la mode à cette époque de l'année, c'est la route d'hiver des Alpes, d'Aix-les-Bains-Mont-Revard à Nice par autocar P.-L.-M., en trois étapes d'une journée chacune : Aix-les-Bains-Grenoble, Grenoble-Digne, Digne-Nice.

Des limousines du dernier confort, avec éclairage électrique et chauffage intérieur partent d'Aix-les-Bains les dimanche, mercredi et vendredi du 26 décembre au 28 février ; tous les jours, du 1er mars au 31 mai. Les départs de Nice ont lieu les dimanche, mardi et jeudi du 23 décembre au 28 février ; tous les jours, du 1er mars au 31 mai.

Les Agences et bureaux P.-L.-M. de renseignements, comme aussi les Agences de voyages, délivrent des billets combinés comprenant à la fois le parcours en chemin de fer et le trajet en autocar.



CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.

Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONSULTATIONS GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Sont désignés comme chefs de consultation : Hôtel-Dieu, M. Henri Bénard; Pitié, M. Faroy; Charité, M. Touraine; Saint-Antoine, M. P. Weil; Necker, M. Duvoir; Cochin, M. René Bénard; Beaujon, M. Weissenbach; Lariboisière, M. Pruvost; Tenon, M. Léon Kindberg; Laënnec, M. Jacquet; Bichat, M. Stévenin; Andral, M. Moreau; Broussais, M. Heuyer; Boucicaut, M. Rouillard; Trousseau, M. Richet; Bretonneau, M. Huber; Hérold, M. Hutinel; Ambroise-Paré, M. Flandin.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. Savy, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur de thérapeutique, hydrologie et climatologie à ladite Faculté. [Chaire vacante : M. Pic, dernier titulaire.] (*J. O.*, 9 janv. 1927.)

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — Ont été nommés professeurs agrégés :

Dans la section de pharmacie chimique et des sciences physiques et chimiques appliquées à la pharmacie : MM. Delaby, Fabre et Picon.

Dans la section de pharmacie galénique et des sciences naturelles appliquées à la pharmacie : M. Mascré.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. le docteur Bonvallet a été nommé chef de clinique chirurgicale de M. le professeur Brin.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général de 2e classe Barrat.

DISTINCTION HONORIFIQUE. — M. le docteur Bandelac de Pariente, l'un des fondateurs de l'U. M. F. I. A., vient d'être nommé grand'croix de l'ordre de la Beneficencia.

SANATORIUMS PUBLICS. — Les nouveaux traitements et les classes que comportent les emplois de médecins directeurs et de médecins adjoints des sanatoriums publics sont fixés ainsi qu'il suit :

Médecins directeurs :

1re classe	24.000 fr.
2e classe	22.250
3e classe	20.500
4e classe	18.750
5e classe	17.000

Ces traitements sont payés sur le budget de l'établissement.

Les nouveaux traitements fixés par le présent décret sont attribués à chaque fonctionnaire suivant sa classe respective. L'attribution de ces traitements est exclusive de la majoration provisoire de 12 p. 100 prévue par le décret du 29 août 1926; elle ne sera pas considérée comme un avancement et chaque fonctionnaire conservera dans sa classe l'ancienneté qu'il y a acquise. (*J. O.*, 6 janv. 1927.)

INSTITUT D'ANTHROPOLOGIE. — Dans sa séance du 24 décembre 1926, l'Institut d'anthropologie, sous la présidence de M. Louis Marin, ministre des Pensions et directeur de l'Ecole d'anthropologie de Paris, a élu membre titulaire M. Henri Fischer (de Bordeaux).

Parrains : MM. Paul-Boncour, Weisgerber et Capitan, du Collège de France et de l'Académie de médecine.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 17 janvier 1927, à 21 h., au Cercle militaire.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Les conditions de la statique du pied et l'aptitude à la marche », par le docteur Lardennois, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux, et M. le docteur Barthet.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE TECHNIQUE CHIRURGICALE. — Ce cours aura lieu au laboratoire d'anatomie chirurgicale de la Faculté de médecine, à partir du 1er février 1927, à 14 h., sous la direction de M. le professeur Cunéo. — Prix : 250 fr.

COURS COMPLÉMENTAIRE DE PHYSICO-CHIMIE. (M. le professeur André Strohl.) — Ce cours aura lieu à partir du 21 février. — Prix : 250 fr.

COURS DE SYMPATHOLOGIE. — M. Laignel-Lavastine, agrégé, commencera ce cours à l'hôpital de la Pitié, service 4, le mercredi 2 mars 1927. — Prix : 200 fr.

Pour tous ces cours, s'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercaedis et vendredis, de 15 à 17 heures.

COURS DE PERFECTIONNEMENT DE DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE, sous la direction de M. le professeur Jeanselme (hôpital Saint-Louis).

Le prochain cours de dermatologie aura lieu du 25 avril au 21 mai 1927.

Le prochain cours de vénéréologie aura lieu du 23 mai au 17 juin 1927.

Le prochain cours de thérapeutique dermato-vénéréologique aura lieu du 20 juin au 12 juillet 1927.

Un cours de technique de laboratoire aura également lieu durant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 250 francs.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris (Xe).

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures. On peut s'inscrire par correspondance.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Burnier, hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin.

COURS DE PHARMACOLOGIE. — M. le professeur Tiffeneau fera, le mardi 18 janvier 1927, la leçon inaugurale du cours de pharmacologie au grand amphithéâtre de la Faculté, à 18 h., et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à 16 h., à 16 h., à l'amphithéâtre Vulpian.

Sujet du cours : Modificateurs du système nerveux central et périphérique; modificateurs vasculaires; diurétiques.

HÔPITAL BEAUJON. — DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DE RADIOTHÉRAPIE PÉNÉTRANTE ET D'ÉLECTROTHÉRAPIE. — L'exposé clinique précédant les démonstrations pratiques aura lieu à 10 h., au laboratoire d'électroradiologie du docteur Aubourg : le mardi pour la radiothérapie (docteur Joly), le vendredi pour l'électrothérapie (docteur Vignal).

CONFÉRENCES HEBDOMADAIRES. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1926-1927, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain).

Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme. — Dimanche 16 janvier. M. le docteur Cantonnet, ophtalmologiste de l'hôpital Beaujon : La rééducation du strabisme.

Dimanche 23 janvier. M. le docteur Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis : Biotropisme et accidents médicamenteux.

Dimanche 30 janvier. M. le docteur B. Desplas, chirurgien des hôpitaux : Formes cliniques des pancréatites aiguës chirurgicales.

Dimanche 6 février. M. le docteur A. Mouchet, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis : Kystes essentiels des os.

Dimanche 13 février. M. le docteur Grenet, médecin de l'hôpital Bretonneau : Remarques sur le rhumatisme articulaire aigu.

Dimanche 20 février. M. le docteur Sainton, médecin de l'Hôtel-Dieu : Comment traiter un goitre exophtalmique.

Dimanche 27 février. M. le docteur E. Chabrol, médecin des hôpitaux : Technique et indications de la cure d'insuline.

Dimanche 6 mars. M. le docteur Labey, médecin de l'hôpital Lariboisière : Traitement actuel du cancer de l'utérus.

Dimanche 13 mars. M. le docteur Laignel-Lavastine, médecin de la Pitié : L'émotivité.

Dimanche 20 mars. M. le docteur Félix Ramond, médecin de Saint-Antoine : Le cancer du gros intestin.

Dimanche 27 mars. M. le docteur Lian, médecin de l'hôpital Tenon : Le troisième bruit du cœur (auscultation par les auditeurs à l'aide du télécardiophone).

Dimanche 3 avril. M. le docteur Robineau, chirurgien de l'hôpital Necker : La névralgie du trijumeau et son traitement chirurgical.

Il sera indiqué ultérieurement la fin des conférences de l'année scolaire 1926-1927.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DU MONT-DORE. — La place de directeur de ce bureau est déclarée vacante. Le traitement alloué est fixé à 2.400 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès), leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références. (*J. O.*, 8 janv. 1927.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Nayrolles, professeur à l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux; Delmas-Saint-Hilaire (de Bordeaux); E. Crussard, médecin-major de 1re classe en retraite, décédé à Constantine; A. Jeanne, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Rouen; Gouverné et Georges Quesneville (de Paris); professeur Antonio Cardarelli (de Naples), décédé à l'âge de 96 ans.

NOTES DE PRATIQUE

NÉPHRITE CHRONIQUE

1° Alimentation : Au premier déjeuner, 350 g. de lait et 30 g. de pain. — A midi, 200 g. de viande sans sel, 250 g. de légumes sans sel, fruits cuits, 80 g. de pain. — A 4 heures, tasse de lait. — Au dîner, bouillie sucrée, un œuf, 60 g. de pain. — Eau comme boisson.

2° Médications : 20 jours par mois, un cachet de 0g50, deux à trois fois par jour, de Théosalvose pure ou phosphatée. Les dix autres jours, chlorure de calcium (0g50 pro die) ou extrait de feuille de noyer (2 g. pro die en sirop).

3° Hygiène : Massages, frictions sèches au gant de crin, port de flanelle.

L'APOPLEXIE TRAUMATIQUE TARDIVE [1]

Par M. AUVRAY,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Laënnec.

L'apoplexie traumatique tardive, que les auteurs allemands ont décrite sous le nom de « traumatische spätapoplexie » et les auteurs anglo-américains sous celui de « delayed apoplexy » est une manifestation assez rare des traumatismes craniens, intéressante à la fois pour le chirurgien et le médecin-expert. Décrite d'abord en Allemagne par Böllinger, l'apoplexie traumatique tardive a déjà donné lieu à de nombreuses discussions et cependant bien des points restent encore à éclaircir dans son histoire.

Elle se présente généralement dans les conditions suivantes : le sujet a reçu sur la tête un choc plus ou moins violent; il n'a éprouvé sur le moment aucun trouble cérébral ou bien, ce qui est plus fréquent, il a présenté quelques phénomènes cérébraux sans gravité, tels que perte de connaissance momentanée, mal de tête, vertiges, et souvent il a pu même continuer de vaquer à ses occupations, *lorsque au bout d'un temps qui varie de quelques jours à plusieurs semaines et même plusieurs mois*, il est atteint d'accidents apoplectiques qui ont tantôt une marche rapide, parfois même foudroyante, tantôt et plus souvent une marche progressive. C'est la période plus ou moins longue qui sépare l'accident du moment où apparaissent nettement les symptômes d'apoplexie qu'on nomme *phase latente* ou *intervalle lucide*. Pendant cette phase latente, intercalaire, on trouve signalés assez souvent de petits troubles prémonitoires, tels que vertiges et céphalée persistante, vomissements, obnubilation cérébrale, affaiblissement de la vue, bourdonnements d'oreille, fatigue, qui précèdent l'apparition des accidents d'apoplexie. Ces troubles établissant une chaîne pour ainsi dire ininterrompue entre l'accident et l'apoplexie, ont une importance sur laquelle nous insisterons en étudiant le côté médico-légal de la question.

C'est un cas de cette nature qu'il nous a été donné d'observer et que nous rapportons ici.

OBSERVATION : Mme D..., âgée de soixante-deux ans, est tombée le dimanche 15 mai, dans la matinée, dans l'escalier de sa cave. Dans sa chute, la malade s'est fait de fortes ecchymoses dorsales, au niveau de la clavicule gauche et dans la région du cou à gauche. *La partie gauche du crâne a heurté violemment le bord d'une marche*; il en est résulté une plaie du cuir chevelu, plaie linéaire, longue de 3 centimètres environ et siégeant au niveau de la partie supérieure de la région pariétale gauche.

Il n'y a pas eu perte de connaissance; la malade s'est relevée elle-même et a gagné sa cuisine où elle s'est assise. Il n'y a pas eu d'otorrhagie, pas d'épistaxis, et il ne s'est pas produit dans la suite d'ecchymose conjonctivale.

Après sa chute, la malade assez fortement contusionnée de partout, se mit au lit, mais à ce moment, elle ne présentait aucun phénomène de paralysie et elle se souvient parfaitement de ce qui s'est passé après l'accident et des personnes qu'elle a vues.

C'est *le mardi 17 mai* dans la soirée, c'est-à-dire *deux jours et demi* après l'accident, que la malade s'est aperçue que son bras droit devenait maladroit et inhabile, puis se paralysait complètement. Pendant la nuit, la paralysie gagna de même le membre inférieur. La malade conservait néanmoins l'usage de la parole. Dans la journée du 18 mai, les lésions s'aggravèrent, l'intelligence devint obnubilée et le 19 mai, la malade était transportée à la maison de santé dans un état demi-comateux. Son état était le suivant : lorsqu'on l'interpellait fortement, la malade faisait entendre une sorte de grognement, puis retombait aussitôt dans sa torpeur; le coma n'était donc pas absolument complet. Il existait une paralysie complète du mouvement dans tout le côté droit du corps, avec signe de Babinski, mais la sensibilité était conservée du côté atteint, car la malade poussait un grognement quand on la pinçait fortement. Il n'existait aucune déviation du côté des yeux, mais une inégalité pupillaire très nette; la pupille gauche, c'est-à-dire la pupille du côté où avait porté le choc, était dilatée.

Il n'existait pas de respiration stertoreuse. Le pouls était à 67. La température à 36°8. La malade perdait ses urines; néanmoins, le cathétérisme put ramener une petite quantité d'urine qui fut examinée; elle ne contenait ni sucre ni albumine. Le cœur et les poumons étaient normaux; les artères légèrement flexueuses, mais encore souples.

L'intervalle lucide très net, de deux jours et demi, qui avait existé entre la chute et le moment où étaient apparus les premiers symptômes de l'état apoplectique, l'existence d'une hémiplégie progressive dans son évolution, hémiplégie qui siégeait du côté opposé à celui où avait porté le traumatisme, la dilatation de la pupille gauche, le pouls légèrement ralenti, la température normale me firent porter le diagnostic d'épanchement sanguin intra-cranien, consécutif vraisemblablement à la rupture de l'artère méningée moyenne.

Je décidai de pratiquer immédiatement la trépanation. Celle-ci fut faite après détermination de la scissure de Rolando sur la paroi cranienne, après anesthésie au chloroforme donné avec l'appareil de Ricard et hémostase préventive du cuir chevelu à l'aide d'un lien élastique qui entourait la base du crâne. Je traçai un large lambeau pariétal gauche à pédicule inférieur; sous ce lambeau rabattu, je pus explorer la face externe du crâne; il n'y avait aucun enfoncement, aucune fissure en regard de la plaie cutanée. Un orifice de trépanation fut créé dans la paroi cranienne et agrandi à l'aide de la pince gouge. La face externe de la dure-mère était normale; il n'existait pas d'épanchement extra-dural.

La dure-mère fut incisée; au-dessous d'elle, on ne constata la présence d'aucun épanchement susceptible de provoquer la compression du cerveau. A la surface des circonvolutions, il n'existait aucun foyer de contusion cérébrale, aucune modification dans la couleur et la consistance de la substance nerveuse, aussi loin que mes investigations ont pu porter. Il faut admettre, selon toute vraisemblance que la cause de la paralysie siégeait plus profondément dans la substance nerveuse elle-même, et qu'il y a eu hémorragie cérébrale. C'est la seule hypothèse vraisemblable, car lorsqu'on n'a rien trouvé soit en dehors, soit en dedans de la dure-mère, soit à la surface du cerveau, il faut bien admettre, même si on ne la voit pas, l'existence d'une lésion cérébrale profonde, expliquant les troubles de paralysie.

La dure-mère est suturée par points séparés; on assure le drainage à l'aide d'une mèche de gaze et d'un drain; on lie quelques artères cutanées. On suture le lambeau au crin de Florence; on termine par un pansement aseptique. Des injections sous-cutanées de sérum artificiel et de caféine sont pratiquées après l'opération pour relever la malade.

Le soir de l'opération, la température était à 36°9, le pouls légèrement accéléré à 90; la malade paraissait sortir de sa torpeur; le signe de Babinski persistait, mais l'inégalité pupillaire avait disparu.

Le 20, la température était, le matin à 37°8, avec un pouls à 110; le soir de 38°7, avec pouls à 133; la malade parlait et répondait aux questions qu'on lui posait. Elle remuait très légèrement le membre inférieur droit; le bras du même côté restait inerte; on fit le pansement.

Le 21, la température était le matin de 38°1, avec pouls à 130; le soir de 38°0 avec pouls à 130; l'état était le même que la veille; la malade urinait sous elle; on fait le pansement et on ne constate rien d'anormal.

Le 22, la température était le matin de 38°, avec pouls à 126; le soir de 38°5 avec pouls à 126; l'état de la malade reste le même, mais elle parle moins bien que les jours précédents.

(1) Une communication a été faite à l'Académie de médecine par M. Auvray, sur l'apoplexie traumatique tardive, à la séance du 14 décembre 1926.

Le 23, légère ascension thermique le soir; on retire la mèche, le drain paraît donner un suintement séro-purulent; on enlève un des crins à la partie supérieure de la plaie, en un point qui paraît tuméfié, et on voit sourdre à ce niveau une goutte de pus.

Le 24, apparaissent de légers mouvements du bras. Le phénomène de la main succulente existe très nettement.

Peu à peu, on assiste à la rétrocession de l'hémiplégie, les mouvements sont récupérés progressivent. La malade parle de mieux en mieux et sa lucidité d'esprit est complète.

Le 10 juin, elle soulève le membre inférieur droit au-dessus du plan du lit. Le 16, la malade marche soutenue par une infirmière.

Elle sortait bientôt de la Maison de santé, dans une situation très améliorée, mais non guérie d'une façon complète de sa paralysie; il y avait encore beaucoup à faire pour que la malade ait récupéré un état à peu près normal; mais l'amélioration se faisait sentir d'une façon continuelle. La plaie qui avait suppuré en un point de la suture était fermée. La malade était prévenue qu'elle portait une large brèche cranienne qu'on pourrait fermer ultérieurement.

Je l'ai revue chez elle, à Vaucresson, trois ans après son opération; son état est parfait; la paralysie du côté droit a complètement disparu; peut-être existe-t-il encore un peu d'asymétrie faciale. L'intelligence est complète; la malade parle très facilement et raconte son accident dont elle a gardé le souvenir. La force développée par la main droite paraît égale à celle du côté gauche. La marche se fait sans aucune difficulté. La malade travaille comme par le passé à son ménage. Elle raconte que le retour des mouvements s'est fait lentement, mais progressivement; un an après l'accident elle éprouvait encore une certaine difficulté à fermer les doigts et à serrer la main. Depuis l'opération elle n'a pas souffert de la tête, elle n'éprouve pas de vertiges, elle n'a jamais eu d'attaque; sa santé générale est bonne.

Voilà, donc, une femme qui, blessée le dimanche matin, a vu commencer les accidents d'apoplexie le mardi dans la soirée, après un intervalle lucide de deux jours et demi pendant lequel la malade a conservé le souvenir de tout ce qui s'est passé autour d'elle. L'*apoplexie s'est faite progressivement* et pour qu'elle soit constituée d'une façon complète, il a fallu trente-six heures environ.

L'opération nous a permis de constater qu'il n'existait d'épanchement sanguin susceptible de provoquer la paralysie par compression, ni en dehors, ni en dedans de la dure-mère dans les méninges molles, et qu'il n'existait pas non plus de foyer de contusion cérébrale sur la surface corticale du cerveau qui fut mise à nu sur une grande étendue. Nous pensons donc qu'il faut attribuer les troubles observés au développement secondaire d'une hémorragie intracérébrale; nous n'en avons pas la preuve absolue puisque heureusement la malade a survécu et qu'aucune constatation anatomique directe n'a pu être faite, mais nous ne voyons pas quelle interprétation différente on pourrait donner de ce fait, puisque l'opération a démontré qu'il n'existait ni contusion cérébrale superficielle, ni épanchement sanguin méningé. Il y a lieu d'admettre, pour expliquer la marche progressive de l'apoplexie, que l'hémorragie s'est faite aux dépens d'un tout petit vaisseau et que l'irruption du sang dans la substance nerveuse s'est produite sous une faible pression.

Il me paraît impossible de nier l'influence du traitement; quelque ait été son mode d'action j'admettrais volontiers que la trépanation a agi par décompression; quoi qu'il en soit la malade était comateuse au moment où nous l'avons opérée et dès le lendemain de l'opération elle parlait et répondait aux questions qu'on lui posait; la paralysie ne s'est effacée que progressivement, en plusieurs mois, prouvant bien ainsi qu'elle relevait d'une lésion organique des centres nerveux.

Nous avions posé chez notre malade, avant d'opérer, le diagnostic d'hémorragie extradurale liée vraisemblablement à une lésion de l'artère méningée moyenne ou de l'une de ses branches; l'erreur de diagnostic était excusable, car le tableau clinique rappelait vraiment celui de l'hémorragie par lésion de la méningée moyenne avec l'intervalle lucide qu'on a considéré à juste titre comme caractéristique, avec les symptômes de compression progressive des centres nerveux, avec la dilatation de la pupille du côté où avait porté le traumatisme, phénomène qu'on a signalé dans de nombreuses observations. Il est vrai que chez notre malade le ralentissement du pouls était peu prononcé (il y avait 67 pulsations avant l'opération) et que la respiration n'était pas stertoreuse, signes qui ont été fréquemment signalés dans les épanchements intracraniens, bien qu'ils ne soient pas absolument constants.

Le diagnostic m'avait paru si évident, que je me dispensai de faire la ponction lombaire qui dans les épanchements extradureméiens, n'est d'aucune utilité au point de vue du diagnostic.

L'hémorragie cérébrale est donc susceptible dans quelques cas de réaliser le tableau clinique des épanchements sanguins méningés. C'est un fait qu'il est intéressant de signaler. Mon observation n'est pas isolée; en voici une de Schloffer qui présente avec elle la plus grande analogie : il s'agit d'un jeune garçon de six ans, qui avait reçu une herse sur la tête et perdit connaissance seulement au bout de quelques instants. Douze jours après, il était amené à la clinique de Wölfler avec une paralysie du côté droit du corps. Le diagnostic porté fut celui de fracture de la base du crâne avec hématome de l'artère méningée moyenne gauche. La trépanation fut pratiquée des deux côtés, sans résultat. L'opération fut suivie d'une amélioration notable, et au bout de trois mois, le blessé était guéri sauf de la parésie du bras. Schloffer ajoute : « Ce cas démontre que le syndrome de l'hématome de l'artère méningée moyenne peut être produit exceptionnellement par une hémorragie profonde probablement sous-corticale au voisinage des voies motrices. » On remarquera que la trépanation a eu chez le blessé de Schloffer un résultat aussi heureux que chez ma malade.

Mais le point qui mérite de retenir particulièrement notre attention ici, c'est l'apparition tardive des accidents d'apoplexie qui n'ont apparu que deux jours et demi après l'accident. Il est généralement admis en effet par les auteurs, que les troubles apoplectiques observés à la suite d'un traumatisme, et provoqués le plus souvent par un épanchement sanguin intracranien, se produisent dans les quelques heures qui suivent l'accident. L'intervalle lucide excéderait rarement un ou deux jours. La chose est parfaitement exacte, et je pense que, *si les accidents n'ont pas apparu dans les délais normaux c'est-à-dire dans les quarante-huit premières heures après l'accident, ce qui est la règle, l'apoplexie peut être qualifiée d'apoplexie tardive*. Mais il est de ces accidents apoplectiques qui peuvent apparaître plusieurs semaines, plusieurs mois même après le trauma et c'est alors que la question est intéressante à discuter au point de vue des relations qui peuvent exister entre le trauma et les accidents apoplectiques. Les faits d'apoplexie traumatique tardive ne

me paraissent pas aussi exceptionnels qu'on l'a cru (1); les cas d'hémorragies sous-durales tardives en particulier sont assez fréquents. Mais beaucoup de ces cas-là n'ont pas été publiés sous la rubrique « spätapoplexie ou apoplexie traumatique tardive »; ils n'ont donné lieu à aucune discussion médico-légale et doivent être recherchés dans les travaux de chirurgie où sont étudiées plus spécialement les hémorragies méningées traumatiques. Il n'est du reste pas facile d'établir une statistique des cas d'apoplexie traumatique tardive, car une grande incertitude règne sur beaucoup d'entre eux et on a décrit comme spätapoplexie des cas qui n'en sont certainement pas.

Les nombreuses recherches que j'ai faites m'ont permis de réunir un total de 95 cas, qui me paraissent, après examen sévère, rentrer dans le cadre de l'apoplexie traumatique tardive. Je donnerai la liste de ces cas avec l'indication bibliographique qui les concerne, à la fin de ce travail. Je n'ai retenu que les cas où l'apoplexie est apparue *deux jours et plus après l'accident*. Bien entendu je n'ai pas la prétention d'avoir réuni tous les cas publiés dans la littérature médicale, c'est là chose impossible, mais cet ensemble de faits est suffisant pour que nous en tirions d'utiles indications au point de vue qui nous occupe.

Ces cas doivent être groupés en trois catégories : les cas trépanés, les cas autopsiés, les cas cliniques.

Les cas autopsiés sont au nombre de 34 dans notre statistique; ce sont ceux qui ont le plus de valeur; ce sont eux surtout qui doivent servir de base à notre étude sur l'apoplexie traumatique.

Les cas opérés sont au nombre de 47; ils ont déjà une valeur moindre; cependant lorsque au cours de la trépanation on ne trouve pas d'épanchement sanguin soit en dehors, soit en dedans de la dure-mère et que la surface du cerveau est indemne, il faut bien admettre l'existence d'une lésion cérébrale profonde expliquant les troubles de paralysie.

Quant aux cas cliniques beaucoup n'ont aucune valeur; quelques-uns cependant bien observés méritent d'être conservés; nous en avons retenu 14 dans notre statistique.

Evolution clinique. — Ce serait une erreur de croire que les faits auxquels nous faisons allusion se présentent toujours, comme leur dénomination d'apoplexie semble l'indiquer, avec le tableau clinique de l'ictus apoplectique; il en existe deux formes : la *forme à début brusque*; la *forme à marche progressive*, chacune d'elles apparaissant après cette période d'intervalle lucide pendant laquelle parfois, nous l'avons déjà dit, mais pas toujours, il existe des symptômes prémonitoires.

La première forme est caractérisée par l'abolition brusque et simultanée de toutes les fonctions cérébrales, intelligence, sensibilité, motilité volontaire; le malade est dans le coma; c'est la véritable attaque d'apoplexie qui s'observe surtout dans les hémorragies cérébrales, dans les hémorragies ventriculaires et en particulier dans celles qui envahissent la IVe ventricule, et qui peut être foudroyante, le blessé mourant en quelques instants; mais qui peut aussi guérir, le malade sortant peu à peu de son état comateux. A ce moment on constatera l'existence d'une hémiplégie, avec aphasie si la lésion cérébrale siège à gauche; cette hémiplégie pourra s'atténuer par la suite, mais elle persistera souvent, se compliquant même s'il y a dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal, comme dans l'apoplexie cérébrale commune, de rétraction et d'atrophie.

La seconde forme, qui est certainement ici la forme la plus fréquente, a une allure moins brusque dans son apparition et moins rapide dans son évolution. C'est celle que nous observerons surtout dans les hémorragies méningées tardives, après un long intervalle lucide; elle est caractérisée au début par de la céphalée, des vomissements, de la faiblesse d'un membre, des troubles de la parole; tous ces accidents vont s'accentuant progressivement, lentement pour aboutir à un état de somnolence et même au coma au bout d'un temps plus ou moins long.

Etiologie. — L'apoplexie traumatique tardive relève de *causes diverses*, qui sont les hémorragies méningées et cérébrales, les abcès, les lésions envahissantes cicatricielles du crâne et des méninges pouvant provoquer à la longue la destruction d'un centre moteur ou sensoriel. Mais, en réalité, qui dit apoplexie traumatique tardive, dit ramollissement ou hémorragie méningée ou cérébrale, survenus soudainement, à une date plus ou moins éloignée de l'accident; dans la plupart des cas la cause qui est en jeu, est l'hémorragie que nous trouvons souvent associée au ramollissement. Or, si certaines complications des traumatismes craniens, tels par exemple, les abcès du cerveau (1) peuvent provoquer le syn-

---

(1) Ceci me paraît ressortir de l'étude des faits qui ont été publiés dans différents travaux. Dans sa thèse (Lyon 1899-1900) Pierre a réuni 86 cas d'épanchements sanguins intracraniens; je les ai passés en revue de façon à établir à quel moment étaient apparus les premiers accidents d'apoplexie; j'ai constaté que 17 fois ils étaient survenus *après deux jours* : 4 cas ont été observés le troisième jour; 1 le quatrième jour; 3 le sixième jour; 1 le septième jour; 1 le neuvième jour; 1 le douzième jour; 1 le quinzième jour; 1 au bout de vingt jours; 1 au bout de vingt-six jours; 1 au bout de cinq semaines; 1 au bout de sept semaines; 1 au bout de deux mois.

Brion, dans sa thèse consacrée aux hémorragies traumatiques intradurales (Strasbourg 1896), a insisté sur la longueur de l'intervalle libre séparant l'accident des premières manifestations de l'apoplexie qui existe dans un certain nombre de cas, et Henschen, dans un travail consacré également aux hémorragies traumatiques sous-durales, paru dans les *Arch. f. klin. Chirurgie*, 1912, t. XCIX, p. 67, sur un total de 164 cas d'hémorragies intradurales vérifiées par l'opération ou l'autopsie, en trouve 39 où l'intervalle libre a été de trois à sept jours; 27 fois d'une semaine à un mois; 17 fois d'un à dix mois.

(1) Il m'a été donné d'observer, il y a quelques années, un cas d'apoplexie tardive en relation avec l'évolution d'un abcès consécutif à l'existence d'une fracture du rocher. Il s'agissait d'une dame qui avait été tamponnée par un tramway et admise d'urgence dans mon service pour des accidents d'enfoncement du thorax avec hémothorax, et en même temps de fracture du rocher. La fracture du rocher avait été suivie d'un écoulement de sang par l'oreille caractéristique; la ponction lombaire avait montré un liquide céphalo-rachidien sanglant, mais les phénomènes commotionnels avaient été très peu marqués et passagers. La malade avait été blessée au commencement de décembre, elle sortait de notre service vers le 25 décembre, convalescente. Je l'avais suivie à son domicile; elle n'avait présenté aucun phénomène anormal, pas de mal de tête, mais on avait constaté une élévation permanente de la température à 38 degrés que j'avais cru devoir mettre sur le compte de la contusion thoracique; j'avais constaté, en effet, à plusieurs reprises à l'auscultation la présence de petits râles disséminés dans le poumon du côté blessé. Cependant la malade était ressortie, elle avait assisté à la cérémonie du mariage d'une de ses filles, et enfin elle avait décidé de se rendre au moment des vacances de Pâques, vers la fin du mois de mars, dans le midi de la France; je ne m'étais pas montré très favorable à ce déplacement, parce que l'état pulmonaire n'était pas absolument satisfaisant, et que, d'autre part, l'état général laissait toujours à désirer; en un mot, ce n'était pas le rétablissement absolument complet, sans qu'il y eût aucun phénomène nerveux susceptible de retenir l'attention. On partit néanmoins. L'état de la malade res-

drome apoplectique, il faut bien dire que ces cas-là sont l'exception et surtout qu'ils ne prêtent guère à discussion lorsqu'il s'agit d'établir la relation qui existe entre l'accident et la lésion observée; tandis que, en cas de lésions vasculaires tardives, surtout de lésions vasculaires cérébrales, on peut se demander quelle part revient au traumatisme dans la production des troubles observés.

C'est donc des cas de spatapoplexie relevant d'une hémorragie intra-cranienne tardive que nous aurons surtout à nous occuper dans ce travail. Ce sont les cas les plus discutables et ceux, par conséquent, qu'il est le plus intéressant d'étudier.

Historique. — Mon intention n'est pas de faire ici un long historique de l'apoplexie traumatique tardive. Je rappellerai seulement en quelques mots les diverses phases de la question.

Il n'est pas douteux que les auteurs anciens aient connu l'existence des accidents apoplectiques survenant tardivement à la suite des traumatismes craniens. Ces faits étaient interprétés de façon différente par les auteurs : beaucoup les attribuaient au développement d'une méningo-encéphalite secondaire. Cependant, dès 1774, J. L. Petit et plus tard Latour avaient bien vu le rôle des épanchements sanguins intra-craniens; pour eux, l'apparition tardive des accidents était due à la formation lente de l'épanchement, qui provoquait la compression seulement lorsqu'il avait atteint un certain volume. Mais la question était demeurée fort obscure, jusqu'au jour ou Böllinger (de Munich), dans la thèse de son élève Böhm, en 1889, et dans ses publications personnelles en 1891, donna une étude détaillée de l'hémorragie cérébrale tardive, qu'il décrivait sous le nom de Traumatische spätapoplexie. Pour l'auteur allemand, les lésions siègent toujours dans les parois de l'aqueduc de Sylvius et du quatrième ventricule et dans la substance cérébrale située directement au-dessous de l'épendyme. Elles seraient la conséquence du choc produit par le liquide céphalo-rachidien comprimé au moment du traumatisme cranien et chassé vers ces régions. Au point frappé par le liquide, la substance nerveuse dégénère, se ramollit, les vaisseaux s'altèrent et peuvent se rompre sous l'influence d'un changement de résistance dans les parties voisines ou d'un changement de pression dans l'intérieur du vaisseau lui-même. Ainsi s'expliquerait l'apparition tardive de l'hémorragie qui se produit secondairement dans le foyer de ramollissement. Telle était la conception de Böllinger, exposée et soutenue après lui, en Allemagne, par ses élèves de l'école de Munich dans de nombreux travaux qui n'ont eu pour but, en somme, que de confirmer sa doctrine.

Cette doctrine n'avait pas été sans soulever, en Allemagne même, d'assez vives protestations; nous les trouvons formulées dans deux publications, l'une de Langerhans (1), l'autre d'Israël (2). Ces auteurs s'y livrent à une critique serrée des observations publiées par Bollinger et ses élèves; ils refusent tout crédit aux observations purement cliniques, qui n'ont pas été contrôlées par l'autopsie; ils font jouer le rôle principal dans l'hémorragie secondaire à des altérations vasculaires antérieures au trauma et rendant les vaisseaux plus fragiles; ils considèrent qu'un certain nombre des cas publiés ont évolué avec le tableau clinique de l'hémorragie cérébrale spontanée, que les accidents d'apoplexie ont apparu trop longtemps après l'accident pour que celui-ci puisse être mis en cause, ils montrent que la localisation de l'hémorragie n'est pas toujours telle que la concevait Bollinger, car les épanchements sanguins ont été observés dans les différentes parties du cerveau ou dans les méninges.

Il y a dans tout cela, évidemment, une part de vérité; il n'est pas douteux que des altérations vasculaires existant avant le traumatisme, prédisposent aux hémorragies tardives avec apoplexie, mais cela ne prouve pas, nous reviendrons sur ce point, que ces altérations vasculaires soient la règle et qu'elles soient toujours en cause.

Depuis ces travaux déjà anciens, la question de la spätapoplexie a continué à préoccuper plus particulièrement les auteurs allemands; parmi les publications plus récentes que nous avons consultées, nous citerons celles de Meyer (3) 1911, de Vischer (4) 1914, de Hermann Fischer (5) 1918, de Budinger (6) 1921, de Singer (7) 1922 et surtout celle de Brandess (8) 1923 qui a fait une étude très complète de l'apoplexie traumatique tardive.

En France, la question n'avait pour ainsi dire pas attiré l'attention avant un article publié dans la *Revue de neurologie* par le professeur Marie et Crouzon (9), en 1905. Cependant Pierre (10), dans sa thèse, en 1900, avait signalé l'existence de cas où l'hémorragie révélait sa présence par l'apparition tardive de troubles fonctionnels et il avait essayé d'en donner une explication pathogénique et Tellier s'en était occupé dans sa thèse (Lyon 1890), consacrée aux suites éloignées des traumatismes du crâne.

Depuis 1905, les communications et les travaux sur l'apoplexie traumatique sont devenus plus nombreux dans notre pays. Nous signalerons les communications de Souques, de Martel, de Bousquet et Anglada; les descriptions de Thoinot, de Forgue et Jeanbrau, de Vibert, dans leurs livres sur la médecine des accidents du travail, la thèse de Lambert (11), celle très documentée de Groc (12), l'important

---

tait traînant, lorsque une dizaine de jours après son arrivée dans le midi elle fit brusquement dans la nuit une attaque d'apoplexie; le coma fut complet d'emblée, et la mort se produisit en moins de vingt-quatre heures. Une ponction lombaire avait été pratiquée dès le début des accidents d'apoplexie; elle n'avait pas ramené de liquide céphalo-rachidien sanglant, mais un liquide céphalo-rachidien franchement purulent. Bien que l'autopsie n'ait pas été pratiquée pour des raisons indépendantes de ma volonté, je crois pouvoir affirmer que la malade a succombé à la rupture d'un abcès en relation avec l'ancien foyer de fracture du rocher, qui a évolué sans provoquer aucune symptomatologie, comme le fait a été quelquefois signalé, et qui s'est ouvert brusquement dans les méninges.

---

(1) Langerhans. *Die Traumatische spätapoplexie.* Berlin 1903, A. Hirschwald.

(2) Israël. Zur Frage der Spätapoplexie ein Gutachten, *Viert. f. Ger. med. Berlin*, 1903, t. XXVI, p. 242.

(3) Meyer. Sur les hémorragies méningées tardives d'origine traumatique (travail de la Clinique de Heidelberg), *Klin. Woch.*, 1911.

(4) Vischer (de Bâle). *Berl. klin. Woch.*, 1914, n° 4, p. 186.

(5) H. Fischer. *Samm. klin. Vortr.*, Leipzig 1918, Bd XII (chirurgie), nos 211-213, p. 525-576.

(6) Budinger. *Med Klin.*, Berlin 1921, t. XVII, p. 584-588.

(7) Singer. *Zeit. f. d. ges. Neurol. und Psych.*, Berlin 1922, t. LXXV, p. 127-137.

(8) Th. Brandess. *Deut. Zeit. f. d. ges. Ger. med.*, Berlin 1923, p. 609 631.

(9) Marie et Crouzon. De l'apoplexie traumatique tardive, *Revue de méd.*, Paris 1905, t. XXV, p. 368.

(10) Pierre. Diagnostic clinique des épanchements sanguins intracraniens, *Th. de Lyon*, 1899-1900.

(11) Lambert. Hémorragies cérébrales tardives d'origine traumatique, *Th. de Paris*, 1905-1906.

(12) Groc. Contribution à l'étude de l'apoplexie traumatique tardive, *Th. de Bordeaux*, 1911.

mémoire publié par Martin et Ribierre (1) au IIe Congrès de médecine légale en 1912 sur les hémorragies cérébrales traumatiques, la thèse de Picard (2) 1913, les observations plus récentes publiées par Guillain et Barré, Phelip, Mazel, Dervieux et Piédelièvre, Parisot et Morin, Jentzer, Nordmann et Croizy, Chiene, Rochet, Michel, Paître et Carrière, Naville, dont nous donnerons ultérieurement les indications bibliographiques, la thèse de Paul Roques sur les hémorragies sous-duremériennes traumatiques (Bordeaux 1921), le chapitre que Duret consacre à l'apoplexie traumatique tardive dans le tome III, volume 2, de son ouvrage sur les traumatismes cranio-cérébraux (1922), la thèse de Jabot (3) Lyon 1924, l'étude de Naville dans les *Annales de médecine légale* 1925.

Les travaux de langue anglaise sont peu nombreux et l'un des plus intéressants à consulter est l'article que Allen (4) a publié en 1908, sur la « delayed apoplexy. »

Siège des lésions dans l'apoplexie traumatique tardive. — Nous avons vu que Bollinger avait attribué une localisation spéciale aux lésions de l'apoplexie traumatique, qui, d'après lui, siégeaient dans la paroi de l'aqueduc de Sylvius et du quatrième ventricule et s'accompagnaient le plus souvent d'inondation ventriculaire. Cette manière de voir a été acceptée, après Bollinger, par beaucoup d'auteurs et cependant rien n'est moins exact que cette localisation quasi spécifique des lésions de l'apoplexie traumatique tardive. Langerhans, dans sa critique de la théorie de Bollinger, l'avait déjà fait remarquer, nous l'avons dit.

En réalité, les hémorragies de l'apoplexie traumatique peuvent se faire dans les méninges, dans toutes les parties de l'encéphale, et parfois en même temps dans la substance nerveuse et dans les méninges.

Dans les 81 cas de notre statistique personnelle où la nature des lésions a pu être déterminée soit par l'autopsie, soit par l'opération, je relève 52 cas d'hémorragies méningées tardives (dont 9 reconnues à l'autopsie seulement); sur ce nombre, les hémorragies extradurales sont très peu nombreuses, j'en trouve trois seulement qui ont été constatées à l'opération.

C'est un fait admis depuis bien longtemps du reste que les épanchements sanguins extra-duraux déterminent rapidement, dans les quelques heures en général qui suivent le trauma, les phénomènes de compression; l'intervalle lucide est plus court que pour les épanchements intraduraux. Dans notre statistique figurent deux cas où l'épanchement était à la fois intra et extradural, l'un reconnu à l'autopsie et l'autre à l'opération.

Ces hémorragies méningées existaient seules dans la plupart des cas, mais on les a vues coïncider avec des hémorragies ventriculaires et des foyers de la substance cérébrale.

Les lésions de la substance nerveuse, lésions de ramollissement et d'hémorragie peuvent occuper les différentes parties de l'encéphale; celles qui siègent au lieu d'élection des hémorragies spontanées, sont celles dont l'interprétation prêtera aux difficultés les plus grandes au point de vue médico-légal. Dans les 34 cas de ma statistique où les lésions ont pu être vérifiées à l'autopsie, c'est le cerveau lui-même dans son centre ovale ou sa région sous-corticale qui était le plus souvent atteint; quatre fois seulement il y avait lésion des noyaux centraux; cinq fois la lésion intéressait le pont de Varole; douze fois les ventricules étaient envahis par l'hémorragie. Très souvent ces diverses lésions coexistaient chez le même sujet.

Voici des exemples qui prouveront d'une façon indiscutable l'existence de ces diverses localisations.

Les *hémorragies extradurales tardives sont les plus rares*, nous l'avons vu; en pareil cas en effet l'intervalle libre dépasse rarement vingt-quatre ou quarante-huit heures; en voici cependant une observation de Vial dans laquelle les accidents ont apparu au bout de quarante-huit heures seulement. Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, qui fit une chute sur la tête, et ne ressentit aucun trouble immédiat, si ce n'est une douleur assez vive. Deux jours après, il perdait connaissance et présentait des phénomènes d'hémiplégie. La trépanation était pratiquée six jours après l'accident et permettait de constater l'existence d'un volumineux caillot extradural.

Les hémorragies intradurales tardives sont plus fréquentes que les précédentes. — C'est un fait sur lequel ont insisté Brion (1) dans sa thèse en 1896, et Henschen (2) en 1912 dans un des plus importants travaux qui aient été consacrés à l'étude des hémorragies sous-durales traumatiques.

En voici, parmi les nombreux cas signalés, quelques exemples.

Armstrong a rapporté le cas d'un homme de cinquante-trois ans, qui avait été frappé à la tête le 27 février 1887; près de deux mois après, le 18 avril apparaissaient des phénomènes d'hémiplégie progressive qui commencèrent par le membre inférieur droit et aboutirent à l'existence d'une hémiplégie totale; en même temps de la névrite optique apparaissait; le 1er mai la trépanation était pratiquée; on ne trouvait pas de fracture du crâne; mais la dure-mère apparaissait colorée, sombre; par une incision faite à la membrane fibreuse on évacua un hématome sous-dural. La guérison fut rapidement obtenue; l'hémiplégie disparut et le 8 mai le malade se promenait.

Hahn a publié l'histoire d'un homme de soixante-neuf ans, qui avait été blessé à la tête dans une rixe, cinq semaines avant l'apparition des symptômes d'apoplexie. Pendant ce long intervalle lucide son caractère avait changé et il se plaignait de céphalée à droite. Les accidents ont pris le caractère d'une apoplexie progressive qui a commencé par de l'apathie, de la paralysie du bras et de la jambe gauches; deux jours plus tard le blessé était sans connaissance, avec les pupilles dilatées, de l'incontinence des urines et des matières fécales. La trépanation permettait d'évacuer 150 grammes de sang coagulé. Le malade guérit. Hahn a cité également le cas d'un enfant de cinq ans qui blessé le 2 septembre, présenta à partir du 9 septembre des accidents d'apo-

(1) Martin et Ribierre. Les hémorragies cérébrales traumatiques, rapport présenté au *IIe Congrès de méd. légale de langue franç.*, 1912.

(2) Picard. De la valeur médico-légale de l'ictus apoplectique, *Th. de Lille*, 1913.

(3) Jabot. Contribution à l'étude des hémorragies intraduremériennes posttraumatiques tardives, *Th. de Lyon*, 1924.

(4) Allen. Delayed apoplexy, *Journ. nerv. and ment. dis.*, New-York 1908, t. XXXV, p. 763.

(1) W. Brion. Die operative Behandlung der intraduralen Blutungen traumatischen Ursprungs, *Th. de Strasbourg*, 1896.

(2) K. Henschen. Diagnostik und Operation der traumatischen Subduralblutung, *Arch. f. klin. Chir.*, 1912, t. XCIX, p. 67.

plexie progressive; la trépanation fit découvrir un épanchement sous-dural et amena la guérison.

Ceci a observé un sujet de cinquante-deux ans qui avait été blessé à la région pariétale droite par une chute sur un corps pointu. Après l'accident, il perdit connaissance pendant deux heures, puis il reprit sa vie habituelle sans autre trouble qu'un peu de céphalalgie droite. Deux mois après, il était atteint d'une hémiplégie gauche, avec état soporeux et ralentissement du pouls. La trépanation fit découvrir sous la dure-mère du sang coagulé qui fut évacué et l'opéré guérit.

Les hémorragies développées dans la substance nerveuse ne sont pas rares. Les hémorragies cérébrales peuvent être uniques ou multiples, plus ou moins profondément situées, de siège et d'étendue variables. — L'observation de Vibert est un cas de foyer hémorragique unique et volumineux : il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, qui fut blessé le 9 mai d'un coup de pied de cheval à l'arcade sourcilière droite. Il n'y eut pas perte de connaissance, le blessé se fit panser et rentra seul à son domicile, où il garda le repos pendant trois jours. Puis le quatrième jour il reprit le travail qu'il a continué pendant huit jours; un témoin a raconté qu'il avait fait son service tant bien que mal, très péniblement. A partir de ce moment-là son état s'est progressivement aggravé. Transporté à l'hôpital le 18 juillet, le blessé mourait le lendemain dans le coma. A l'autopsie, on constata l'existence d'un foyer hémorragique de la grosseur d'une mandarine contenant des caillots sanguins; le foyer hémorragique occupait les lobes temporal et occipital.

Le cas suivant rapporté par Stadelman nous montre l'existence de plusieurs foyers hémorragiques dans la substance cérébrale : un jeune homme de vingt-neuf ans, avait reçu quatre semaines avant son entrée à l'hôpital un coup de bâton sur la tête; il y avait eu d'abord perte momentanée de connaissance, à laquelle succéda un intervalle lucide de quatre semaines sans aucune manifestation morbide. Au bout de ce temps le malade fut pris brusquement dans la nuit d'une crise d'épilepsie jacksonienne. A la trépanation faite par Korte sur la cicatrice, on trouva l'os et la dure-mère intacts; celle-ci fut incisée, mais on ne trouva pas d'hémorragie méningée.

Le malade ayant succombé deux jours après l'opération, l'autopsie fut pratiquée et montra l'existence de cinq foyers hémorragiques superficiels et profonds. L'auteur ajoute que l'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'une hémorragie dans un tissu ramolli et enflammé.

Heusner a cité un cas intéressant d'hémorragie situé dans la couche superficielle du cerveau chez une jeune fille de quinze ans chez laquelle on ne peut invoquer aucune autre cause d'hémorragie qu'une chute sur la tête. Celle-ci a été suivie d'un vomissement, puis de céphalées violentes. Au bout de quelques jours apparait une parésie de la face et du bras gauches. Au cours d'une trépanation faite le quatorzième jour on est conduit à inciser la circonvolution centrale antérieure de laquelle on évacue un épanchement sanguin. La trépanation a été suivie de guérison.

Les différents lobes du cerveau peuvent être le siège de foyers hémorragiques. — Le cas de Michel concerne un foyer de ramollissement hémorragique du lobe occipital droit et une hémorragie du lobe occipital gauche chez un blessé dont les signes d'apoplexie sont survenus sept jours après l'accident; chez le blessé de Vibert le foyer hémorragique du volume d'une mandarine était situé dans les lobes temporal et occipital; Müller à l'autopsie trouva une cavité kystique constituée dans le lobe temporo-sphénoïdal droit ramolli; Parisot et Morin ont décrit l'existence d'un énorme caillot siégeant à la partie externe du noyau lenticulaire avec destruction de la substance blanche du lobe pariétal; Kortez a vu dans le lobe frontal gauche un foyer de ramollissement hémorragique chez un sujet qui avait continué son travail après la blessure, et chez lequel les premiers accidents étaient apparus quatre semaines après le trauma.

Un exemple d'hémorragies ventriculaires nous est fourni par l'observation de Kob. — Une femme de trente-cinq ans, alcoolique, reçut des coups de poing sur la tête. Pendant onze jours elle put continuer à travailler sans présenter d'accidents. L'attaque d'apoplexie survint le douzième jour et la malade succomba le treizième. A l'autopsie on ne trouva aucune blessure du crâne et des méninges. Le ventricule droit était rempli de sang, et la trame du cerveau effondrée dans la région environnante. Il existait également un caillot dans le troisième ventricule. L'auteur fait remarquer que les artères ne présentaient pas de changement dans leurs parois; que les valvules du cœur étaient intactes, mais que celui-ci était flasque, entouré de graisse jaunâtre. Les autres organes n'étaient pas altérés.

Nous possédons dans l'observation II de Böllinger un exemple incontestable d'hémorragie tardive de l'aqueduc du Sylvius et du IV° ventricule. — Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans qui tomba le 3 janvier sur la face et se fit une contusion de la base du nez. Il n'y eut ni perte de connaissance, ni vomissement, ni écoulement de sang par le nez ou les oreilles. La malade éprouva de légers maux de tête, sans vertiges. Le 14 janvier, la malade qui était restée alitée, quoiqu'elle n'éprouvât aucun malaise, quitta sa chambre se trouvant bien. Le 17 janvier, c'est-à-dire onze jours après la chute, en pleine santé apparente, la malade fut frappée d'une attaque d'apoplexie qui provoqua la mort en deux heures. L'autopsie a permis de constater qu'il n'existait rien d'anormal du côté du crâne et des méninges. Mais l'aqueduc de Sylvius était élargi; ses parois et celles du IV° ventricule étaient écrasées; dans la lumière du IV° ventricule existait un caillot sanguin du volume d'une noix environ. L'examen histologique n'a rien révélé d'anormal dans les vaisseaux de la zone hémorragique.

Adam a rapporté une observation où l'apoplexie a été attribuée à un ramollissement des tubercules quadrijumeaux. — Il s'agit d'un garçon de onze ans qui tombe sur le dos et perd connaissance pendant quelques instants, puis se relève et rentre chez lui, où il se met au lit. Le lendemain et les jours suivants il se porte bien. C'est *quatre mois* après l'accident que surviennent de la céphalée, de l'inappétence et une paralysie du facial gauche; cinq jours après le début de ces accidents le malade perd subitement et complètement connaissance, la pupille gauche est dilatée, il existe une hémiplégie gauche totale. Le malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie une zone de ramollissement grosse comme une petite noisette, siégeant du côté des tubercules quadriju-

meaux, sur le thalamus optique droit. A la périphérie de la zone ramollie, la substance nerveuse était rouge foncé; les parties centrales étaient liquéfiées. Dans le foyer de ramollissement on trouva au microscope des globules rouges, des cristaux d'hématoïdine, des corpuscules graisseux, des cellules nerveuses; les vaisseaux avaient une paroi normale.

Un cas d'hémorragie tardive de la protubérance a été publié par Souques. — Une femme de quarante-cinq ans, manifestement alcoolique, reçoit le 8 novembre plusieurs coups de bâton sur la tête. A la suite elle ne présente aucun signe de contusion cérébrale. Les jours suivants elle vient de Paris à l'hospice d'Ivry pour s'y faire panser et fait le chemin moitié à pied, moitié en tramway, il n'existe donc aucun signe de paralysie. Jamais la malade n'a marché, ni couru aussi bien. Le 23 novembre, c'est-à-dire quinze jours après l'accident, elle est prise tout à coup de troubles paralytiques dans le côté gauche. Sa paralysie se complète en quelques heures, et le lendemain lorsque Souques l'examine il constate tous les signes d'une hémiplégie gauche organique. Les troubles hémiplégiques persistèrent, et la malade, qui était fortement alcoolique, fut prise au mois de juillet suivant d'hypocondrie suivie d'excitation délirante et mourut le 29 juillet. A l'autopsie, on trouva dans la protubérance un petit foyer hémorragique qui siégeait à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen du pont, dans la moitié droite de l'organe, et détruisait la voie pyramidale.

Naville et Reverdin ont rapporté, en 1925, le cas d'un homme qui, à la suite d'une chute de bicyclette, avait repris presque aussitôt le travail, et chez lequel les troubles nerveux n'étaient apparus que trois semaines après l'accident. Le blessé fut trépané et un vaste hématome découvert sous la dure-mère; le blessé succomba; à l'autopsie on découvrit, en outre, de nombreux foyers hémorragiques dans la protubérance.

Dans certains cas, les diverses lésions hémorragiques que nous venons de passer en revue coexistaient. — Il en est ainsi dans plusieurs de nos observations, celle entre autres de Hösslin :

Un jeune homme de dix-huit ans, au cours d'une rixe, fut frappé à la tête; c'était le 3 juillet. Il ne perdit pas connaissance et se rendit aussitôt au village qu'il habitait, éloigné d'environ une demi-heure de marche. Il eut dans les jours suivants des douleurs de tête qui le forcèrent à abandonner son travail; il y eut aussi de l'amnésie. Puis il reprit son travail, mais bientôt apparurent des vomissements avec fièvre. Le 14 août, le blessé entre à l'hôpital. Le 2 septembre il en sort pour aller dans un autre hôpital, où l'on porte le diagnostic de fracture du crâne avec épanchement cérébral. Le malade est comateux et meurt le 6 septembre. On trouve à l'autopsie : pas de fracture du crâne, mais un volumineux foyer hémorragique dans l'hémisphère cérébral droit, avec destruction étendue de la substance cérébrale. Epanchement dans le ventricule latéral droit. Autre foyer hémorragique à la partie supérieure du ventricule latéral gauche. L'auteur ajoute : il n'existe aucune maladie des vaisseaux, du cœur ou du rein qui puisse expliquer l'hémorragie cérébrale chez un jeune homme de dix-huit ans.

Ici les lésions de la substance nerveuse et les lésions ventriculaires étaient associées, dans le cas suivant il y a coexistence d'hémorragie méningée et d'hémorragie cérébrale tardives, indépendantes l'une de l'autre. — Chez un jeune homme de vingt-six ans, qui avait été blessé à la tête le 7 juin, dont Bollinger rapporte l'histoire, et qui avait présenté un intervalle lucide de vingt jours pendant lequel il avait repris ses occupations, c'est seulement au bout de ce temps que survinrent les premiers accidents d'apoplexie, lesquels se terminèrent par la mort le 9 juillet. A l'autopsie on constata l'existence d'un éclat sur la table interne de l'os pariétal; entre la dure-mère et la pie-mère existait un épanchement sanguin de 1cm5 d'épaisseur qui s'étendait jusqu'à la base du crâne. Le IVe ventricule était élargi, son plancher couvert d'une mince couche de sang coagulé, avec en un point un caillot un peu plus gros. Il existait des apoplexies capillaires de la moelle.

Il est des cas plus complexes encore où on comprend difficilement comment les accidents qui ont entraîné la mort, étant donné l'étendue et la multiplicité des lésions anatomiques, ont pu se manifester si tardivement après l'accident.

Un blessé observé par Michel avait été frappé à la tête le 14 novembre. Il ne perdit pas connaissance, éprouva quelques maux de tête et retourna à son usine. Le 21 novembre il était pris d'accidents apoplectiques qui entraînaient la mort le 22 novembre. A l'autopsie on constatait l'existence d'un épanchement intradural et en même temps, à la partie postérieure du lobe occipital droit, d'une cavité du volume d'un œuf d'oie, remplie de caillots. Aux environs de ce foyer hémorragique, dans la substance corticale, on trouvait des zones bleuâtres parsemées de nombreux petits épanchements de sang. A la partie postérieure du lobe occipital gauche existait une cavité irrégulière et remplie de sang coagulé. Les ventricules étaient pleins de sang coagulé; la cloison interventriculaire était arrachée dans toute sa longueur de la voûte; dans le canal de l'épendyme il existait des épanchements de sang disséminés, de la grosseur d'une lentille. Le cœur était gras et gros; le foie était cirrhotique; il y avait de l'alcoolisme chronique.

Le cas de Mazurkiewicz est non moins curieux. L'accident survient le 9 mai; pendant deux jours il ne se produit aucun trouble fonctionnel; le 11 mai le blessé accuse de la céphalée et de la gêne de la parole; le 15 seulement il perd connaissance; il fait donc son ictus apoplectique six jours après l'accident; il meurt le treizième jour. A l'autopsie on trouve une infiltration hémorragique de la base du cerveau; le ventricule latéral gauche et le IIIe ventricule sont pleins de sang; dans la couche optique, il existe un grand foyer hémorragique; un autre plus petit dans la protubérance; un troisième dans le centre ovale. Comme dans le cas précédent on note une induration des vaisseaux de la base; un cœur hypertrophié; une aorte ectasiée à son origine, rigide dans sa portion thoracique.

On remarquera que parmi les cas cités précédemment figurent uniquement des cas qui ont été soumis à l'autopsie ou à l'opération et dans lesquels la nature des lésions ne saurait être discutable, puisqu'elles ont été constatées de visu. Il est donc bien évident, d'après ces faits, que l'apoplexie traumatique tardive existe réellement et que les lésions qui l'engendrent peuvent se manifester sous des formes multiples. C'était un premier point à établir.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1926)

Abcès du poumon consécutif à un corps étranger méconnu des voies aériennes. — MM. Jean Tapie et A. Lyon rapportent l'observation d'une malade, considérée à tort comme une phtisique cavitaire, et chez laquelle l'examen radiologique permit de constater la présence d'un fragment de canule à trachéotomie dans la bronche gauche. Le diagnostic ne fut malheureusement posé qu'à une époque très tardive, alors que l'infection gangréneuse avait envahi la presque totalité du poumon gauche. Cette malade présenta une vomique considérable le jour où l'on se proposait d'extraire le corps étranger; elle succombait quelques jours plus tard.

Les auteurs insistent sur la nécessité de toujours contrôler le diagnostic de tuberculose pulmonaire par l'examen des crachats et par la radiographie. Ils rappellent que l'arrivée d'un corps étranger dans une grosse bronche n'entraîne pas atalement des accidents immédiats.

Calcul du bassinet : néphrotomie, hémorragie secondaire, transfusion, guérison. — MM. Bernardbeig et Villemur, n'ayant pu recourir à la pyélotomie en raison de la présence d'adhérences et d'artères polaires, ont pratiqué une néphrotomie avec extirpation du calcul. Hémorragie considérable le quatorzième jour : l'hémostase a été obtenue à l'aide d'un simple tamponnement et le malade a guéri après une transfusion.

Un cas de méningite cérébro-spinale. — M. Pierre Bézy estime que si la sérothérapie rachidienne n'entraîne aucune amélioration au bout de quarante-huit heures, on a le devoir de recourir à la ponction atloïdo-occipitale et à la trépanoponction avec lavage.

Trois cas récents d'abcès du foie d'origine amibienne. — MM. Ch. Morel, Bonhoure et Lyon rappellent, à propos de trois cas récents, la fréquence de l'amibiase hépatique en France. Ils insistent sur la faible valeur des signes hématologiques et sur l'utilité de la radioscopie.

Syndrome de Claude Bernard-Horner. — M. Ricalens.

Syndrome traumatique du segment antérieur de l'œil. — M. Calmettes présente un malade qui offre au complet les éléments de ce syndrome : mydriase, aspect crénelé du bord pupillaire, iridodonésis, plissement irien, subluxation du cristallin et cataracte traumatique.

Tuberculose pulmonaire à forme toxémique traitée par le pneumothorax artificiel. — MM. Petit et Séran.

La forme anémique de l'hépatite amibienne suppurée. — MM. Ch. Morel et Jean Tapie attirent l'attention sur une forme de l'hépatite amibienne dans laquelle le symptôme capital est une anémie progressive rappelant la maladie de Biermer.

Chez leur malade, les auteurs ont dû pratiquer une série de grandes transfusions. L'apparition tardive de phénomènes pseudo-pleurétiques de la base droite fit envisager la possibilité d'une suppuration hépatique que confirma la ponction exploratrice. Traitement émétinien; drainage de l'abcès; guérison.

Deux cas de fracture du maxillaire inférieur. — M. Cadenat, à propos de ces deux observations, oppose les méthodes modernes aux anciens procédés d'appareillage; il présente les appareils qu'il a utilisés avec un parfait résultat.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

ÉTIOLOGIE. SIGNES. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT[1]

Examen physique. — Il reste superposable en tout point à celui de la première période.

Le curettage reste l'exploration indispensable. Il peut être, dès maintenant, suffisant sans biopsie.

Les bourgeons cancéreux forment une masse compacte, blanchâtre, friable sous une pression forte, assez caractéristiques.

C'est dans ce cas que l'hystérectomie vaginale peut être indiquée comme complément immédiat de l'exploration.

III. Période terminale. — Si le diagnostic n'a pas été posé, on la verra survenir lentement et progressivement.

Exagération des signes : les hémorragies augmentent, en durée comme en abondance.

Les écoulements sont presque continus.

Les douleurs s'aggravent, deviennent plus vives, avec des crises pseudo-névralgiques relevant nettement de compression ou d'envahissemenf.

2. **Atteinte de l'état général.** — Avec perte de l'appétit, amaigrissement, pâleur;

L'ensemble de la symptomatologie se rapprochant de celle du cancer du col, à la période où il envahit l'orifice supérieur et pénètre dans la cavité utérine (J.-L. Faure).

C'est une évolution *très lente;* la mort survient après une échéance variable mais se chiffrant par deux à trois années.

La durée totale est difficile à délimiter exactement, puisque le début clinique est parfois impossible à préciser.

A noter, au cours de cette dernière période, l'absence d'urémie, de perforations utérines, si spéciales au cancer du col et même l'absence habituelle de généralisation.

Quelques complications sont ici particulières :

1° *Phlébite* ;

2° *Hémorragie violente* ;

3° *Ascite à développement rapide* indiquant l'atteinte péritonéale;

La terminaison se faisant dans un mélange de signes d'épuisement et d'infection atténuée, réalisant parfois un tableau de septicémie chronique.

FORMES CLINIQUES

A. **Formes symptomatiques.** — 1. **Forme latente.** — A type de métrite banale.

2. **Forme hydrorrhéique.** — Hydrorrhée particulièrement abondante avec les caractères d'*apparition fortuite* de l'hémorragie ;

Sous l'influence de la marche, à la station debout prolongée;

Avec la même *continuité,* et de plus, signe important, *résistant au traitement habituel.*

Quelquefois claire, à peine colorée, souvent jaunâtre, d'aspect rouillé, ou légèrement teintée de sang.

Elle sera souvent au début, après la ménopause, et pendant un temps plus ou moins long, le seul indice du cancer. (J.-L. Faure).

3. **Forme douloureuse** de Simpson. — Crises rapprochées à type de coliques expulsives.

Elles coïncident avec une flexion accentuée de l'utérus. Il y a accumulation des liquides dans la cavité, avec distension.

Les contractions chassent le contenu.

D'où deux particularités de cette forme douloureuse :

Fausse intermittence des écoulements.

Fétidité des pertes.

4. **Forme fébrile.**

5. **Formes associées.** — Une exceptionnelle, rarissime, impossible pour certains : la grossesse.

Une particulièrement fréquente, compliquant singulièrement le diagnostic à la période de début : le *fibrome.*

On ne saurait trop s'en méfier à la ménopause.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 2, p. 14.

B. **Formes anatomiques.** — Nous avons envisagé l'épithélioma cylindrique.

Restent le sarcome, le chorio-épithéliome.

Ce sont des cancers de *la femme jeune.*

1. **Le sarcome.** — *a.* PARENCHYMATEUX : il est diffus ou circonscrit (dans ce cas, semblable au fibro-myome).

A type plus souvent fuso-cellulaire.

Cliniquement, il se présente comme un fibrome, mais trois signes attirent l'attention :

— Augmentation particulièrement rapide,

— Ecoulement séro-sanguinolent abondant et fétide,

— Douleurs, expliquées ni par son volume, ni par son siège.

Vite s'y surajoutent une ascite avec œdème et circulation collatérale des membres inférieurs.

b. MUQUEUX. — Il est à type polypeux, parfois diffus, habituellement globo-cellulaire.

Ses signes sont d'une malignité évidente.

Ecoulement continu de sang avec paroxysmes.

2. **Le chorio-épithéliome.** — Il est d'une gravité exceptionnelle, d'une étiologie bien spéciale :

Rétention de débris placentaires, condition *sine quâ non.*

— Après grossesse molaire (adénome à tendance maligne précédant l'épithélioma);

— Après accouchement normal, avortement simple ou même grossesse tubaire.

L'incubation est de deux à quatre mois.

Le néo est localisé à l'aire placentaire, polypeux ou sessile, ulcéreux.

Remarquable :

a. Par sa *propagation :*

Facile,

Extrêmement précoce.

b. Par la *fréquence inusitée des métastases,* valeur d'un véritable symptôme.

Le début peut se faire :

Par une métastase,

Par des signes utérins.

Suintement sanguin continu, soit immédiatement après l'accouchement, soit après retour de la menstruation.

a. Le principal signe est la *métrorragie* :

PROFUSE : Il n'y en a pas de plus abondantes;

CONTINUE. *Résistant au traitement habituel* (augmentant après curettage).

Avec troubles profonds de l'état général à type *anémie pernicieuse.*

Il s'y ajoute quelques écoulements séreux, rarement des douleurs.

Souvent de *la fièvre,* soit d'origine toxique, soit par infection surajoutée.

b. Au toucher, l'utérus est *gros,* lisse ou bosselé, mais *mou.*

— Le col, mou et entr'ouvert permet le *toucher intra-utérin,* ce qui est capital.

— Il y a allongement de la cavité utérine,

— Au fond un bourgeon mou, friable, saignant.

c. L'évolution est *des plus rapides* : quelques semaines à quatre mois.

Elle est fatalement entrecoupée de *métastases,* si elles n'ont pas été le symptôme initial.

Surtout pulmonaire, à type de gros infarctus.

Mais aussi :

Cérébrales,

Viscérales (rate, surrénales, thyroïde, pancréas, foie, etc.).

Rarement osseuses.

Il faut y adjoindre :

Les accidents infectieux,

Les perforations utérines : péritonite généralisée ou subaiguë, adhérences et fistules intestinales, hémorragies internes.

— Spécial à la femme jeune, dans des conditions étiologiques rigoureuses, c'est là un des cancers les plus malins,

Et par la gravité immédiate des hémorragies,

Et par le caractère en quelque sorte foudroyant de l'évolution. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Le Système veineux normal et pathologique. Guide des malades et des prédisposés (varices, phlébites, hémorroïdes, etc.), par R. HUGEL et G. DELATER. In-16 de 184 pages avec figures en noir et en couleur. — Prix : 12 fr. 50, plus majoration de 20 p. 100, soit 15 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

N° 5. — SAMEDI 15 JANVIER 1927. 100e ANNÉE. SAMEDI 15 JANVIER 1927. — N° 5.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H,
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.

Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Les emplois d'agrégé à la Faculté de médecine de Paris ci-après sont déclarés vacants : physique médicale, 1; médecine, 4; chirurgie générale, 3; dermatosyphiligraphie, 1.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 11 janv. 1927.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. Bahuaud, professeur de physiologie, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. Bureau, décédé.

M. Giroire est institué pour neuf ans, à dater du 1er décembre 1926, professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Sont nommés chefs de travaux :

MM. Guerithault, professeur suppléant, pharmacie, quatrième année; Gueguen, professeur suppléant, matière médicale et micrographie.

M. Cunaud, étudiant en pharmacie, est nommé préparateur de pharmacie et de chimie analytique.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Affaires étrangères. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Crivelli, chirurgien à Melbourne.

(Au titre étranger.) *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Edmond Gros, citoyen américain, président du Conseil médical de l'hôpital américain de Neuilly.

Au grade d'officier. — M. le docteur Borsch, citoyen américain, chef du service d'oculistique à l'hôpital américain de Neuilly; M. le docteur Guelpa (de Paris), sujet italien.

JOURNÉES MÉDICALES MARSEILLAISES ET COLONIALES du 20 au 24 avril 1927, organisées par le *Marseille-Médical*.

Comité d'organisation. — Présidents d'honneur : M. le professeur Alezais, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie; M. le professeur L. Imbert, directeur du *Marseille-Médical*; président : M. le professeur Olmer; secrétaire général : M. le docteur André Sauvan; trésorier : M. le docteur Félix Piéri, chirurgien des hôpitaux.

M. le professeur H. Roger : organisation scientifique; — M. le docteur Rouslacroix : propagande; — M. le docteur Porcheron : excursions-logements.

Programme sommaire. — Le programme des Journées médicales qui se dérouleront du 20 au 24 avril 1927 comprendra :

1° *Des conférences.* — Sont déjà prévues les conférences suivantes :

Professeur Cantacuzène, de Bucarest (Roumanie), sur « Le rôle du streptocoque dans l'étiologie de la scarlatine »;

Docteur Mayer, de Bruxelles « Les acquisitions récentes dans le traitement du cancer »;

Professeur Ottolenghi, de Bologne (Italie), sur « Le Paludisme »;

Professeur Léon Bernard, de Paris;

Docteur Noël Bernard, directeur des I. P. d'Indo-Chine, sur « Le Béribéri »;

Professeur Sicard, de Paris;

Professeur Imbert, de Marseille, sur « La Greffe osseuse ».

2° *Des démonstrations pratiques dans les divers services hospitaliers* : médecine, chirurgie, spécialités, laboratoire.

3° *Une exposition* de tous produits pharmaceutiques, de laboratoire, d'hygiène, d'instruments de chirurgie, d'appareillage radiologique, de journaux et de livres médicaux et scientifiques, etc.

4° *Des réceptions* : par la Municipalité et par la Chambre de commerce.

5° *Des excursions* : *a*. Visite des ports, des installations sanitaires des ports et du canal souterrain du Rove, offerte par la Chambre de commerce de Marseille; *b*. Excursion de trois jours en Corse, organisée par les Syndicats d'initiative de la Corse (Bastia, docteur Zuccarelli; Ajaccio); *c*. Excursion sur la Côte-d'Azur, organisée par la Société médicale du Littoral Méditerranéen; *d*. Excursion en Provence.

6° *Un banquet de clôture.*

Les conférences, l'exposition, la démonstration du Service de santé auront lieu dans le même local : Grand-Palais de l'Exposition, au Parc Amable-Chanot, Rond-Point du Prado, mis aimablement à la disposition du Comité par M. le Maire de Marseille.

Inscriptions. — Peuvent se faire inscrire aux Journées médicales Marseillaises et Coloniales :

Comme membres adhérents : les médecins et pharmaciens civils, militaires et coloniaux; les étudiants en médecine et en pharmacie; les chirurgiens-dentistes, les étudiants des Ecoles dentaires; les vétérinaires civils et militaires; les officiers de réserve du Service de santé militaire; les sages-femmes et élèves sages-femmes.

Comme membres associés : les membres des Sociétés de Croix-Rouge; les membres des familles des adhérents (femme et enfants); les membres des familles des exposants.

Cotisation. — Elle est fixée à : 50 fr. pour les membres adhérents; 25 fr. pour les étudiants et les membres associés. Les cotisations doivent être versées à M. le docteur Félix Piéri, trésorier des Journées médicales Marseillaises et Coloniales. Compte Chèque Postal, Marseille 194-86.

Correspondances. — Toute la correspondance des Journées médicales Marseillaises et Coloniales doit être adressée à M. le docteur André Sauvan, secrétaire général, 40, allées Léon-Gambetta, Marseille.

Pour l'exposition, s'adresser à M. Lépine, délégué technique, 3, rue Vézelay, Paris (VIIIe). Téléphone : Laborde 07-23.

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE, DE CLIMATOLOGIE ET DE GÉOLOGIE. — Ce Congrès se tiendra à Lyon, du 8 au 11 octobre 1927, avec le bureau et le programme suivants :

Président d'honneur : professeur Gilbert; président : professeur Pic (de Lyon); vice-présidents : professeur Bard, Desgrez, docteur Durand-Fardel, professeurs Lépine, Roque, Savy; MM. les délégués des Gouvernements étrangers; secrétaire-général : professeur agrégé Piéry, 5, rue Emile-Zola, Lyon; secrétaires généraux adjoints : docteur Piatot, Milhaud, Poirot, Delpech; trésorier : docteur Mazéran.

Programme : *a*. Section d'hydrologie. — Présidents Pinilla (de Madrid) et Sellier (de Bordeaux); vice-présidents : professeur Serr (de Toulouse), docteur Blum (de Strasbourg).

Rapports — « L'équilibre acide base et la thérapeutique hydrominérale », MM. les docteurs Glénard, Mathieu de Fossey et E. Manceau.

« Gynécologie médicale et cures hydrominérales », MM. les docteurs David, Macé de Lepinay, Macrez, Pierra.

« Les bases pathogéniques des cures hydrominérales en gynécologie » : professeur agrégé G. Cotte.

« Thorium et cures hydrominérales » : professeur Cluzet et professeur agrégé Chevallier.

b. Section de climatologie. — Présidents : professeurs Cérésole et Chassevant (d'Alger); vice-présidents : professeur Perrin (de Nancy) et docteur Lalesque (Arcachon).

Rapports. — « La radioactivité de l'atmosphère et son rôle en climatologie » : MM. le professeur Pech (de Montpellier), Lepape (de l'Institut d'hydrologie de Paris).

« Le sympathique en climatologie » : M. le professeur agrégé Laignel-Lavastine (de Paris), docteur Sardou (de Nice),

c. Section de géologie. — Président : M. le professeur Deperret (de Lyon); vice-présidents : M. le docteur Mayet (de Lyon) et X....

Rapports. — « L'origine géologique des eaux minérales radio-actives » : MM. Jacques Urbain (de Paris) et X....

U. M. F. I. A. — L'assemblée générale de l'U. M. F. I. A. se tiendra le samedi soir 15 avril, à 8 h. 30 du soir, à l'Hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, à Paris.

HÔTEL-DIEU. — M. G. Leven fera désormais ses consultations pour les maladies de l'estomac les lundis, à 9 h. 30, salle Sainte-Martine (service du docteur Sainton).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Guillaumet, ancien médecin adjoint de Saint-Lazare, à Paris; Adrien Vignerot (de Paris), Félix Gaillard (de Plouharnel), Lionel de Gournay (de Lembeye, Basses-Pyrénées); M. Balland, pharmacien principal en retraite, membre correspondant de l'Académie des sciences, associé national de l'Académie de médecine depuis 1910; Monfort, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Nantes, chirurgien des hôpitaux; A. Tulasne (de Paris); professeur Giovanni d'Abundo, titulaire de la chaire de clinique neurologique de l'Université de Catane.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Que l'insuffisance du myocarde soit à peine esquissée cliniquement ou déjà nettement accusée, l'amélioration de la contractibilité du muscle cardiaque rétablira le rythme régulier et fera disparaître les accidents pénibles secondaires aux extrasystoles. En conséquence, conseiller un repos plus ou moins rigoureux — surveiller le régime alimentaire — et prescrire des diurétiques cardiaques, en alternant théobromine, strophantus, mais surtout, et de préférence, l'extrait total d'adonis vernalis ou Diurène. Ne pas oublier la stimulation hépatique et la dérivation intestinale par l'aloès ou les lavements purgatifs.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 17 AU 22 JANVIER 1927)

THÈSES

Lundi 17 janvier. — Jury : MM. Roger, président; Couvelaire, Sergent et Lemaitre. — M. Maduro. La transfusion du sang. — M. Vasseur. Amputations spontanées de la trompe. — M. Samitca. Etude sur la tuberculine chez l'enfant.

Jeudi 20 janvier. — Jury : MM. Gilbert, président; Carnot, Jeanselme et Terrien. — M. Charpentier. Etude sur les troubles gastriques. — M. Cuperman. Traitement d'attaque bismutho-arsénical de la syphilis. — M. Blin. Un cas de lèpre. — M. Touchard. De l'évidement du globe oculaire.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Lecène, Dechambre, Cocquot, Henry et Maignon. — M. Pécaud. L'élevage des animaux domestiques au Dahomey. — M. Balaud. La rachi-anesthésie chez le chat.

C. R., 18.000, Seine.

L'APOPLEXIE TRAUMATIQUE TARDIVE [1]

Par M. AUVRAY,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Laënnec.

Pathogénie. — *Quelle explication pathogénique peut-on donner de ces faits?* Il nous semble que plusieurs modes pathogéniques peuvent être invoqués, applicables à des cas différents.

Et d'abord, il importe de distinguer, comme le fait Duret, le cas où l'apoplexie est cérébrale et ceux où elle est méningée.

I. Pathogénie de l'apoplexie cérébrale tardive :

A. Bollinger, qui, le premier, a attiré l'attention sur l'apoplexie traumatique, a admis que l'hémorragie était secondaire et se produisait dans un foyer de contusion provoqué par le traumatisme; au niveau du foyer de contusion, il y a ramollissement s'étendant plus ou moins loin dans la substance nerveuse, c'est ce qu'il appelle la *nécrose molle*.

Au niveau du foyer de contusion, les vaisseaux participent à la lésion, ils souffrent eux-mêmes, surtout s'ils étaient prédisposés par une altération de leurs parois (athérome, syphilis, etc...); tant que la substance nerveuse soutient la paroi vasculaire, celle-ci ne cède pas; mais lorsque le ramollissement de la zone contuse se produit à la longue, la paroi du vaisseau se laisse distendre et devenue elle-même plus fragile, cède spontanément ou sous l'influence d'un effort, par exemple, c'est-à-dire de tout ce qui peut augmenter la pression sanguine. Mais une objection peut être faite : pourquoi les apoplexies traumatiques tardives sont-elles si exceptionnelles, alors que les foyers de contusion encéphalique sont si fréquents à la suite des traumatismes craniens?

B. L'*altération préexistante des vaisseaux*, sous l'influence de l'athérome, de la syphilis, de l'alcoolisme, de l'albuminurie, dont nous venons de parler, constatée dans certains cas d'apoplexie tardive, a permis à un certain nombre d'auteurs, et parmi eux, en France, au professeur Marie et à Crouzon, de réduire l'importance du rôle joué par le traumatisme. Le trauma favoriserait simplement par la congestion et l'hypertension vasculaire qui l'accompagnent la rupture vasculaire chez des sujets prédisposés; son rôle serait singulièrement atténué. Il est certain que ces altérations des vaisseaux les prédisposent aussi bien dans les hémorragies primitives que dans les hémorragies tardives à leur rupture. Mais elles n'existent pas dans tous les cas, en particulier on ne peut pas les invoquer chez de jeunes sujets indemnes de toute altération vasculaire; or, il existe des observations probantes d'apoplexie traumatique tardive chez des sujets jeunes. Dans notre statistique, nous relevons les cas vérifiés à l'autopsie de : Lewkovitsch, huit ans et demi; Bollinger, treize ans, sept ans ; de Adam, onze ans; de Hösslin, dix-huit ans; de Frank, vingt-six ans; de Miller, douze ans; de Hermann Fischer, quinze ans; les cas opérés de Heusner, quinze ans; de Sandoz, six ans; de Sylvestrini, quinze ans; de Gérard Marchant, treize ans; de Hahn, cinq ans; de Carson, vingt et un an; de Hamilton, vingt ans; de Nordmann et Croisy, vingt et un ans; de Paître et Carrière, vingt ans, etc...

C. Lambert, dans sa thèse (Paris 1906), met en avant un autre mécanisme de la rupture vasculaire : le traumatisme serait susceptible de produire par son action vulnérante sur les vaso-moteurs une dilatation vasculaire qui aboutirait à la rupture après une période de temps plus ou moins longue.

D. Duret a défendu la *théorie de l'hémorragie en deux temps*, basée sur les recherches histologiques de Hölder dans la commotion pulpaire. Hölder a montré que dans tous les genres de commotion, on pouvait constater dans toutes les parties de l'encéphale, dans les artères médullaires ou ventriculaires, des déchirures complètes ou *incomplètes*, produisant des petits foyers hémorragiques limités, ou des hémorragies dans leurs gaînes lymphatiques, ou des anévrismes disséquants traumatiques, ou des foyers d'apoplexies capillaires. Ces lésions vasculaires des artères cérébrales sont, du reste, signalées par beaucoup d'auteurs, en particulier, par les auteurs allemands. Brandess, dans son important travail de 1923 sur l'apoplexie traumatique tardive, rappelle que, par leurs recherches histologiques et anatomo-pathologiques pratiquées après autopsie, Thiem, Koppen, Reichardt, von Monakow, Joshikawa, Killian et Lebhert ont confirmé l'existence des lésions anévrismales des vaisseaux cérébraux à la suite des traumatismes craniens. Hermann Fischer admet, lui aussi, que le traumatisme peut préparer insidieusement l'hémorragie cérébrale secondaire par lésions des petits vaisseaux capillaires devenus anévrismaux dans une zone du cerveau contusionné.

Les ruptures complètes des vaisseaux conduisent aux hémorragies primitives; *les ruptures incomplètes permettent d'expliquer les hémorragies en deux temps*, elles prédisposent aux hémorragies secondaires qui aboutissent à l'apoplexie traumatique tardive. « Le second raptus hémorragique survient subitement, et est bien plus considérable que le premier. »... « Si les altérations traumatiques des parois vasculaires siègent sur les artères des plexus choroïdiens ou sur les artères perforantes épendymaires, la formation d'un hématome intraventriculaire est d'autant plus facile, que les parois vasculaires en ces plexus n'ont aucun tissu de soutènement. » Et comme conclusion Duret ajoute : « En résumé, les apoplexies cérébrales traumatiques tardives reconnaissent pour cause originelle, la plus commune, une variété de traumatismes cranio-cérébraux, particulière, qui produit une commotion pulpaire. Celle-ci détermine ordinairement une *rupture vasculaire incomplète*, qui s'achève plus ou moins tardivement, à l'occasion d'une congestion ou d'une hypertension vasculaire intracranienne, engendrée par la reprise trop hâtive des fonctions cérébrales avant que le foyer traumatique primitif, souvent minime, ait eu le temps de subir une cicatrisation complète et définitive, avant que sa blessure ne soit consolidée; certaines circonstances accidentelles entrent parfois en ligne de compte, telles la toux, l'éternuement, les efforts, etc. Il est, d'autre part, évident que, dans un certain nombre de cas, les altérations préexistantes des parois vasculaires, favorisent la rupture et l'irruption sanguine primitive ou tardive. » (Duret, *Traumatismes cranio-cérébraux*, t. III, vol. 2, 1922.

II. Pathogénie des hémorragies méningées tardives :

A. Duret fait remarquer que ces hémorragies pourraient être considérés également comme le

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 4, p. 53.

résultat d'une *seconde hémorragie* venant compléter la première.

Hölder, en effet, a décrit les mêmes lésions vasculaires au niveau des vaisseaux piemériens que celles que nous venons de décrire au niveau des vaisseaux cérébraux. La rupture vasculaire, incomplète là encore, s'achèverait plus ou moins tardivement, provoquant un épanchement plus vaste et les phénomènes de compression.

Henschen, dans le travail déjà cité, a considéré comme assez particulière aux hémorragies intradurales, l'évolution des accidents par étapes d'aggravations successives, correspondant à des reprises d'hémorragie, qui transforment un foyer primitivement circonscrit en un hématome diffus.

B. Mais Duret préfère admettre l'existence d'une hémorragie primitive faisant sentir ses effets tardivement. L'apoplexie à marche progressive n'aboutirait au coma qu'au bout de plusieurs jours. Cette hypothèse paraît vraisemblable pour les hémorragies sous-durales, arachnoïdiennes. Duret s'appuyant, nous l'avons déjà dit, sur des recherches expérimentales et sur des observations cliniques a admis que les épanchements intraarachnoïdiens avaient une évolution progressive évidente et que pour déterminer des symptômes généraux de compression, le volume de l'agent compresseur devait être plus considérable s'il occupait l'espace séreux, que s'il siégeait entre l'os et la dure-mère. Le sang provenant donc de la rupture vasculaire, s'infiltrant peu à peu, la tolérance du cerveau serait longue et n'aboutirait à l'apoplexie qu'au bout d'un temps plus ou moins prolongé.

Les accidents seraient sous la dépendance des dimensions du vaisseau rompu et de la pression avec laquelle le sang fait irruption.

C. Pourquoi dans certains cas ne pas faire jouer un rôle dans la production de l'apoplexie secondaire à la pachyméningite traumatique? L'existence, en effet, de cette pachyméningite traumatique semble démontrée par quelques observations. Le traumatisme cranien entraîne une hémorragie primitive qui peut aboutir progressivement à la pachyméningite par une *organisation secondaire du caillot*. Cette pachyméningite peut se compliquer d'hémorragies, qui sont le fait de la rupture des vaisseaux de nouvelle formation, très fragiles, qui se sont formés dans les néo-membranes. La première hémorragie a été insuffisante pour déterminer des phénomènes de compression cérébrale et ce n'est que lorsque la seconde s'effectue qu'il se produit un hématome assez important pour comprimer le cerveau (Pierre, *Thèse de Paris*, 1899-1900). Cette théorie de la *pachyméningite hémorragique* me paraît parfaitement applicable à la pathogénie de certains cas. C'est la théorie que Marjasch admet dans sa thèse (Zurich 1916) pour expliquer bien des cas d'apoplexie traumatique tardive, de même que Büdinger dans un travail du *Med. klinik*, Berlin, 1921, XVII, p. 584-588.

Traitement. — QUEL TRAITEMENT PRÉVENTIF LE CHIRURGIEN PEUT-IL INSTITUER POUR ÉVITER L'APPARITION DES ACCIDENTS D'APOPLEXIE TARDIVE, ET QUEL TRAITEMENT CURATIF PEUT-IL APPLIQUER LORSQUE CELLE-CI EST CONSTITUÉE? — Il existe un traitement *préventif* de l'apoplexie tardive. Après leur accident les traumatisés du crâne doivent être mis au repos complet et soumis à un régime spécial et dans certains cas à un traitement spécial tel le traitement antisyphilitique par exemple, surtout s'ils présentent après l'accident des signes précurseurs de l'apoplexie tels de la céphalée persistante, des vertiges, des vomissements, les manifestations de petits ictus passagers qui sont si souvent signalés dans les observations et si l'on relève dans leurs antécédents des altérations cardiaques et vasculaires, de l'athérome, de l'alcoolisme, de l'albuminurie, de la syphilis, toutes conditions qui prédisposent à la rupture des vaisseaux. Le blessé sera donc soumis au repos, à un régime doux, à l'emploi des purgatifs; la plus grande sobriété sera conseillée; le travail intellectuel ou physique sera repris progressivement; les efforts qui prédisposent d'une façon si évidente à la rupture des vaisseaux malades seront à éviter. Lorsque l'apoplexie est constituée, il est des cas où l'évolution rapide, foudroyante, des accidents apoplectiques vers la mort ne permettra aucune intervention, mais, toutes les fois que l'évolution des accidents se fait d'une façon plus lente et laisse au chirurgien le temps d'intervenir, il faut se prononcer dans le sens de l'intervention *immédiate*. Nous avons vu que le plus souvent la cause de l'apoplexie était une hémorragie, soit des méninges (cas le plus fréquent), soit de la substance cérébrale; or ces hémorragies, même au niveau du cortex cérébral, sont justiciables d'une évacuation du foyer hémorragique, qui peut être suivie de guérison; la conduite est la même à tenir que dans les cas d'hémorragies succédant immédiatement au traumatisme. Mais il est bien difficile de prévoir, avant la trépanation, le siège de la lésion et la possibilité qui s'offrira au chirurgien d'évacuer le sang épanché. Dans mon cas, tout faisait présumer l'existence d'une hémorragie méningée; or la trépanation ne me permit de trouver aucun foyer d'hémorragie ni en dehors, ni en dedans de la dure-mère. Il s'agissait vraisemblablement d'une hémorragie intracérébrale dont le siège ne put pas être précisé. Le chirurgien se laissera guider dans son intervention par les signes de localisation observés. Les hémorragies méningées extradurales seront évacuées sans ouverture de la dure-mère. Si l'hémorragie siège au-dessous de la membrane fibreuse celle-ci apparaîtra tendue, privée de battements et bleutée, elle sera incisée pour permettre l'évacuation de l'hématome; dans le cas où les méninges seraient indemnes, l'exploration du cerveau s'imposera; les changements de consistance, de coloration de l'organe, l'absence de battements permettront de soupçonner un épanchement intracérébral cortical et sous-cortical, dont une ponction pourra parfois révéler l'existence; l'hématome reconnu sera évacué au bistouri.

Les cas opérés qui figurent dans notre statistique sont au nombre de 47. Deux parmi ces cas concernent des hémorragies intracérébrales qui ont été évacuées et guéries après incision de la substance nerveuse, ce sont les cas de Heusner (1888) et celui de Bartlett (1903). Généralement la trépanation a été faite pour des hémorragies méningées et surtout pour des hémorragies sous-durales; trois fois seulement dans nos 47 cas l'hématome était extradural; une fois il était à la fois sus et sous-dural. Sur les 47 cas opérés 10 ont succombé à la suite de la trépanation.

L'apoplexie traumatique tardive envisagée au point de vue médico-légal. — Ce côté de la question

présente un intérêt considérable. Nous devons admettre, ceci est bien établi par certains faits, nous l'avons vu, qu'un traumatisme peut à *lui seul* provoquer une apoplexie tardive. A l'appui de l'existence indiscutable de cette apoplexie tardive il faut citer surtout les faits qui ont été observés chez de jeunes sujets indemnes de toute tare susceptible de faire mettre en doute l'action unique du trauma. Ces faits sont assez nombreux dans ma statistique; nous avons déjà cité les cas autopsiés de Lewkovitsch, huit ans et demi; Bollinger, sept ans et treize ans; Adam, onze ans; Miller, douze ans; Fischer, quinze ans; Hösslin, dix-huit ans; Frank, vingt-six ans; les cas opérés de Hahn, cinq ans; de Sandoz, six ans; Gérard Marchant, treize ans; Sylvestrini, quinze ans; Heusner, quinze ans; de Hamilton, de Paître et Carrière, vingt ans; de Carson, de Nordman et Croisy, vingt et un ans; les cas cliniques de d'Espine, dix ans et demi; Souques, treize ans.

Chez ces jeunes sujets on ne saurait mettre en avant la prédisposition vasculaire à l'hémorragie, l'action du traumatisme devait être seule invoquée. Mais s'ils existent d'une façon certaine, les faits d'apoplexie traumatique tardive sont à la vérité assez rares, et il est souvent très difficile d'établir d'une façon exacte l'origine de l'apoplexie.

Or il ne faut pas demander au tableau clinique de l'apoplexie d'éclairer le diagnostic causal; le tableau clinique est à peu près le même en effet que l'hémorragie, qui en est généralement la cause, soit traumatique ou spontanée.

Les cas discutables sont surtout les cas purement cliniques; les cas opérés ou nécropsiés bénéficient au contraire pour l'interprétation des faits de la nature des constatations faites. L'existence d'une fissure cranienne, d'un hématome méningé, de lésions étendues des centres nerveux et de lésions disséminées en différents points de la masse encéphalique plaideront en faveur de l'origine traumatique de l'apoplexie.

Pour que l'on puisse admettre le rôle exclusif du trauma, il faut bien entendu que le traumatisme ait porté sur l'extrémité céphalique du sujet et qu'il ait été assez violent. Le médecin légiste doit donc rechercher sur le crâne les traces de la blessure récente incriminée et dans les certificats initiaux la relation du traumatisme cérébral subi. Nous ne saurions trop insister en passant sur la nécessité d'établir, dans les cas de traumatismes craniens qui peuvent toujours être sujets à contestations, des certificats d'origine très complets relatant les circonstances de l'accident, la nature de la blessure, les manifestations cliniques qui l'ont immédiatement accompagnée et suivie. Ces certificats très complètement rédigés pourront être d'un grand secours pour le médecin expert appelé à se prononcer.

Celui-ci cherchera à préciser le côté où a porté le trauma et celui où siège l'hémorragie, cause de l'apoplexie; l'hémorragie en effet siège plutôt du côté qui a subi le choc; cependant il n'y a rien de fixe à cet égard, car l'épanchement peut siéger dans les contusions par contre-coup en un point opposé au point d'application de la violence traumatique.

Il faut encore pour qu'on puisse admettre l'existence d'une apoplexie tardive d'origine traumatique que l'accident ne soit pas de date trop ancienne lorsque apparaissent les symptômes de l'apoplexie. Passé trois à quatre mois, il est vraiment bien difficile de mettre l'apoplexie sous la dépendance du trauma. C'est là une limite extrême de la période intercalaire. Se basant sur l'analyse des faits publiés Ribierre et Martin, dans leur rapport au IIe Congrès de médecine légale, ont admis que la durée de la période intercalaire était comprise entre quatre jours et sept semaines. Ces auteurs ajoutent : « Il nous paraît absolument abusif de faire rentrer dans le cadre des hémorragies traumatiques tardives, comme l'ont proposé certains auteurs allemands, des hémorragies survenues huit mois, vingt mois, deux ans après le traumatisme incriminé. Cette question de mesure est aussi une question de bon sens. »

Il faudra se préoccuper aussi pour l'interprétation des faits, des caractères de l'hémorragie, de son siège, de la multiplicité des foyers hémorragiques, lorsqu'on aura pu en constater l'existence par l'opération ou l'autopsie. Il n'existe pas de localisation spéciale pour l'hémorragie dans l'apoplexie traumatique nous l'avons vu, malgré l'opinion de Bollinger, qui considérait comme la règle les hémorragies siégeant dans les parois de l'aqueduc de Sylvius et du quatrième ventricule, ainsi que dans la substance cérébrale sous-épendymaire, hémorragies produites par le choc du liquide céphalo-rachidien. Néanmoins les hémorragies méningées sont celles dont l'existence est la mieux démontrée dans les cas d'apoplexie traumatique tardive; ce sont celles, nous disent Martin et Ribierre, qui ont le plus de chances de reconnaître une origine traumatique. On devra se souvenir aussi que l'hémorragie cérébrale spontanée a sa région de prédilection, elle est capsulaire. La multiplicité des foyers hémorragiques, en relation avec l'existence de plusieurs foyers de contusion sera également, dans les cas dont l'origine est discutée, en faveur de l'hémorragie traumatique.

Il faudra tenir compte dans la discussion du diagnostic étiologique de l'apoplexie des manifestations cliniques qui ont accompagné et suivi le traumatisme. Au moment de l'accident on a pu noter l'existence, fait important, des signes ordinaires d'une commotion cérébrale plus ou moins intenses et plus ou moins durables; dans la période intercalaire qui s'étend de l'accident à l'apoplexie, le blessé a pu ne présenter aucun trouble cérébral, mais souvent aussi il a existé des symptômes cérébraux tels que céphalée, vertiges, troubles psychiques, etc..., dont il faut tenir le plus grand compte; ces symptômes de relation, comme les appelle Groc, devront être recherchés avec soin, car leur succession pour ainsi dire ininterrompue depuis le moment de l'accident jusqu'à l'apoplexie servira très utilement à établir la relation de cause à effet.

Enfin dans le diagnostic causal il est un point d'importance capitale à préciser, c'est l'*état antérieur* du blessé. Il faut rechercher si dans ses antécédents et surtout dans les temps qui ont précédé l'accident il n'a pas présenté des troubles cérébraux (céphalée, vertiges, éblouissements, etc...) qui pourraient être mis sur le compte de lésions vasculaires imputables à l'artério-sclérose, à la syphilis, à l'alcoolisme, à certains états diathésiques et à certaines intoxications, car dans ce cas le traumatisme ne pourrait être incriminé *seul* dans la production des accidents apoplectiques; son rôle serait plus effacé et se réduirait à celui d'une cause occasionnelle ayant favorisé ou hâté la rupture vasculaire chez un individu prédisposé par son état antérieur. Souques, chez une de ses malades qui était alcoolique, estimait que le traumatisme avait aggravé l'artério-

sclérose préexistante et hâté la rupture vasculaire. Chez les jeunes sujets cet état antérieur ne peut guère être invoqué; mais chez les sujets déjà âgés il y a lieu de s'en préoccuper grandement soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomique s'il y a eu mort suivie d'autopsie; c'est pourquoi le cœur, le rein devront être examinés avec un soin tout particulier; les manifestations de la syphilis, de l'artério-sclérose, de certaines intoxications par l'alcool, par le plomb, seront recherchées; la tension sanguine sera mesurée. Ces causes prédisposant à la rupture vasculaire ont été signalées dans un certain nombre de cas étiquetés apoplexie traumatique tardive. Ainsi dans ma statistique personnelle pour ne parler que des cas authentifiés par l'autopsie, dans sept cas sur trente-quatre autopsiés, les auteurs ont relevé des lésions de néphrite chronique et d'athérome.

En présence de ces faits on conçoit combien le rôle d'appréciation du médecin expert pourra parfois être délicat, lorsqu'il s'agira de fixer dans quelle mesure le trauma subi est responsable à lui seul des désordres cérébraux observés plus ou moins tardivement après l'accident. Mais il doit ressortir de cette étude qu'il y a des cas, dans lesquels le trauma doit être seul incriminé dans la production de l'apoplexie traumatique tardive.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DES CAS RETENUS DANS NOTRE STATISTIQUE COMME CAS D'APOPLEXIE TRAUMATIQUE TARDIVE VRAIE

Cas autopsiés. — LEWKOWITSCH. *Jahr. f. Kind.*, 1878, t. XII. Cité par BRANDESS. In *Deut. Zeit. f. d. Ges. ger. Med.*, 2e volume, Berlin 1923.
BOLLINGER (4 cas). Ueber traumatische Spätapoplexie, *Intern. Beit. z. Wissen. Med.*, Rudolf Wirchow Gewidenet, 1891, Bd II.
KOB. *Viert. f. gerich. Med.*, 1895, p. 129.
LEDDERHOSE. *Revue de chir.*, Paris 1896, p. 253.
MICHEL. *Wiener klin. Woch.*, 1896, p. 789, et in Thèse LAMBERT, p. 40.
ADAM. *Festsch. f. Hagen.*, Burkhardt, 1897, p. 213.
MAZURKIEWICKZ. *Jahrb. f. Psych. und Neurol.*, 1900, Bd XIX.
BRUNS. *Centrabl. med. Woch.*, 1901, p. 635.
TRUKA. *Wiener klin. Woch.*, 1901, n° 45, et cité par BRANDESS. In *Deut. Zeit. f. d. ges. ger. Med.*, 1923, Bd II, p. 610.
KOLBEN. *Wiener med. Woch.*, 1901, p. 1207.
HÖSSLIN. Ueber einen Fall von traumatische Spätapoplexie, *Th. de Münich*, 1901.
HILTON. In Thèse MARTIAL. De l'hémiplégie traumatique, *Th. de Paris*, 1901-1902.
BROWNING. In Thèse MARTIAL. *Id.*
KRON. *Deut. med. Woch.*, 1903, t. XXIX, p. 656.
STADELMAN. *Deut. med. Woch.*, 1903, p. 95.
KORTEZ. *Deut. med. Woch.*, 1903, p. 118. Cité par ALLEN.
LAFFORGUE. *Bull. méd.*, oct. 1904, n° 81.
SOUQUES. *Revue de neurol.*, 1905, t. II, p. 1212.
VIBERT. *Les Accidents du travail*, 1906, p. 479.
FRANK. *Münch. med. Woch.*, 1909, p. 761.
MILLER. *Lancet*, 1909, t. II, p. 1339-1345.
DEE (2 cas). *Lancet*, 1910, t. I, p. 463.
DE HARTOPH. *Monat. f. Unf.*, 1910, t. XVII, p. 141-143.
BALLANCE. *Practitioner*, 1910, p. 121-133. Cité par HANNA, COOMBE et GORDON.
GUILLAIN et BARRÉ. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1915-1916, t. XL, p. 1473.
HERMANN FISCHER. *Sammlung klin. Vorträge*, chirurgie, 1918, Bd XII, p. 525-576.
DEMOLE. *Corresp. Blatt. f. Schweizer Ærzte*, 1918, t. XLVIII, p. 1191-1197.
MAZEL. *Ann. de méd. légale*, 1922, t. II, p. 321-324.
DERVIEUX et PIÉDELIÈVRE. *Ann. de méd. légale*, 1922, t. II, p. 268.
PARISOT et MORIN. *Ann. de méd. légale*, 1923, t. II, p. 411-415.

Cas opérés. — SYLVESTRINI. *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1883, p. 43.
HULKE. *Lancet*, 1883, t. II, p. 814. Cité par ALLEN. *Surg., gyn. and obst.*, 1909, t. IX.
ARMSTRONG. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1887, p. 679. Cité in Thèse de LAMBERT. *Hémorragies cérébrales tardives d'origine traumatique*, Paris 1905-1906.
STEWART. *Brit. med. Journ.*, 1887, vol. I, p. 877. Cité par ALLEN. Loc. cit.
CECI. *Bull. méd.*, 1888, et in Thèse de PIERRE, Lyon 1899-1900.
DURET. *Bull. du Congrès franç. de chir.*, 1891.
WELLS. *Med. Record*, mai 1892, p. 541. Cité par ALLEN. Loc. cit.
RANSOHOFF. Mémoires publiés par l'*Académie royale de Belgique*, 1893, et in Thèse de PIERRE. Loc. cit.
HAMILTON. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1894, p. 952. Cité par ALLEN. Loc. cit.
FLETCHER. *Medical Record*, fév. 1896, t. I, p. 248. Cité par ALLEN. Loc. cit.
VIAL. *Loire méd.*, 15 janv. 1897, et in Thèse de PIERRE. Loc. cit.
GÉRARD-MARCHANT. In Thèse de PIERRE, Lyon 1899-1900.
HAHN. *Id.*
BOYD. *Id.*
KILIANI. *Ann. of surg.*, 1901, p. 325. Cité par ALLEN.
KAMERER. *Ann. of surg.*, 1901, p. 325. Cité par ALLEN.
KEEN. *Amer. Journ. med. Assoc.*, 1901, p. 633. Cité par ALLEN.
CARSON. *Amer. Journ. of med. sciences*, 1902, p. 134. Cité par ALLEN.
BARTLETT. *Hahnens. Monthly*, 1903, p. 741.
BARETTE. *Bull. du Congrès franç. de chir.*, 1903, p. 197.
HARRIS et GORDON. *Lancet*, 1904, t. I, p. 1199.
HEUSNER (2 cas). Cité in Thèse de LAMBERT. *Hémorragies cérébrales tardives d'origine traumatique*, Paris 1905-1906.
SANDOZ. Cité in Thèse de LAMBERT. *Id.*
GUERRY. *Journ. Southern Carolina med. Assoc.*, 1906, t. II, p. 328. Cité par ALLEN. Loc. cit.
BURNS. *Lancet and Clin.*, 1907, p. 82. Cité par ALLEN. Loc. cit.
HUME. *Lancet*, 1908, t. II, p. 866.
ALLEN (2 cas). Delayed apoplexy, *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1908, t. XXXV, p. 763; — *Journ. of surg., gyn. and obst.*, 1909, t. IX, p. 299-314.
GOLDING BIRD. Cité par ALLEN. *Id.*
HANNA, COOMBE et GARDEN. *Practitioner*, 1910, p. 121-123.
MEYER (3 cas). *Mitt. aür. d. Grenz. d. med. und Chir.*, 1911, p. 878-880.
VISCHER (2 cas). *Arch. f. klin. Chir.*, 1914, t. CIV, p. 455.
JENTZER. *Soc. méd. de Genève*, 11 déc. 1919, et cité par NAVILLE. Loc. cit.
NORDMANN et CROISY. *Loire méd.*, fév. 1920, n° 2, p. 67.
PHELIP. *Soc. de chir. de Paris*, 13 juillet 1921. Rapport de ROUVILLOIS.
DALLAS. Cité par ROQUES dans sa Thèse de Bordeaux, 1921. *Hémorragies sous-dure-mériennes consécutives aux traumatismes craniens.*
APOSTOLIDÈS. *Id.*
CHIENE. *Trans. of the amer. surg. Assoc.*, 1921.
ROCHET. Cité par JABOT. Contribution à l'étude des hémorragies intradure-mériennes posttraumatiques tardives, *Th. de Lyon*, 1924.
MICHEL. *Id.*
PAÎTRE, CARRIÈRE et BERTIN. *Lyon chir.*, mars-avril 1924.
F. NAVILLE. Etude sur trois cas d'hémorragies intracraniennes posttraumatiques tardives, *Ann. de méd. légale*, avril 1925, p. 147.

Cas cliniques. — BÖHNE. *Forts. d. med. Berlin*, 1902, t. XX, p. 1215. Cité par LAMBERT. Loc. cit.
SOUQUES. *Revue de neurol.*, déc. 1907, p. 408.
HOCHHEIM. *Münch. med. Woch.*, 1907, p. 214.
BOUSQUET et ANGLADE. *Montpellier méd.*, 1909, t. XXIV, p. 303.
ABADIE. In Thèse de GROC, Bordeaux 1911. *Contribution à l'étude de l'apoplexie traumatique tardive.*
D'ESPINE. *Presse méd.*, 1911, p. 401.

WIMMER. *Med. Klin.*, 1907, p. 193.
SCHUSTER. *Münch. med. Woch.*, 1913, t. LX, p. 2404.
HERMANN FISCHER (3 cas). *Sammlung klin. Voiträge*, chirurgie, 1918, Bd XII, p. 525-576.
BÜDINGER (2 cas). *Med. Klin.*, Berlin 1921, t. XVII, p. 584-588.

A ces cas cliniques qui me paraissent pouvoir être retenus comme des cas réels d'apoplexie traumatique tardive, s'ajoute le *cas personnel* qui a été le point de départ de ce mémoire.

Il existe un certain nombre d'observations dans la littérature dont je n'ai pas cru devoir faire état dans ma statistique tant elles sont résumées par les auteurs qui les ont signalées. Ainsi Meyer, dans son travail de la Clinique de Heidelberg publié en 1911 sur les hémorragies méningées tardives d'origine traumatique, rapporte que Wieseman a noté des cas d'hémorragie *extradurale* où les phénomènes de compression étaient survenus au huitième jour, au onzième jour et même au dix-huitième jour, sans donner plus de détails. Il cite un cas de Broer où la période intercalaire aurait été de douze jours dans une hémorragie *extradurale*. Meyer, dans son travail, insiste sur ce fait que c'est dans les hémorragies sous-durales que la « latenzperiod » est beaucoup plus longue, et il rapporte à l'appui les cas suivants où la période latente a atteint : trois mois (Mursinna), dix jours (Salomon), huit mois (Boyd Stanley), deux mois (Silvestrini), trois mois (Mac Ewen), dix mois (Winckler).

Peu nous importe, du reste, quelques cas de plus ou de moins publiés dans la littérature; nous en avons réuni un nombre suffisant pour montrer l'existence réelle de l'apoplexie traumatique tardive indépendamment de toute prédisposition vasculaire; ces faits doivent être très présents à l'esprit du médecin légiste qui ne saurait méconnaître le rôle exclusif du traumatisme dans un certain nombre de cas, et à l'esprit du chirurgien qui, en particulier dans les hémorragies méningées sous-durales, pourra par une évacuation faite à temps du caillot compresseur obtenir une guérison complète.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 JANVIER 1927)

Sur l'oxydation microbienne du soufre au cours de l'ammonisation. — M. G. GUITONNEAU.

Le spirochète du Pian (*Spiracœta per tenuis*) **; sa coloration.** — M. J. SABRAZÈS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1927)

Eloge. — M. le président Gley lit une notice nécrologique sur M. Joseph Balland, pharmacien principal de l'armée en retraite, membre associé national depuis 1910. Il rappelle ses nombreux travaux sur toutes les questions d'alimentation, et en particulier sur la panification.

Acidité ionique et constitution chimique de certaines sources de Saint-Nectaire. — MM. LESCŒUR et SERANE. L'acidité ionique de treize sources de Saint-Nectaire varie à l'émergence entre pH 6,3 et pH 7,1, selon les sources, et d'après un ordre qui est en général celui des températures ; ces pH sont un peu inférieurs à ceux des eaux récemment embouteillées. La connaissance du pH permet de définir l'équilibre entre l'acide carbonique et les bicarbonates dans les eaux de Saint-Nectaire. Par une formule dérivée de celle de Henderson, on peut à l'aide du pH calculer pour chaque source le rapport $\frac{\text{CO3 total}}{\text{alcalinité à 003}}$. Ce rapport se confond en fait pour la plupart des sources de Saint-Nectaire avec une donnée facile à déterminer chimiquement $\frac{\text{CO3 total}}{\text{alcalinité totale}}$; deux sources — Gros Bouillon et Saint-Césaire — faisant toutefois exception à cette règle.

Application de l'ostéosynthèse temporaire à la rotation des os longs suivant leur axe. — M. OMBREDANNE. Le dispositif employé depuis longtemps par l'auteur ne sert pas seulement à localiser la contention exacte des os fracturés, il permet aussi de rendre mathématique, pour ainsi dire, la correction de certaines déformations osseuses. C'est de cette application spéciale que M. Ombredanne parle aujourd'hui en donnant des exemples.

Le schéma du dispositif est le suivant : On dégage d'abord la région de l'os où doit avoir lieu l'ostéotomie. Puis, au-dessus et au-dessous du point choisi pour la section transversale à 2 ou 3 centimètres, on place avant toute section les deux vis de synthèse. Si la rotation qu'on veut obtenir est de 90° par exemple, une des vis, celle du fragment supérieur est enfoncée directement d'avant en arrière; celle du fragment inférieur est enfoncée transversalement, les axes des deux vis faisant, par conséquent, un angle de 90°. On exécute alors l'ostéotomie à la scie de Gigli, puis on amène les deux vis au parallélisme et on solidarise leurs deux têtes.

Grâce à cette manœuvre, on est certain d'avoir obtenu exactement le degré de rotation cherché; d'autre part, on est certain aussi que le degré de rotation restera immuable jusqu'à la consolidation de l'ostéotomie grâce à la synthèse.

M. Ombredanne donne ensuite des indications cliniques en exposant la conduite à tenir dans le *pied bot varus équin congénital*, dans la *luxation congénitale de la hanche* et dans la *paralysie obstétricale du plexus brachial*.

Comme dans les ostéosynthèses pour fracture, il suffit, chez les enfants de laisser en place, pendant quinze jours le dispositif. A ce moment, on supprime la pièce de connexion et les vis s'enlèvent avec la plus grande facilité. Un appareil plâtré est mis en place pour donner à la consolidation osseuse déjà presque accomplie le temps de se parachever.

Cet emploi nouveau du dispositif d'Ombredanne méritait d'être signalé pour les services qu'il est appelé à rendre.

L'infection du cristallin. — M. MORAX. L'infection du cristallin ne s'observe guère que dans les traumatismes avec pénétration d'un éclat de pierre ou de fer dans la lentille de l'œil. La capsule cristallinienne, membrane élastique continue qui entoure cet organe constitue une barrière infranchissable. Dans une série de faits cliniques, l'infection cristallinienne était causée par des microbes sporulés qui, dans les conditions habituelles, ne sont pas doués de propriétés pathogènes, le Bacillus subtilis, par exemple. Les recherches expérimentales pratiquées sur le lapin ont montré que les spores du B. Subtilis ou de la bactéridie charbonneuse injectés dans le cristallin manifestaient une action pathogène alors que leur injection dans la chambre antérieure ne donnait lieu à aucun trouble.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1926)

Sur la fonction thiopexique et thiooxydante du foie. — MM. LOEPER, GARCIN et LESURE rappellent les recherches de Robin sur les variations de l'oxydation du soufre dans l'insuffisance hépatique et montrent que les variations du soufre sanguin suivent à très peu près les variations urinaires.

Ils trouvent la preuve de la fixation du soufre par le foie et de son oxydation dans le dosage comparatif du taux de la veine-porte et de la sus-hépatique qui donne pour la veine

sus-hépatique moins de soufre que pour la veine-porte et un rapport d'oxydation plus élevée.

Ils trouvent une autre preuve dans la richesse du foie en soufre et en soufre oxydé, le soufre entrant aussi dans la composition même du pigment hépatique comme il entre dans la composition du pigment surrénal.

Le soufre qui parvient au foie lui arrive par les mésentériques et la splénique, par conséqnent par l'alimentation et par l'hémolyse. Les fortes hémolyses déposent du soufre en excès dans le foie comme elles y déposent du fer, les deux produits dérivant parallèlement de la lyse des hématies.

La cirrhose bronzée est de toutes les cirrhoses celle qui contient à la fois le plus de fer et le plus de soufre.

Recherches sur l'œdème local provoqué. Action expérimentale de l'adrénaline et du nitrite d'amyle — MM. E. Schulmann et J. Marek étudient l'œdème provoqué localement par l'injection de sérum physiologique dans l'hypoderme de l'oreille du lapin. Mesuré à la seringue de Barthélemy, injecté avec une très fine aiguille, le liquide forme une boule d'œdème dont la durée est assez égale à elle-même, cinq minutes en moyenne, les chiffres maximum et minimum obtenus variant seulement d'une minute.

A l'aide de cette méthode, les auteurs recherchent l'action du système vaso-moteur périphérique sur la résorption du liquide injecté en employant successivement l'adrénaline et le nitrite d'amyle. Ils apportent les résultats suivants : après l'injection intraveineuse de 1/4 de milligramme d'adrénaline, la durée de la boule passe de cinq minutes à onze minutes, par contre, l'inhalation d'une ampoule de nitrite d'amyle amène une véritable fuite de l'eau et l'œdème ne dure plus que deux minutes.

Ces expériences prouvent l'action indéniable des capillaires périphériques sur la constitution et l'organisation de certains œdèmes. Les causes agissantes sont vraisemblablement multiples : vitesse du sang modifiée, calibre des capillaires élargi ou rétréci, variation de l'épaisseur de la paroi filtrante modifiant la perméabilité.

Formule leucocytaire et anticorps antituberculeux. — M. A. Prunell. L'existence d'anticorps tuberculeux a coïncidé, dans la majorité des cas, avec une lymphocytose relative et une mononucléose discrète : 27 réactions de fixation positives sur 51 cas examinés, soit un pourcentage de 52,94 p. 100. Au cours de la légère neutrophilie observée (72 à 77 p. 100), les auteurs ont trouvé 16 réactions de fixation positive sur les 51 cas étudiés, soit un pourcentage de 31,36 p. 100. C'est dans le cas de formule leucocytaire à polynucléose prononcée (82,86 p. 100), qu'ils ont constaté le plus grand nombre de réactions de fixation négatives. Sur les 51 cas examinés, ils ont trouvé 8 réactions de fixation négatives, soit un pourcentage de 15,70 p. 100. Il faut noter que cette dernière formule leucocytaire correspond aux périodes avancées de l'infection.

D'une manière générale, il apparaît donc qu'il existe une certaine relation entre la présence d'anticorps tuberculeux et l'irruption discrète dans la circulation sanguine d'éléments leucocytaires provenant du système lymphoïde (lymphocytes et mononucléaires).

Structure d'un testicule de singe greffé à l'homme depuis trois ans et demi. — M. Retterer. Etudiés au microscope, les reliquats d'un greffon testiculaire de singe enlevé chirurgicalement, présentaient : 1° des cordons de tissu épithélial de $0^{mm}1$ à $0^{mm}4$ en voie d'évolution fibreuse, et 2° une masse intermédiaire ou intercordonale dont la portion avoisinant les cordons était à l'état de tissu réticulé plein, et la portion la plus éloignée, transformée en tissu muqueux. Ces faits de structure confirment toutes les expériences faites par S. Voronoff sur les animaux. Les tubes séminipares du greffon survivent, mais leur revêtement épithélial évolue en tissu conjonctif. Tant qu'il reste de l'épithélium et du tissu conjonctif jeune, le greffon exerce une influence générale sur le porte-greffe; dès que la réserve épithéliale tend à s'épuiser à la suite de ses transformations en tissu conjonctif, l'action du greffon s'amoindrit.

Isolement et culture des spirilles et spirochètes des eaux. — M. René Vincent

De la stabilité de l'immunité antitétanique réalisée par l'anatoxine. — M. Chr. Zœller a étudié les variations de l'immunité antitétanique sous l'influence de facteurs divers. Chez l'homme il a constaté qu'une injection de rappel pratiquée au moment d'une réaction sérique, d'une angine, d'une affection dite anergisante (rougeole, grippe) reste efficace et provoque un bond antitoxique comme chez un sujet sain. Sur des cobayes vaccinés, soumis à l'injection d'une culture de bacille tétanique, il a recherché l'effet du froid, de la chaleur, de la fatigue, du traumatisme. Chez les cobayes qui n'ont reçu qu'une injection d'anatoxine tétanique et qui sont en cours d'immunisation le refroidissement fait apparaître un tétanos local. Chez les cobayes vaccinés par des injections d'anatoxine les facteurs accessoires ne viennent pas à bout de l'immunité vaccinale et les cobayes restent indemnes même lorsque l'inoculation d'épreuve a été faite au niveau d'un foyer de fracture. Ces expériences confirment d'une part l'importance du refroidissement dans l'éclosion du tétanos chez les sujets relativement réceptifs et montrent d'autre part la stabilité de l'immunité vaccinale une fois installée.

Contribution à la culture des tissus « in vivo » dans les phénomènes de la cicatrisation des plaies superficielles. — M. Robert-Wallich. Pour permettre la croissance cellulaire prolongée *in vitro*, il est indispensable d'ajouter au milieu de cultures, des substances servant d'aliment aux cellules et que Carrel englobe sous le nom général de tréphones.

M. Robert-Wallich active la croissance cellulaire *in vivo* en appliquant directement sur les plaies, soit des solutions de jus de tissu embryonnaire de poulet, soit des solutions de peptone de Witte à 5 p. 100 dans du sérum physiologique, et obtient ainsi une réviviscence des plaies atones, et une augmentation de la vitesse de cicatrisation des plaies normales.

Contribution à l'étude de la culture des tissus « in vivo » par la méthode du comblement plasmatique. — M. Robert-Wallich démontre que le coagulum de plasma, qui favorise la croissance cellulaire *in vitro*, la favorise également *in vivo*. Le propre plasma de malades porteurs de plaies profondes est utilisé pour combler leurs pertes de substance. Il se forme très rapidement un coagulum adhérent; ce substratum fibrineux, véritable colle physiologique, facilite la poussée cellulaire en lui servant de support.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1926)

Sur un syndrome psycho-somatique caractéristique d'un état d'acidose rénale. — M. Pages. Il est possible de diagnostiquer l'acidose rénale en présence d'un état confuso-dépressif avec paroxysmes anxieux et signes cardio-rénaux.

L'auteur donne une analyse du syndrome, propose une interprétation physio-pathologique des troubles observés, indique l'action souvent favorable d'une thérapeutique appropriée et montre l'intérêt pratique et théorique d'une étude basée sur dix-sept observations.

De la spondylite mélitococcique et de son diagnostic avec le mal de Pott. — M. Roger (de Marseille) rappelle les symptômes de la spondylite melitococcique qu'il a décrite. Il insiste sur les caractères qui la différencient du mal de Pott, diagnostic souvent délicat. Evolution après une fièvre de Malte nettement caractérisée par la clinique et les épreuves du laboratoire; douleur provoquée moins limitée à une ou deux vertèbres, douleur spontanée moins bien calmée par le décubitus que dans le mal de Pott; intégrité habituelle des clichés radiographiques, existence de sueurs et de fièvre. On n'oubliera pas enfin que la melitococcie fait souvent le lit de la tuberculose pour laquelle elle crée un état anergique.

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1926)

Etat méningé puriforme aseptique avec état de mal épileptique d'origine alcoolique. — MM. Giraud, Puech et Chardonneau. Un homme de quarante-cinq ans, alcoolique

avéré, présente une série de crises épileptiques généralisées avec prédominance du côté droit du corps et de la face qui, en trois jours, deviennent subintrantes. La ponction lombaire ramène un liquide louche aseptique. Sous l'influence d'injections de somnifène les crises cessent rapidement pour ne plus reparaître. Trois jours après on retire du liquide céphalo-rachidien normal. Le malade sort bientôt de l'hôpital.

En l'absence d'autre cause infectieuse ou toxique, on doit considérer que l'alcoolisme est à l'origine de cet orage encéphalo-méningé, bien que le dosage de l'alcool n'ait pu être pratiqué, et malgré la rareté des irritations méningées par l'intoxication alcoolique.

Septicémie éberthienne à forme de broncho-pneumo-typhus. — MM. Ducamp, Blouquier de Claret et Chaptal rapportent l'observation d'une malade ayant présenté un syndrome asphyxique rapidement mortel avec foyer de bronchopneumonie gauche et état infectieux grave (température à 40 degrés, pouls à 120, splénomégalie).

L'hémoculture donna du bacille d'Eberth.

L'autopsie et l'examen histologique montrèrent des lésions caractéristiques de bronchopneumonie en opposition avec des lésions intestinales minimes et tout à fait à leur début.

Les auteurs insistent sur la rareté et la difficulté de diagnostic de ces cas où un syndrome de broncho-pneumonie marque le début de la fièvre typhoïde et lui imprime une allure clinique tout à fait spéciale.

Appendice géant. — MM. Forgue, Mourgue-Moline et Lapeyrie présentent un hydro-appendice, du volume d'une très grosse banane, trouvé fortuitement chez une femme de soixante ans au cours d'une laparotomie pour fibrome utérin. Cet appendice géant ne s'était signalé par aucun trouble.

(Séance du 3 décembre 1926)

Les réflexes dans la névraxite épidémique. — MM. Euzière et Pages. La variabilité des divers réflexes et l'influence de la sommation des excitations sur l'apparition des réflexes paraissent assez fréquentes dans la névraxite épidémique et caractéristiques de cette affection.

Ces particularités s'expliquent par la notion de dégénérescence mucocytaire qui gênerait le passage de l'influence nerveuse.

Valeur comparée de l'indice de polypeptidémie et de l'indice de désamination. — MM. Puech et Cristol critiquent la signification donnée à l'indice de désamination par MM. Fiessinger, Olivier et Herbain (*Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 nov. 1926).

Au point de vue théorique la valeur de l'indice de polypeptidémie qu'ils ont étudié leur paraît plus grande car c'est une valeur absolue tandis que l'indice de désamination n'est qu'un indice de polypeptidémie relatif rapporté à l'azote total non protéique qui contient les résultats de métabolisme azoté très différents. Il ne saurait, de ce fait, servir à l'étude de la fonction urégénique du foie.

Des résultats obtenus chez de très nombreux malades, il apparaît que les valeurs des deux indices sont assez variables aussi bien chez les rénaux que chez les hépatiques. Enfin, un facteur tissulaire, histolytique, joue un rôle essentiel dans leur déterminisme. On ne saurait le négliger dans l'interprétation des résultats.

Sur un procédé pratique et facile pour mettre en évidence de minimes quantités de liquide dans les ascites. — M. Lauze (d'Aimargues). Il consiste en ce que l'auteur appelle le « signe de la toux ». Le malade étant en décubitus horizontal, tête basse et en résolution musculaire aussi complète que possible, on recherche le phénomène du flot transabdominal. On fait tousser le malade. Sous l'effet de la toux la poussée abdominale collecte le liquide dans les parties déclives, et dans ces conditions le flot est nettement transmis.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA PROPRIÉTÉ COMMERCIALE (1)

LOI DU 30 JUIN 1926

Délais. — La loi fixe les délais pour demander le renouvellement du bail.

Locataires par bail. — L'article 2 déclare que le locataire, le cessionnaire ou leurs ayants cause qui voudront obtenir le renouvellement d'un bail écrit, doivent, dans le délai maximum de deux ans et minimum de dix-huit mois avant l'expiration du bail, notifier une demande de renouvellement au propriétaire par acte extrajudiciaire, ou par lettre recommandée, avec avis de réception.

Mais si les baux ont moins de deux ans à courir de la date de la promulgation de la loi, l'article 14 de la loi décide, à titre transitoire, que le délai de dix-huit mois n'est pas opposable au locataire. Pour le renouvellement de ces baux, la demande doit être formée avant l'expiration du bail, et au plus tard dans les trois mois suivant la promulgation de la loi.

Locataires verbaux. — Les locataires en possession au 1er juillet 1926 peuvent demander le renouvellement dans les six mois qui suivent la promulgation de la loi (art. 15). On sait que les lois, qui ont prorogé les baux expirés, ont cessé d'avoir application à partir du 1er juillet 1926, pour les commerçants et les industriels. La demande de renouvellement est donc nécessaire, si ceux-ci veulent continuer à jouir des locaux où ils sont établis.

La loi prévoit, en second lieu, le sort des locataires verbaux dans l'avenir. Les locataires, dispose l'art. 17, qui pourront invoquer, en vertu d'un bail verbal, une jouissance consécutive d'au moins neuf années, pourront demander un renouvellement de bail pour une durée de trois ans, dans les conditions fixées par l'article 3. La demande doit être formée par acte extrajudiciaire dans le mois qui suivra le congé donné par le propriétaire.

Procédure. — La demande de renouvellement étant formée, la loi prévoit alors la procédure qui s'engage entre le propriétaire et le locataire.

L'article 2 dispose que faute d'accord entre les parties dans les deux mois de la notification de la demande, le bailleur et le locataire comparaissent à la requête de la partie la plus diligente, et quel que soit le montant du loyer, devant le président du Tribunal civil de la situation de l'immeuble : le Président a pour mission de concilier les parties en vue du renouvellement sollicité et de faire consigner, le cas échéant, leurs prétentions respectives, et notamment les motifs de refus opposés par le bailleur.

Si l'une des parties ne comparaît pas, le juge ordonne son assignation, avant de prononcer défaut. Le locataire défaillant est déchu du bénéfice de la loi; le propriétaire défaillant est présumé consentir au renouvellement du bail dont le prix et la durée sont réglés dans les conditions prévues à l'article 3. Toutefois, la partie défaillante a le droit de faire opposition dans le délai de quinzaine de la signification de l'ordonnance rendue contre elle.

Les parties, dit l'article 2, comparaissent en personne. Cependant, elles peuvent se faire assister ou, en cas d'excuse, se faire représenter par un avoué ou un avocat régulièrement inscrit, dispensé de procuration.

Les actions engagées en vertu de la loi du 30 juin 1926 sont portées devant le Tribunal civil de la situation de l'immeuble et *se prescrivent par une durée de deux années.*

Le différend entre le bailleur et le locataire peut ne porter que sur le prix, la durée, les conditions accessoires du bail ou sur l'ensemble de ces éléments. En ce cas, chacune des deux parties désigne un arbitre (art. 3); la principale mission des arbitres est de fixer le prix du bail renouvelé. A cet effet, ils doivent tenir compte de toute considération de fait, et notamment de la situation économique. Mais il se peut que des offres importantes d'augmentation de loyer aient été faites au pro-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 102, p. 1658.

priétaire : si le propriétaire justifie d'une offre faite par un tiers, les arbitres vérifient la sincérité et la réalité de cette offre, que le propriétaire peut accepter si le locataire ne peut pas faire une offre égale. Les arbitres, dans la fixation du loyer, doivent examiner si l'offre est hors de proportion avec la valeur sur laquelle le propriétaire pouvait raisonnablement compter. Le locataire qui renoncera au renouvellement du bail en raison du prix excessif du loyer imposé par l'offre pourra réclamer une indemnité d'éviction dans les termes de l'article 4 de la loi, indemnité qui est à la charge du nouvel occupant et versée par lui avant son entrée en jouissance; faute de quoi le propriétaire sera tenu du paiement.

Quant à la durée du bail, la loi décide que, sauf accord entre les parties, la durée du nouveau bail imposé par les arbitres sera égale à celle du bail eu cours, sans toutefois dépasser neuf années.

INDEMNITÉ DUE AU LOCATAIRE EN CAS DE REFUS DE RENOUVELLEMENT. — Le bailleur peut refuser de renouveler le bail (art. 4); il peut refuser purement et simplement, lorsque la demande de renouvellement lui est adressée; il peut aussi refuser sous des conditions déterminées, en application des articles précédents (art. 2 et 3). En cas de refus, et si les motifs allégués par lui ne sont pas jugés graves et légitimes à l'encontre du locataire sortant, celui-ci a droit à une indemnité égale au préjudice causé par le défaut de renouvellement.

L'indemnité n'est donc due aux termes de la loi qu'en l'absence de motif légitime; ce qui est laissé à l'appréciation des tribunaux. Cependant, même si le bailleur peut invoquer un juste motif, le locataire peut avoir droit à une indemnité basée sur l'enrichissement procuré au nouveau locataire, au cas où celui-ci exerce un commerce similaire.

En ce qui concerne la demande en indemnité, il faut que le locataire assigne le bailleur devant le Tribunal civil de la situation de l'immeuble; l'assignation est délivrée dans la quinzaine du procès-verbal de non-conciliation devant le Président ou de la notification par lettre recommandée du renouvellement opposé par le propriétaire. La loi accorde au propriétaire une faculté, qui est la contre-partie de celle qui est accordée au locataire estimant excessif le prix de loyer fixé par les arbitres et n'admettant pas les clauses et conditions imposées par eux : le propriétaire, dit la loi, qui aura succombé pourra néanmoins, dans la quinzaine de la signification de la décision définitive, se soustraire au paiement de l'indemnité, à charge par lui de supporter les frais de l'instance et de consentir au renouvellement du bail dont les conditions, en cas de désaccord, seront fixées conformément aux règles de l'article 3.

Il n'est pas douteux que la fixation de l'indemnité dont il s'agit sera très difficile; elle s'applique, en effet, à un préjudice futur, qui peut ne pas se produire. Le locataire peut, en effet, trouver un autre local, y exercer son commerce ou son industrie, sans perdre sa clientèle; le préjudice peut être inexistant. La tâche des tribunaux sera compliquée, car ils auront à apprécier la réparation d'un dommage inconnu, puisqu'il s'applique à l'avenir. C'est à leur sagesse qu'il faudra faire confiance.

(A suivre.)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE DE L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE (2-3-4 décembre 1926). — La dernière assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux de France, réunie en décembre dernier, salle des Sociétés savantes, a fixé l'attitude que ce groupement, qui réunit, à l'heure actuelle, la très grande majorité des médecins

syndiqués, compte adopter à l'égard des problèmes qui se posent devant le Corps médical.

La question des Assurances sociales qui, naguère, déchaîna tant d'orages, a été discutée dans le plus grand calme; et c'est à l'unanimité que fut voté l'ordre du jour terminant cette partie des débats. C'est dire que l'Assemblée a nettement défini le terrain sur lequel prend position l'unanimité des Syndicats représentés :

Ce terrain, c'est celui de la *liberté contractuelle*, c'est-à-dire du droit que l'Union réclame, pour chaque Syndicat affilié à l'Union, de régler localement, en toute liberté, par contrat avec les Caisses, tout ce qui a trait au service médico-chirurgical d'assurance-maladie des dites caisses.

Dès l'ouverture des débats, le secrétaire général fit l'historique des événements depuis l'assemblée extraordinaire de juillet et relata notamment l'entrevue récente (novembre 1926) entre la Commission sénatoriale d'Hygiène, de Prévoyance et d'Assurances sociales, d'une part, et, d'autre part, une délégation de l'Union, composée des docteurs Decourt, Lefèvre, Lenglet et Cibrie.

La délégation a rappelé les votes des assemblées générales antérieures et lu à la Commission sénatoriale une note exposant l'attitude de l'Union.

En substance, cette note s'élevait contre les restrictions que le projet de loi d'Assurance sociale apporte au droit de contracter des parties en cause : caisses d'assurance, d'une part, syndicats, de l'autre. Ce point de vue a recueilli l'assentiment des délégués, assentiment qui s'exprima par le vote, à l'unanimité sans abstention, de l'ordre du jour suivant :

« L'Assemblée générale, après avoir affirmé de nouveau le principe général de la liberté de droit commun des syndicats médicaux adhérents à l'Union, d'une part, de toute collectivité intéressée, d'autre part, de contracter sans restriction dans les formes réglées par la loi du 25 mars 1919 (1),

Considérant que les modalités contractuelles diverses proposées par les syndicats adhérents à l'Union telles que :

Tarif contractuel limitatif,

Tarif contractuel non limitatif,

Entente directe contractuelle quant aux honoraires ont un lien commun qui est la liberté contractuelle des parties,

Affirme que le Corps médical refusera sa collaboration à la loi si la liberté contractuelle, droit naturel des parties en présence, est violée par des dispositions préalables de cette loi ».

L'Assemblée a encore précisé son point de vue par le vote, à l'unanimité, d'un ordre du jour général :

« Fidèle à ses traditions qui associent étroitement les intérêts des malades et des médecins et tendent à l'exercice d'une médecine saine par un corps médical sain,

L'Assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux déclare qu'elle reste irréductiblement attachée aux deux principes suivants :

1° Principe de la participation des syndicats médicaux à l'organisation technique de toute institution de médecine publique, garantie nécessaire au bien des malades;

2° Principe de la liberté des contrats syndicaux, garantie de la liberté et de la dignité professionnelles.

En conséquence,

L'Union des syndicats médicaux ne pourra donner sa collaboration à la loi d'assurance sociale que si celle-ci respecte ces principes, c'est-à-dire :

1° Si la loi admet la possibilité de la participation des syndicats médicaux qui le désireront à l'organisation technique du service médico-chirurgical (milieu familial, hôpital, cliniques, dispensaires, etc...) ;

2° Si la loi permet, dans le cadre des contrats syndicats-caisses, le libre jeu des divers modes de règlement d'honoraires dont les syndicats se sont déclarés partisans :

Ou tarif contractuel limitatif.

Ou tarif contractuel non limitatif.

Ou entente directe quant aux honoraires (2).

La discipline syndicale doit tendre à exclure tout contrat forfaitaire. »

(1) Loi sur les Conventions collectives.

(2) L'Assemblée s'est mise d'accord sur une définition commune de l'entente directe.

La situation est donc bien nette : l'Union ne livrera pas bataille pour que tel mode de règlement d'honoraires soit imposé par les textes légaux, mais elle ne donnera sa collaboration à la loi que si celle-ci laisse aux syndicats le droit de contracter localement en toute liberté avec les caisses, notamment si syndicats et caisses gardent la possibilité de pratiquer tel mode de règlement d'honoraires sur lequel ils se seront localement mis d'accord.

***

Quelques questions moins brûlantes mais tout aussi importantes figuraient également à l'ordre du jour :

De nombreux délégués étudièrent les rapports entre l'organisation de l'hygiène publique et le syndicalisme médical. Les syndicats médicaux ne peuvent, en effet, se désintéresser des tentatives de plus en plus nombreuses d'organisation d'hygiène et de thérapeutique sur le mode administratif.

Les deux ordres du jour suivants terminent :

« I. L'Assemblée générale invite ses syndicats à participer à l'organisation de l'hygiène publique dans le cadre des « Ententes collectives » telles que les définit la loi du 25 mars 1919.

Elle invite les Fédérations départementales ou les syndicats départementaux à constituer, dans leur cadre administratif, un Office syndical d'hygiène publique en collaborant, au titre de ces « ententes collectives » avec l'Office départemental d'hygiène publique.

II. L'Assemblée générale de l'Union des syndicats, réunie le 4 décembre 1926, décide d'inviter les syndicats à organiser leur secrétariat, à créer des commissions d'études, à se préparer à une action efficace afin de réaliser la lutte pour la défense sanitaire contre les fléaux sociaux. »

***

Pour ce qui regarde les tarifs d'honoraires pour soins aux pensionnés de guerre, actuellement en vigueur, l'Assemblée a pris acte de l'unification des catégories qui est maintenant un fait accompli. Mais une longue discussion s'est engagée sur le relèvement nécessaire de ces tarifs.

En fin de discussion l'ordre du jour suivant a été adopté à l'unanimité :

« L'Assemblée, constatant que les tarifs des mutilés ne correspondent plus au coût de la vie;

Donne mandat au bureau de l'Union d'en poursuivre le relèvement;

Elle décide de faire la grève administrative si satisfaction ne lui est pas donnée.

La date de cette grève administrative sera fixée après référendum des syndicats. »

***

L'esprit qui présida à la discussion et au vote sur les Assurances sociales semble avoir dominé tous les débats de cette Assemblée. La conception qu'a l'Union des syndicats des conditions de la collaboration médicale à la loi d'assurances est, en effet, très libérale : elle respecte à la fois les principes fondamentaux du syndicalisme médical et l'autonomie syndicale, le droit commun. C'est pourquoi elle a recueilli l'unanime assentiment de l'Assemblée.

Cette unanimité s'est retrouvée dans tous les votes qui ont suivi, notamment dans celui qui clôtura le débat sur la constitution même de l'Union des syndicats : l'Assemblée considérant que les statuts actuels de l'Union permettent aux syndicats qui le désirent de se grouper en Fédération et de désigner des représentants régionaux au Conseil, décida qu'il n'y avait pas lieu, pour le moment, de modifier les statuts. Elle demanda instamment que les régions là où elles existent soient représentées dans les Commissions d'études de l'Union.

L'Assemblée termina ses travaux en approuvant, à l'unanimité sans abstention, la gestion du Conseil sortant. Elle donna mandat, au Conseil de l'Union qu'elle a élu, d'appliquer les directives qui résultaient des ordres du jour votés par elle. (*Communiqué.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Prix exceptionnel de ce numéro : 1 franc.

N° 6. — MERCREDI 19 JANVIER 1927. 100e ANNÉE. MERCREDI 19 JANVIER 1927. — N° 6.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : **65** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.

Tarif n° 2 : **75** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — M. Parisot, agrégé près la Faculté de Nancy, est nommé professeur d'hygiène et bactériologie à ladite Faculté (chaire vacante, M. P. Macé, dernier titulaire).

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — La chaire de physiologie de la Faculté des sciences de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Gaud (Maroc).

Médaille de vermeil. — M. le docteur Mosnier (d'Oudjda).

Médaille d'argent. — M. Reboul, interne des hôpitaux de Lyon; MM. les docteurs Saint-Girons et Barreau (Paris), Niot (Montmorillon), Levrault (Persac), Veillon, médecin inspecteur de la Vienne; Genevray (Nouvelle-Calédonie), Martre (Rabat), Rousseau (Marrakech).

Médaille de bronze. — MM. le docteur Jolien (Laroque-d'Olmes); Chaptal, interne des hôpitaux (Hérault); Prallet, interne à l'hôpital de la Tronche; Vedrine, interne des hôpitaux (Clermont-Ferrand); les docteurs Scherb (Mulhouse), Bercovici (Saint-Denis), Martin, interne aux Enfants-Malades, à Paris; Vidal-Naquet, externe à Bretonneau; Mlle Le Parquier, externe à Claude-Bernard; MM. Ramarozatovo, Rakotondramboa, Ravelonahina, Rakotonoely et Rafidison (Madagascar); Bigot, interne à Tananarive; Hasle [Guy] (Madagascar), les docteurs H. David (Safi), Dulucq et Ferriol (Marrakech), Pujol (Maroc), Mansouri (Fez).

RÉUNIONS MÉDICALES DE NANCY. — La Faculté de médecine de Nancy, répondant aux vœux des médecins de la région, a décidé d'organiser des réunions médicales sous forme de journées séparées, dont chacune sera consacrée à l'exposé d'une ou plusieurs questions d'actualité. Cette formule nouvelle facilitera la fréquentation de ces réunions par les praticiens qui ne pourraient s'absenter longuement.

Trois réunions sont prévues d'ici à la fin de la présente année scolaire : 1° le vendredi 28 janvier 1927; 2° le vendredi 11 mars 1927; 3° le dimanche 15 mai 1927.

Le but de ces réunions est de mettre à la disposition des médecins praticiens des démonstrations médico-chirurgicales leur permettant de reprendre contact avec le milieu universitaire, de se tenir au courant des nouvelles recherches scientifiques et des méthodes nouvelles de traitement.

Pour ce faire, chaque journée comprendra quatre séances s'échelonnant entre 9 h. 30 et 16 h. 30. Les leçons ou démonstrations seront réalisées dans un sens essentiellement pratique, avec présentations de malades, de pièces, d'appareils, projections, films; elles seront suivies de visites aux formations hospitalières les plus modernes.

L'inscription est gratuite.

PROGRAMME DES RÉUNIONS MÉDICALES. — *Première journée : vendredi 28 janvier 1927.* — 9 h. 45 : Réunion à la salle du Conseil de la Faculté de médecine, rue Lionnois. Allocution du doyen. — 10 h. : Conférence de M. le professeur Vautrin, directeur du centre anticancéreux, salle des Thèses. Etat actuel de la lutte contre le cancer. — 11 h. : Visite du centre anticancéreux. Présentation de malades. Démonstrations anatomiques et histologiques, par M. le professeur Hoche. — 12 h. 30 : Déjeuner, hôtel Thiers, place Thiers. — 14 h. 30 : Conférence de M. le professeur Jacques, amphithéâtre de la clinique d'ophtalmologie, hôpital civil, rue de Strasbourg. Diagnostic précoce du cancer des premières voies digestives. Visite de la clinique d'ophtalmologie. Conférence de M. le professeur agrégé Jeandelize. Pourquoi, quand et comment faut-il traiter les voies lacrymales?

Deuxième journée : vendredi 11 mars 1927. — A 10 h. : Con-

férence de M. le professeur Etienne (le lieu de réunion et le sujet de la conférence seront indiqués ultérieurement). Visite des nouveaux pavillons chirurgicaux, hôpital civil. — 11 h. : conférence de M. le professeur Frolich. Traitement actuel de la paralysie infantile. — 12 h. 30 : déjeuner, hôtel Thiers, place Thiers. — 14 h. 30 : conférence de M. le professeur André. Les procédés actuels d'exploration des fonctions rénales en chirurgie urinaire, leur valeur, leurs résultats. Visite du pensionnat Bonsecours. — 15 h. 30 : conférence de M. le professeur Fruhinsholtz. Traitement de l'infection puerpérale en clientèle. Visite des travaux de la nouvelle maternité.

Troisième journée : dimanche 15 mai 1927. — 9 h. 45 : réunion à la salle de conférences de M. le professeur J. Parisot, hôpital Villemin, rue de Nabécor. — Conférence de M. le professeur J. Parison (le sujet sera indiqué ultérieurement). Visite du dispensaire antituberculeux. — Visite de l'hôpital Villemin. — Conférence de M. le professeur Perrin (le sujet sera indiqué ultérieurement). — 12 h. 30 : déjeuner, hôtel Thiers, place Thiers. — 14 h. 30 : réunion à la clinique de dermatologie, hôpital Fournier, quai de la Bataille. — Conférence de M. le professeur Spillmann. Comment on doit comprendre le traitement de la syphilis. — Conférence de M. le professeur agrégé de Lavergne. Ce que le praticien doit attendre de la sérologie au cours de la syphilis. — 15 h. 30 : visite de la clinique, du dispensaire et du laboratoire régional de sérologie. — 16 h. : visite du préventorium de Flavigny.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE DE TOULOUSE. — La prochaine session de la Société d'hydrologie et de climatologie de Toulouse se tiendra à la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse le dimanche 27 mars 1927, conformément aux décisions prises par le Comité permanent et après entente avec M. le professeur Sellier (de Bordeaux).

M. Armengaud (de Cauterets) fera un rapport sur le traitement des affections des voies respiratoires supérieures par les eaux sulfureuses.

Les membres de la Société qui désireraient faire une communication sont priés de vouloir bien en envoyer le titre, avant le 15 février, au secrétaire général, M. Serr, 16, rue des Arts, Toulouse.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le service de la statistique a enregistré pendant la 36e décade, du 21 au 31 décembre 1926, 1.942 décès, au lieu de 1.834 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.334, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 9 décès, au lieu de 8 pendant la décade précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 51, au lieu de 47 pendant la décade précédente (moyenne 36).

La variole et la varioloïde ont causé 1 décès; 3 cas nouveaux ont été déclarés par les médecins; au lieu de 4 pendant la décade précédente (moyenne 0).

Vérification faite, 2 cas de variole ou varioloïde ont été confirmés. — 10 cas de varicelle ont été signalés.

La rougeole a causé 15 décès, au lieu de 4 pendant la décade précédente (moyenne 8). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 76, au lieu de 44 pendant la décade précédente (moyenne 94).

La scarlatine a causé 5 décès, au lieu de 1 pendant la décade précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 73; il s'élevait à 76 pendant la décade précédente (moyenne 65).

La diphtérie a causé 13 décès, au lieu de 9 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 95, au lieu de 110 pendant la décade précédente (moyenne 88).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 501 décès, au lieu de 518 pendant la décade précédente, et au lieu de 263, moyenne décadaire correspondante.

En outre, 139 décès ont été attribués à la grippe.

L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE EN EUROPE. — La section d'hygiène du secrétariat général de la Société des Nations vient de publier un bulletin spécial consacré à l'épidémie de grippe en Europe.

Les renseignements fournis par les administrations sanitaires d'Allemagne, de Belgique, du Danemark, d'Espagne, de France, de Grande-Bretagne, d'Italie, des Pays-Bas, de Norvège, de Suède, de Suisse et de Tchécoslovaquie, sont de date récente, en général du 7 au 10 janvier, mais se rapportent surtout à la situation en décembre. Ils s'accordent à constater que si les cas ont été parfois nombreux, l'épidémie a conservé partout jusqu'ici un caractère plutôt bénin et que la mortalité n'a pas dépassé sensiblement la normale de la saison. Ils constatent aussi que l'épidémie a eu dans plusieurs pays un caractère extrêmement contagieux.

En France, une épidémie de grippe sévit ou a sévi dans les régions du Centre, de l'Est et du Midi. On ne dispose pas encore de statistiques, sauf pour Paris, où l'épidémie semble avoir atteint son intensité maximum vers le milieu de décembre. Le nombre des décès attribués à la grippe a été : pour la période du 11 au 20 décembre, de 138; pour la période du 21 au 31 décembre, de 139; pour les maladies respiratoires du 1er au 10 décembre, 138, et de 518 du 11 au 20. La broncho-pneumonie est la complication qui a le plus souvent causé des décès. Ceux-ci sont plus fréquents dans la population féminine que dans la population masculine et particulièrement nombreux parmi les personnes d'âge avancé.

Le ministre de l'hygiène de Grande-Bretagne et d'Irlande télégraphie à la date du 10 janvier que la mortalité par la grippe demeure normale pour la saison.

L'administration sanitaire italienne télégraphiait le 9 janvier : « Situation sanitaire excellente dans le royaume; aucun centre d'épidémie de grippe n'est jusqu'ici signalé. »

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (Cours de 1927, 27e année). — La 27e séance de réouverture des cours de l'Ecole de psychologie aura lieu le jeudi 20 janvier 1927, à 5 h., 49, rue Saint-André-des-Arts, sous la présidence de M. le professeur Charles Richet, membre de l'Académie des sciences.

Ordre du jour. — Docteur Paul Farez : L'Ecole de psychologie.

Docteur Bérillon : La suggestion, réflexe psychique de l'audition.

Docteur Iribarne : Le facteur psychologique dans les troubles de l'appareil auditif.

Professeur Ch. Richet : Le rôle social de la psychologie.

Des cours pratiques de psychothérapie, d'hypnologie, d'orthopédie mentale et de psycho-physiologie ont lieu sous la direction des docteurs Bérillon, Paul Farez, Courtois, et de M. H. Gosset, les jeudis, à 10 h., aux dispensaires neurologique, pédagogique et anti-alcoolique annexes de l'Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Les consultations des dispensaires neurologique, pédagogique et anti-alcoolique ont lieu 49, rue Saint-André-des-Arts, les mardis, jeudis et samedis, de 10 h. à midi. Les étudiants des nations alliées et amies sont invités à y assister.

ORCHESTRE MÉDICAL. — L'Orchestre médical donnera son prochain concert le lundi 24 janvier 1927, à 21 h., à la salle des concerts du Conservatoire, 2, rue du Conservatoire, avec le concours de Mme Bouchacourt, cantatrice, et de Mlle St. Ledoux, harpiste. Au programme : *Ouverture d'Egmont* (Beethoven), *symphonie Jupiter* (Mozart), *Danse slave* (Dvorjak), *Ramuntcho* (Pierné), *danses du prince Igor* (Borodine). — On peut louer ses places dès maintenant au Conservatoire.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE

DES CHEFS DE CLINIQUE ET DE LABORATOIRE

DES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1927-1928

A. HÔTEL-DIEU. — 1. Médecin : M. le prof. Gilbert; chefs de clinique : MM. Fatou, Surmont, Bouttier; chef de clinique adjoint : M. Pollet; chefs de labor. : MM. Delval, Benard, Mlle Tissier; internes : M. Filliol, Mlle Rouget; externes : MM. Charapanowski, Farah, Mlles de Peretti, Jammet, Dupont, MM. Tacquet, Filliozat, Victor, Weichsler, Gibert, Mlle Smirnoff, M. Gérard (H.).

2. Médecin : M. Villaret; interne : M. Rudolf; externes : MM. Dassencourt, Pariente, Draillard, Gallot, Josserand, de la Beausserie.

3. Médecin : M. Rathery; interne : M. Maximin; externes : MM. Moline, Bachman, Fichet, Ho-dac-di, Calamy, Heber-Suffrin.

4. Médecin : M. Sainton; interne : M. Mamou; externes : MM. Oppenot, Guibé, Robine, Picot.

5. Médecin : M. Halbron; interne : Mlle Maas; externes : Mlle Hallard, MM. Durel, Bernard-Griffiths, Benzaquen, Laquerrière, Sabetay-Marcus.

6. Chirurgien : M. le prof. Hartmann; chef de clinique : M. Huet; chefs de clinique adjoints : MM. Welti, Breton; chef de labor. : M. Renaud; internes : MM. Ferey, Pellé, Hussenstein; externes : Mlle Kahn, M. Delinotte, Mlle Abraham, MM. Habert, Herbert, Olagnon, Voizot, Mlle Vix, MM. Couderc, Bargeton.

7. *Annexe de la Clinique chirurgicale.* — Assistant : M. Ockinczyc; internes : MM. Stérin, Dufour; externes : MM. Julien, Cavel, de Berg, Girolami, Nevot, Michaelidès.

8. *Ophtalmologie.* — Médecin : M. le prof. Terrien; assistant : M. Favory; chef de clinique : M. Cousin; chefs de clinique adjoints : M. Weil, Mlle Ostwalt; chef de labor. : M. Castéran; adjoints : MM. Firbarch, Bordessoulle; internes : MM. Blum (Jean), Hudelo; externes : MM. Jeanne, Lebis, Dufet, Nattaf, Lavagna, Do-Van, N...

9. Accoucheur : M. Macé; internes : MM. Guillon, Mazard; externes : MM. Pierre, Beaufils, Delaby, Petit (René), Mlle Chapiro, M. Solignac.

10. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Bénard (H.); suppléant : M. ; interne prov.; M. Milhiet; externes : Mlle Riom, MM. Sallet, Cros, Colin (M.).

11. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Houdard; suppléant : M. Bonnet; externes : Mlle Langlais, MM. Milleret, Constantoulakis.

12. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lagarenne; assistant : M. Lucy; hydrothérapie et thermothérapie, chef de labor. : M. Dausset; adjoint : M. Gérard.

13. *Consultation dentaire.* — M. Sauvez; adjoint : M. Rupp; assistant : M. Merville; externes : M. Hénault, Mlle Trousson.

B. HÔPITAL DE LA PITIÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Vaquez; chefs de clinique : MM. Giroux, Théodoresco; chefs de labor. : MM. Bordet, Géraudel; interne : M. Godel; interne prov. : M. Cossa; externes : Mlles Versini, Lang, MM. Nouail, Séguinot, Goulet, Etchebarne.

2. Médecin : M. Aubertin; interne : M. Lévy (Rob.); externes : MM. Bretey, Lévy (Emm.), Delaffond, Mencière, Blanquine, Polacco.

3. Médecin : M. Vincent; interne : Mlle Rappoport; externes : MM. Cornier (Jean), Grangé, Valois, Rouher, Sevin, Mlle Pauc.

4. Médecin : M. Enriquez; interne : M. Servel; externes : MM. Cottet (J.), Lacoste, Courtois (A.), Marie-Robert, Grasset (J.), Kreyts, Haïck, Mlle L'Hoir.

5. Médecin : M. Marcel Labbé; interne : M. Seligmann; externes : MM. Bardin (P.), Lévy (S.), Tardif, Werner, Bloch, Robert (Y.).

6. Médecin : M. Laignel-Lavastine; internes : MM. Bourgeois (P.), Ravier; externes : MM. Meillaud, Conte, Bellière, Valençon, Vézin, Duhamel, Vié, Durmeyer, Melun.

7. Chirurgien : M. Lenormant; internes : MM. Kauffmann, Merle d'Aubigné, Burgeat; externes : MM. Chapon, Bourgeois (R.), Davous, Salles, Bréhant, Glaive, Rogès, Boyer, Aubrun.

8. Chirurgien : M. Fredet; internes : MM. Patel, Audouin, Zagdoun; externes : MM. Picard, Piraud, Binnie-Scott, Gorichon, Gorse, Reliques, Brinon, Waynberger.

9. Chirurgien : M. Chevrier; internes : MM. Merger, Julien, Vannier; externes : MM. Retat, Minet, Botrel, Bournique, Albeaux, Chevallier, Lanniaux, Elbins.

10. Accoucheur : M. le prof. Jeannin; chefs de clinique : MM. Denoy, Chomé, Robin; chef de labor. : M. Minvielle; interne : Mlle Boegner; externes : Mlle Bertazzi, Mme Kaufmann.

11. *Consultation (Médecine.)* — Assistant : M. Faroy; suppléant : M. Deron; interne prov. : M. Seïdmann; externes : MM. Advenier, Potiquet, Alaroze.

12. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Kuss; suppléant : M. ; externes : MM. Battesti, Anglade, Bidegaray.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Halphen; suppléant : M. Wisner; externes : MM. Fortier, Mascadar, Mlle Cabanel.

14. *Consultation. (Ophtalmologie.)* — Ophtalmologiste : M. Coutela; suppléant : Mme Weissmann-Netter; externes : MM. Achard, Camus (Jean).

15. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Delherm; adjoint : M. N...; assistant : M. Morel-Kahn; externe : M. Maruani.

16. *Consultation dentaire.* — M. Roy; adjoint : M. Darcissac; assistant : M. Solas.

C. HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Sergent; chefs de clinique : MM. Oury, Durand, Grellety-Bosviel; chefs de labor. : MM. Turpin, Cottenot; interne : M. George; externes : Mlle Szymkiewicz, MM. Lionnet, Moricard, Jouanneau, Rudler.

2. Médecin : M. Weill-Hallé : interne : Mlle Vogt; externes : Mlle Cligny, MM. Sliosberg, Judde, Mlle Bogoraze (V.), M. Carbonnel.

3. Médecin : M. Babonneix; interne : M. Widiez; externes : MM. Voillemin, Boidot, Allard, Pariente.

4. Médecin : M. Darré; interne : M. Albot; externes : Mlle Valentin, MM. Benassy, Pautrat, Moureau.

5. Médecin : M. Laederich; interne : Mlle Guérin; externes : MM. Delorme, Stoclet, Menjot, Vaudour.

6. Chirurgien : M. Baumgartner; internes : MM. Plessier, Petit, Chaperon; externes : MM. David, Guilly, Vaidie, Levaditi, Loiseau, Joly, Bail.

7. Chirurgien : M. Descomps; internes : MM. Canone, Beaux, Jourdan; externes : MM. Tourieux, Perretau, Stora, Loutsch, Raboutet, Dubois (P.), Mlle Soubeyran.

8. Accoucheur : M. Levant; interne : Mlle Choquart; externes : MM. Bailliot, Vétillard, Lucas, Riberol.

9. *Consultation. (Médecine).* — Assistant : M. Touraine; suppléant : M. Turpin; interne prov. : M. Maison; externes : MM. Golé, Verger, Rousseau (P.).

10. *Chirurgie.* — Assistant : M. Denicker; suppléant : M. Bloch (René); externes : M. Rousseau (G.), Mlle Polonski.

11. *Service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Chevallier; interne prov. : Mlle Odru; externes : MM. Deleau, Parent, Maire-Améro.

12. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Turchini; adjoint : M. Thomas (fais. fonct.); assistant : M. Cagninacci.

13. *Consultation dentaire.* — M. Maurel; chef de labor. : M. Chompret.

D. HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — 1. Médecin : M. le prof. Bezançon; chefs de clinique : MM. Jacquelin (A), Azoulay, Bernard (Et.), Weismann; chefs de labor. MM. Tribout, Weill, Guillaumin; internes : MM. Destouches, Daruy; externes : MM. Bruneton, Grand, Katz, Langlois, Mlle Parent.

2. *Service des tuberculeux.* — Externes : Mlle Meunier, M. Brisset (centre de triage); assistant : M. Braun; externe : Mlle Letailleur.

3. Médecin : M. Le Noir; interne : M. Liège; externes : MM. Barrier (Ch.), Lemaître (A.), Vautrin, Bondepierre, Demailly, de Langre.

4. Médecin : M. Ramond (Félix); interne : M. Gorostidi; interne prov. : M. Gaucher; externes : MM. Penteuil, Ardin, Friedmann (Rob.), Lapine (J.), Mlle Espinase, M. Debon.

5. Médecin : M. Bensaude; interne : M. Layani; externes : MM. Maire (Jacq.), Bergenstein, Arsonneau, Lauprêtre, Alvarès de Azevedo.

6. Médecin : M. Coyon; interne : M. Delaporte; externes : Mlle Kuntz, MM. Limasset, Lainé, Lindemann.

7. Médecin : M. Comte; interne : M. Thoyer; externes : MM. Rivère, Schlessinger, Richard, Lannegrain.

8. Médecin : M. Pagniez; interne : M. Rouquès (Lucien); externes : MM. Wirtz, Petit (Pierre), Vandenbosch, Bourguignon. Strouzer.

9. Chirurgien : M. le prof. Lejars ; chef de clinique : M. Gueullette ; chef de labor. : M. Giet; internes : MM. Maximin (René), Theillier, Sacuto; externes : MM. François (René), Tenine, Boyer, Martin, Jarousse, Mlle Cauvet.

10. Chirurgien : M. Lapointe; internes : MM. Sebileau, Bouillié, Lieutaud; externes : MM. Gasne (André(, Abrahamian, Ortega, Munié, Mlle Palisse, MM. Blin, Enriquez.

11. Chirurgien : M. Grivot; assistant : M. Leroux; assistant de la consultation : M. Feldstein; internes : MM. Lemariey, Dreyfus; externes : MM. Lahaussois, Ferrand (Paul), Camps, Laborde, Delafarge.

12. Accoucheur : M. Lévy-Solal; interne : MM. Beaujard, Louvel; externe ; MM. Aymart, Havret, Griveaud, Mlle Bourdin.

13. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Weil (P.); suppléant : M. Joanny ; interne prov. : Mlle Abricosoff; externes : MM. Tournant, Dansaert, Aubert.

14. *Chirurgien.* — Assistant : M. Desplas; suppléant : M. Lubin; externes : MM. Preux, Terrenoire, Champenois. Couturat.

15. *Service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Brodin; interne prov. : M. Saingery; externes : MM. Farel, O'Reilly, Gorelick, Gibert, Chambon.

16. *Consulations d'ophtalmologie.* — Ophtamologiste : M. Cerise; suppléant; M. ; externe : M. Lelièvre.

17. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Salomon; adjoint : MM. Gibert, Aimé.

18. *Radiothérapie.* — Préparateurs : MM. Bisson, Proust; externe : M. Gottfried.

19. *Consultation dentaire.* — M. Coustaing.

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Brouardel; interne : M. Bertrand; externes : MM. Augereau, Delteil, Foucaud, Ronceray, Joseph.

2. Médecin : M. Sicard; interne : M. Wallich; externes : MM. Hepp, Nigay, Beuzard, Bénech, Pouey.

3. Médecin : M. Hallé; interne : M. Mollaret; externes : Mlle Sélikovich, MM. Joly, Béchet, Hamon.

4. Médecin : M. Ribierre; interne : M. Kaplan; externes : M. Le Rochais, Mlle Bégand, MM. Regaud, Lardennois.

5. Chirurgien : M. le prof. Legueu; chef de clinique : M. Fey; chef de clinique adjoint; M. Flandrin; chefs de labor. : MM. Chabanier, Verliac, Pick; internes : MM. Asselin, Sourice; externes : Mlle Pinel, MM. Fellous, Ashtiany, Dreyfus, Jouis, Levin, Waddington, Thouvenel, Calvet, Fontaine.

6. Chirurgien : M. Robineau; internes : MM. Moruzi, Armingeat, Pascal; externes : MM. Raganeau, Ellenberger, Mac-Guffie, Mahoudeau, Robert, Pourquié.

7. Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Grandperrin, Palmer; externes : Mlle Kritchewsky, M. Marc, Mlle Hirtz, MM. Cord, Patey.

8. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Duvoir; suppléant : M. Prieur; interne prov. : M. Meignin; externes : MM. Testu, Durand (Hipp.).

9. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Madier; suppléant : M. Chabrut; externes : MM. Grasset, Iliovici.

10. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Guibert; adjoint : M. Petit; assistant : M. Moutard.

11. *Consultation dentaire* (Necker. Enfants-Malades). — M. Robin; adjoint : Gornouec.

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. le prof. Widal; chefs de clinique : MM. Hillmand, Bach, de Brun; chefs de labor. : MM. Laudot, Joltrain, Raulot-Lapointe; adjoint : Mlle Wolff; internes : M. Blondel, Mlle Dreyfus-Sée, M. Besançon; externes : MM. Baumann, Arnal, Alivisatos, Bogoraze, Feuillastre, Fauvert, Hoang, Mlle Fagnières, MM. Deley, Moïse (Pierre), Mlles Pissard, Maire, MM. Robert (Paul), de Palma, Tchou, Viala.

2. Médecin : M. Fournier; internes : Mlles Pau, de Mayo; externes : MM. Leboulanger, Valdman, Hamburg, David, Tubiana, Gibert.

3. Médecin : M. Pissavy ; assistant : MM. Avezou, Baumgartner, Izaac (G.); interne : Mlle Oguse ; externes : MM. Thorain, Lafon, Frahier, Malgras, Audoux, Mifsud.

4. *Service du dispensaire.* — Interne : M. Pichon; externes : MM. Michelson, Polak, Baugé.

5. *Service temporaire de tuberculeux.* — Assistant : M. David; interne prov. : M. Louvet; externes : MM. Hubermann, Benveniste.

6. Médecin : M. Pinard; interne : Mlle Corbillon; externes : Mlle Houzeau, MM. Choffé, Nicolle, Boyer (Ant.), Pruneau, Tesnière.

7. Chirurgien : M. le prof. Delbet; chefs de clinique : MM. Lascombe, Godard; chefs de labor. : MM. Herrenschmidt, Beauvy ; internes : MM. de Vadder, Audemar, Aïdan; externes : MM. Lartigue, Geminet, Mlle Champdemerle, M. Sala, Mlle Rohlfs, MM. Besson, Maître, Galland.

8. *Annexe de la Clinique chirurgicale.* — Chirurgien : M. Leveuf; interne : Mlle Laurent; externes : MM. Bernard (Ch.), Dupuidemus, Renac, Berteaux, Picaudet, Lecouillard.

9. Chirurgien : M. Launay; internes : MM. Paris (P.), Delmas; externes : MM. Robin, Tubiana, Mlle Barnaud, MM. Leroy (Louis), Emond, Eck.

10. Chirurgien : M. Chevassu; assistant spécial : M. Bayle; internes : MM. Berson (P.), Ghouïla-Houri; externes : MM. Billiard, Vincent (Paul), Thivet, Pépin, Barret, Challe, Julien, Goldstein.

11. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. R. Bénard; suppléant : M. ; interne prov. : M. Martin (René); externes : MM. Klotz, Houzeau (P.).

12. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Monod (Rob.); suppléant : M. Guelfucci; externes : MM. Gardette, Maës, Sautet Maisler.

13. *Consultation d'ophtalmologie.* — Assistant : M. Bollack; suppléant : M. Autier; externes : MM. Salgo, Lapeyre.

14. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Barret; assistants : MM. Foubert, Rebufel.

15. *Consultation dentaire.* — M. Lebedinsky; adjoint : M. Puig; assistant : M. Boissier; externes : MM.

16. *Premier service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Gautier; interne prov. : Mlle Heiman; externes : Mlle Gobert, M. Zalionk, Mlle Lépine, M. Cabrit.

17. *Deuxième service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Gautier; interne prov. : M. Bolgert; externes : M. Van der Elst, Mlle Bonzon, MM. Filderman, Mercier.

G. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le prof. Achard; chef de clinique : M. Mouzon; chefs de clinique adjoints : MM. Bloch (Sig.), Marchal; chefs de labor. : MM. ; interne : M. Jonesco (Caroli); externes : MM. Parmentier, Bérardier, Filloux, Mlle Chemin, MM. Hébert, Pirel.

2. Médecin : M. Carnot; interne : M. Boltanski; externes : MM. Ayrignac, Courtial, Fiehrer, Bons, Gignoux, Mézard.

3. Médecin : M. Laffitte; interne : M. Darré; externes : MM. Jurist, Kenesi, Binès, Brémond (Jean), Felsenswalt.

4. Médecin : M. Debré; assistant pour le centre de triage de tuberculeux : M. Martiny; interne : M. Cournand; externes : MM. Fabre (Jean), Gilbrin, Sergent (And.), Landrieu.

5. Chirurgien : M. Souligoux; assistant : M. Mondor; internes : MM. Fredet, Boquel; externes : M. Chaussidière, Mlle Delahaye, MM. Caratzoli, Brincourt, Lémant, Stérin, Gigot.

6. *Chirurgie* (chroniques). — Chirurgien : M. Souligoux; interne : M. Rouquès; exerne : M. Trombert.

7. Chirurgien : M. Michon; internes : MM. Chevereau (Jean), Pichot; externes : MM. Desormeaux, Picot, Gloppe, Legry, Mlle Verlière, M. Borres, Mlle Parrain.

8. Chirurgien : M. Alglave; internes : MM. Vuillième, Falaize; externes : MM. Borgida, Antoniou, Dervé, Raisonnier, Caudron, Mlle Armelin.

9. Accoucheur : M. Funck; assistant : M. Ecalle; internes : Mlles Pichon, Pithon; externes : M. Beauchesne, Mlle Le Pasquier, MM. Mantion, Rabetrano.

10. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Weissenbach; suppléant : M. Gy; interne prov. : M. Cohen-Deloro; externes : MM. Bercovici, David (Jean), Perlis.

11. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Guimbellot; suppléant : M. Laquière; externes : MM. Phalippon, Lardier, Cayet.

12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Cantonnet; assistant : M. Joltrois; interne : M, Mimin; externes : M. Perrin, Mlle Ulmann.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Baldenweck; suppléant : M. Granet; externes : MM. Delorme, Martin (Horace), Grippon.

14. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Aubourg; assistant : MM. Guilbert, Vignal; adjoints : MM. Joly, David de Prades.

15. *Consultation dentaire.* — M. Schaefer.

H. Lariboisière. — 1. Médecin : M. Macaigne; interne : M. Guédé; externes : MM. Caballe, Goliger, Lataix, Lefebvre, Boulland, Miget, Mialaret.

2. Médecin : M. de Massary; interne : M. Mevel; externes : Mme Le Maux, MM. Fraenkel, Thoizon, Douvry, Boquien, Brimont, Gallot (H.), Chevallier (Ph.).

3. Médecin : M. Gandy; interne : M. Monnerot-Dumaine; externes : MM. Roeder, Rubat de Mérac, Mlle Colombu, M. Demirleau, Mlle Vimeux, MM. Jodin, Clupot.

4. *Service de tuberculeux.* — Externes : MM. Hirsch, Senecquier.

5. Médecin : M. Garnier; interne : M. Chêne; externes : MM. Berout, Prat, Saraudry, Sustendhal, Fallex, Fleury.

6. Médecin : M. Clerc; interne : M. Froyez; externes : MM. Sterbiny, Vernier, Bonnet (Raymond), Thiboumery, Caïn, Brizard, Mlle Jeannocopoulo.

7. Chirurgien : M. Marion; assistant : M. Endel; internes : MM. Codet, Pérard; externes : MM. Chomet, Marx, Gastaud, Voignier, Illaire, Grollet, Goidin, Bordier, Mercier (Marcel).

8. Chirurgien : M. Wiart; assistant : M. Capette; internes : MM. Vergez-Honta, Armand, Suzor; externes : MM. Ducœurjoly, Bourderon, Dumery, Paris, Rymer, Paillard, Daniel.

9. *Chirurgie* (chroniques). — Externe : M. Dufour.

10. Chirurgien : M. Cunéo; internes : MM. Frautz, Huard, Cahen (Pierre); externes : Mlles Chapiro, Lévy-Weissmann, MM. Brunel, Rameaux, Suchmann, Bézier.

11. Chirurgien : M. Labey; internes : MM. Blondin (S.), Delagenière, Jondeau; externes : MM. André, Guérin, Bouley, Ungar, Ampugnani, Roger.

12. Chirurgien : M. le prof. Sebileau (chargé du service d'oto-rhino-laryngologie); assistant : M. Bureau; chefs de clinique : MM. Winter, Carrega; chef de clinique adjoint : M. Harburger; chef de labor. : M. Cléret; internes : MM. Moatti, Rossert; externes : M. Piton, Mlles Besson, Forthomme, MM. Pillière de Tanouarn, Gencel, Deschamps, Kritchowsky.

13. Accoucheur : M. Devraigne; internes : MM. Lotte, Laennec; externes : MM. Basset, Girard, Benaërts, Catalette.

14. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Pruvost; suppléant : M. ; interne prov. : M. Hesse; externes : MM. Roy, Thomann, Henrion, Vinceneux.

15. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Picot; suppléant : M. Reinhold; externes : MM. Barré, Leloup, Guillemin.

16. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Morax; assistant : M. Hartmann; internes : M. Parfonry, Mlle Lacan; externes : MM. Blanchard, Halphen, Kessis, Laurent, Moldavan.

17. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Haret; adjoint : M. Dariaux; assistants : MM. Djian, Beaupuy-Mouret, Lifschitz; externes : MM. Fajet, Jefrogkin, Delaborde.

18. *Consultation dentaire.* — M. Rousseau-Decelle; adjoint : M. L'Hirondel; assistant : M. Raison; externe : M. Omnès.

I. Tenon. — 1. Médecin : M. Michel; interne : M. Poumailloux; externes : MM. Hermabenière, Chérubin, Parnet, Laouenan.

2. Médecin : M. Loeper; interne : M. Lemaire; externes : MM. Loisel, Masson (Pierre), Fischbacher, Lévy-Klotz, Noirot, Mlle Lassery.

3. Médecin : M. Weil (P.-E.); interne : M. Flandrin (P.), externes : M. Lellouch, Mlles Loriot, Danzig, M. Souilhé.

4. Médecin : M. Boidin; interne : M. Worms; interne prov. : M. Bachelier; externes : MM. Hébert (Roger), Jehiel, Contiadès, Bousser, Maroger, Hesse (Jean), Bloch, Ripert.

5. Médecin : M. Laroche; interne : M. Lelourdy; externes : MM. Villoutreix, Judde, Couallier, Leca, Mlle Guéry, M. Thorel.

6. Médecin : M. Paisseau; interne : M. Vialard; externes : MM. Castets, Poilleux (J.), Villechaize, Sergent (Honoré); (Service des tuberculeux). Externes : MM. Conty, Frain.

7. Médecin : M Herscher; interne : Mlle Vasseur; externes : MM. Bacqué, Amiard, Mlle Berger, M. Darnis; (Service des chroniques). Externe : M. Barrat.

8. Médecin : M. Lian; interne : M. Puech; externes : MM. de Soria, Delange, Huret, Mlles Schapiro, Lediouron, M. Courtois (Jacques).

9. Chirurgien : M. Riche; internes : MM. Avril, Chauveau, Jonard; externes : MM. Pigeon, Tolose, Chaudron, Huant, Mlle Delpuech, M, Daunic.

10. Chirurgien : M. Proust; internes : MM. Béclère, Tailhefer, Duncombe; externes : Mlle Petit, MM. Sthul, Piel, Vincent, Mlle Ber, M. Touvet.

11. Chirurgien : M. Grégoire; internes : MM. Redon, Sauvage, Dessaint; externes : MM. Alperu, Voisin, Wolff, Caner, Mlle Lavit.

12. Accoucheur : M. Metzger; interne : M. Lejeune; externes : MM. Guillermon, Muller, Ferrer, Noury.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Médecin : M. Hautant; assistant : M. Lanos; assistant de consult. : M. Labarraque; interne : M. Ombrédanne; externes : MM. Andrieu, Devaux, Bouysson, Sergent, Lecœur, Cousin.

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Magitot; assistant : M. Lagrange; interne : Mlle Dartin; externe : M. Puccinelli.

15. *Consultations.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Léon-Kindberg; suppléant : M. Serrand; interne prov. : M. Trocmé; externes : MM. Duval, Servy, Ollivier-Henry.

16. *Chirurgie.* — Assistant : M. Martin; suppléant : M. Rouffiac; externes : M. Barneville, Mlle Leconte, M. Gauthier.

17. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Darbois; assistants : MM. Descoust, Dawigneau; externe : M.

J. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. le prof. Léon Bernard; interne : M. Olivier; externes : MM. Paul (Ch.), Le Filliâtre, Dreyfus (L.), Auzeloux, Lehmann, Bruneau, Martin (J.), Giard.

2. *Crèche.* — Médecin : M. le prof. Léon Bernard; externes : MM. Mathis, Krementchovsky.

3. Médecin : M. Rist; interne : Mlle Fontaine; externes : MM. Frugier, Angeras, Debray, Raulot-Lapointe, Gessen, Mlle Le Flem, M. Hornus.

4. *Service des baraquements.* — Médecin : M. Rist; interne : M. Vaitz; externes : MM. Kerboul, Reix, Martel, Perreton, Mlle Petiof.

5. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — Assistants de M. le prof. Léon Bernard : MM. Bigart, Baron (Salomon); assistants du docteur Rist : MM. Brissaud, Hirschberg, Paraf; externes : MM. Dormay, Ardouin.

6. Médecin : M. Claisse; interne : M. Lacapère; externes : M. Rouzaud, Mlle Bresson, M. Fron, Mlle de Franssu.

7. Médecin : M. Jousset; interne : Mlle Hébert; externes : MM. Merlaud, Thiéry, Ranglaret, Mlle Drouhin.

8. Médecin : M. L. Ramond; interne : M. Weill (Rob.); externes : MM. Lemaitre, Rudaux, Leven, Mestre (Raoul).

9. Médecin : M. Rivet; interne : M. Guérin (Paul); externes : MM. Salmon, Perrochon, Massier, Schwartz.

10. Chirurgien : M. Auvray; internes : MM. Roy, Peytavin, Roquejeoffre; externes : MM. Petiton, Saint-Mard, Morchain, Soyer, Godart, Dillart, Durandy, Petrignani.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Jacquet; suppléant : M. Coulon; interne prov. : M. Favre; externe : M. Chartol.

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Girode; suppléant : M. Gouguet de Girac; externes : MM. Clavel, Gauthier.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Médecin : M. Bourgeois, assistants : MM. Soulas, Ill; interne : M. Lallemand, Magdelaine; externes : MM. Clément, Rollet, Marion (A.), Picarda.

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Monthus; assistant : M. Chatellier; suppléant : M. Barny de Romanet; interne : M. Cadilhac; externes : MM. Plat, Duflos, Surpas.
15. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Maingot; adjoint : M. Portret; assistants : MM. Helie, Jondeau-Dubreuil; externe : M. Daniel (André).
16. *Consultation dentaire.* — M. Béliard.

K. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Bruhl; interne : M. Cattan; externes : MM. Battesti (Ph.), Devin, Cohen-Bacrie, Magat.
2. Médecin : M. Lemierre; interne : M. Laporte; externes : Mlles du Bouchet, Develay, MM. Bonnard, Adida.
3. Chirurgien : M. Mocquot; internes : MM. Michel-Béchet, Bureau, Rob, Mabille; externes : Mlle Wilm, MM. Cachin, Soubrane, Levannier, Leuret, Mutriey, Hallot, Lejeune.
4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Stévenin; suppléant : M. Deschamps; interne prov. : M. Gadeau; externes : MM. Pigache, Jaudel.
5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Moulonguet; suppléant : Mme Brian-Garfield; externes : MM. Rousset, Hermann.
5. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Beaujard; assistant : M. Le Goff.

L. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Dufour; interne : M. Couturat; externes : MM. Dessirier, Reyt; Mme Blondel, MM. Baratoux, Cottin.
2. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Dufour; interne; M. Nativelle; externes : MM. Tavennec, Henriquez.
3. Médecin : M. Laubry; interne : M. Moussoir; externes : MM. Léculier, Dany, Menillet, Triballet, Masquin.
4. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Laubry; interne Mlle Brosse; externes : MM. Antonelli, Mlle Bizon.
5. Chirurgien : M. Gernez; internes : MM. Saint-Pierre, Moyse; externes : MM. Tilitcheff, Deslandres, Soleil, Dubois, Dussouil, Moreau.
6. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Heuyer; suppléant : M. Chevalley; externes : MM. Leroy (René), Deransart.
7. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Berger; suppléant : M. Gresset; externes : MM. Montaut, Vayssié.
8. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bonniot; assistant : M. Blot.

M. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Courcoux; interne : Mlle Desbrousses; externes : MM. Graffin, Baussan, Poirier, Mlle Jacob.
2. *Centre de triage.* — Assistant : M. Bidermann, externe : M. Marion.
3. Médecin : M. Trémolières; interne : M. Salmon; externes : MM. Fabre, Gontallier, Hurez, Camena d'Almeida.
4. Chirurgien : M. Dujarier; internes : MM. Funck, Diamantberger, Briau; externes : MM. Comte, Aujex, Pham-Hu, Mlles Bouillard, Bourmalatz, MM. Jauléry, Labignette, Zaouch.
5. Accoucheur : M. Le Lorier; interne : M. Sallé; externes : MM. Billet, Wester, Pellegrin, Segrestaa.
6. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Rouillard; suppléant : M. Barreau; interne prov. : M. Lançon; externes : MM. Puymartin, Dumas.
7. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Rouhier; suppléant : M. Cuvigny; externes : MM. Turpault, Bouvier, Boussoulade, Arnon.
8. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Moulonguet; suppléant : M. Perier; externes : M. Guéret, Mlle Laudowsky.
9. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Ronneaux; adjoint : M. Blanche; assistant : M. Gadreau.
10. *Consultation dentaire.* — M. Fargin-Fayolle.

N. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le prof. Jeanselme; assistant : M. Barnier; chefs de clinique : MM. Terris, Rimet, Lefèvre; chefs de labor. : MM. Chevallier, de Just, Mlle Eliascheff; interne : MM. Carteaud, Villemin; externes : MM. Moulard, Marécot, Jauneau, Mlle Petitbon, M. Amid, Mlle Moreau, MM. Bruneval, Schatz.
2. Médecin : M. Hudelo; assistant : M. Rabut; internes : MM. Garnier, Mornet; externes : MM. Nataf, Veil (Ad.), Casalis (B.), Mackluff, Pyt, Lerolle, Cotchoura, Laussel.
3. Médecin : M. Milian; assistant : M. Sauphar; internes : MM. Delarue, Lenormand; externes : MM. Merle, Hennion, Durel, Collart, Hermann (Pierre), Mlle Mouneyrat, M. Gavois, Mlle Gillard.
4. Médecin : M. Ravaut; internes : MM. Vibert, Cohen; externes : MM. Brunet, Jalley, Lardat, Jampolski, Motz, Perier (Ed.), Sée, Leroy (Jacques).
5. Médecin : M. Lortat-Jacob; internes : MM. Bourgeois (Jean), Sicard; externes : MM. Davaux, Bréhier, Bernard (Paul), Saullière, Lachter-Pachter, André (Rob.), Brisard, Mlle Delon.
6. Médecin : M. Louste; internes : MM. Vanbockstaël, Cahen (R.); externes : MM. Macé de Lépinay, David (J.-P.), Brion, Laflotte, Lieffring, Wauthier, Moutard.
7. Médecin : M. Léri; interne : M. Lonjumeau; externes : MM. Toulemonde, Touzard, Pescarolo, Damon.
8. Chirurgien : M. Lecène; internes : MM. Coudert, Galtier, Chevereau; externes : MM. Piollet, Rist, Meidinger, Karmann, Gasne (Pierre), Bérard (P.), Samama, Mlle Bordachar.
9. Chirurgien : M. Chifoliau; internes : MM. Digonnet, Martin-Tambareau; externes : MM. Naulleau, Janvier, Bergeron, Biétrix, Limoge, Mailhefer, Strée, Poupault.
10. Chirurgien : M. Heitz-Boyer; assistant : M. Tissot; externes : Mme Trivas, MM. Caillaud, Thévenard, Loup, Le Garrec.
11. Chirurgien : M. Cadenat; internes : MM. Levaxelaire, Lyon, Lévy (Jean); externes : MM. Facquet, Groulier, Brouet, Friedmann, Roullier, Carteret, Fallourd, Laroche.
12. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. Renault (J.); internes : Mlle Odier, M. Lerond; externes : MM. Auclair, Gaudin, Heim, Hyronimus, Lecomte (G.), Mlles Swirsky, Arrighi de Casanova, Chuit.
13. Chirurgien : M. Mouchet; internes : MM. Dulac, Baillis, Delage; externes : MM. Hécart, Simonot, Jouffroy, Rosenfeld, Fraisse, Vasse, Marchand.
14. *Maternité.* — Accoucheur : M. Cathala; internes : M. Bidoire, Mlle Bardy; externes : M. Chureau, Mlle Lecoq, MM. Pajot, Marot.
15. *Oto-rhino-laryngologie.* — Oto-rhino-laryngologiste : M. Lemaître; assistant : M. Aubin; suppléant : M. Maduro; suppléant de la consult. : M. Camus (Pierre); internes : MM. Rémy-Néris, Lévy (Marcel); externes : MM. Béal, Gaston, Lefranc, Moussette, Mlle Oppenot, M. Zhâ.
16. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Dupuy-Dutemps; assistant : M. ; interne : M. Dolfus; externes : M. Poret, Mlle Chevillon, M. Bouxin.
11. *Consultation.* (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Moure; suppléant : M. Sénèque; externes : MM. Vernholes, Gourdon, Franco.
17. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. ; adjoint : M. ; assistant : M. ; externes : MM. Hogarth, Puyaubert, Durin.
19. *Consultation dentaire.* — M. Chompret; adjoint : M. Richard; assistant : M. Thibault; externes : MM. Samer, Champeval.

O. — Hôpital de Vaugirard (*Fondation franco-brésilienne, clinique de thérapeutique chirurgicale de la Faculté de médecine*). — 1. Chirurgien : M. le prof. P. Duval; chef de clinique : M. Chastang; chef de clinique adjoint : M. Ameline; chef de labor. : M. Moutier; attaché médical : M. Girault; internes : MM. Arviset, Lecœur, Ganem; externes : MM. Besson (André), Postel.
2. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Béclère; assistant : M. Porcher.
3. *Consultation dentaire.* — M. Guilly.

P. Hôpital Ambroise Paré. — 1. Médecin : M. Israëls de Jong; interne : Mlle Scherrer; externes : MM. Sang, Leport, Vialle (P.), Drouhard, Buisson (Louis).
2. Médecin : M. Abrami; interne : M. Ardouin; externes : Mlles Falguière, Boquette, MM. Parlier, Dausse, Dupuy-Dutemps.
3. Médecin : M. Lemaire; interne : M. Desbucquois; externes : MM. Hodanger, Schmitt, Mlle Lebourlier.
4. Chirurgien : M. Desmarets; internes : MM. Debray, Ibos; externes : MM. Olivier (J.), Arnaud (Rob.), Catonné.

5. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Flandin; suppléant : M. Debray; interne prov. : M. Cuvillier; externes : MM. Barbat, Guichard.

6. *Chirurgie.* — Assistant : M. Métivet; suppléant : M. ; externes : M. Auchel.

7. *Consultation d'ophtalmologie.* — Assistant : M. Monbrun; externe : M. Leblanc, Mlle Bogoraze.

8. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Détré; assistant : M. Brennau.

Q. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Tixier; interne : Mlle Cahen; externes : Mlle Urçat, Mme Maunoury, M. Louvet (E.), Mlle de Montauzan, MM. Butaud, Tellier, Calmels.

2. *Consultation de blennorragie.* — Externes : MM. Defaix, Masquet.

3. Médecin : M. Sezary; interne : M. Benoist; externes : MM. Lebovitz, Chabrol, Durrbach, Barbara, Sabourin, Lemoine, Zitzerman.

4. Chirurgien : M. le prof. J.-L. Faure; chefs de clinique : MM. Papillon, Walther; chefs de labor. : MM. Champy, Bulliard, Douay; internes : MM. Hurez, Duval, Blum; externes : MM. Masson, Boquet, Roussier, Sauné, Zuniga, Dezoteaux, Mlle Marie.

5. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lehmann; adjoint : M. Dimier.

R. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Milhit; interne : Mlle Maldan; externes : MM. Gluck, Néron, Bardin, Barzilaï, Demoulin.

2. Médecin : M. Fiessinger; interne : M. Castéran; externes : MM. Benoit (Marcel), Gorecki, Peney, Mlle Meinier, M. Schiever.

3. Chirurgien : M. Sauvé; internes : MM. Thomas, Lafaye; externes : MM. Langlade, Terrasse, Rocher, Serre, Yung, Demaldent.

4. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bouchacourt.

S. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt; chef de clinique : M. Boulanger-Pillet; chef de clinique adjoint : M. Lebée; chef de labor. : M. Bidot; interne : M. Bize; externes : M. Demailly, Mlle Magrah, MM. Petit, Veslot (Jacques), Jadet, Gorodiche.

2. Médecin : M. Méry; interne : M. Marie; externes : MM. Messimy, Gabriel, Savigny, Mlle Le Filliâtre, M. Salomon (Jean).

3. *Crèche.* — Médecin : M. Méry; interne prov. : Mlle Léry; externe : Duval (Raoul).

4. Médecin : M. Aviragnet; interne : M. Haye; externes : MM. Capandji, Logeat, Jusseaume, Dauban de Silhouette, Mlle Lamberjach.

5. *Sélection.* — Médecin : M. Aviragnet; interne prov. : M. Cofino.

6. Médecin : M. Apert; interne : Mme Mornet; externes : M. Gandy, Mlles Grand, Henry, M. Roulin, Mme Zucmann.

7. Médecin : M. Lereboullet; chef de labor. : M. Gournay; interne : M. David; externes : M. Besseyrias, Mlles Moret, Roux, MM. Baudelot, Leroy (Rob.), Fournié (François).

8. Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne; chefs de clinique : MM. Huc, Aurousseau; chefs de labor. : M. Saint-Girons, Mlle Parquin; internes : MM. Leydet, Péribère; externes : MM. Redaud, Martin (Ch.); Mlle Domela, M. Giorgi, Mlles Boucabeille, Cailleux, Mmes Moyse-Chrétien, de Pierredon.

9. *Service médical d'Antony.* — Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne; interne prov. : M. Bufuoir; externes : MM. Blondeau, Lafay.

10. Chirurgien : M. Basset; interne : M. Gaulier; interne prov. : M. Bosquet; externes : Mme Jourdan, MM. Barros, Jambon.

11. *Ophtalmologie.* — Médecin : M. Poulard; assistant : M. Lavat; interne : Mlle Braun; externes : MM. Odru, Prat.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Le Mée; suppléant : M. Mahieu; externes : MM. Boiffin, Pradel.

13. *Electrothérapie.* — Chef de labor. : M. Duhem : assistants : MM. Mallein-Gérin; externes : MM.

14. *Service temporaire.* — M. Cathala; interne prov. : M. Odinet; externes : MM. Courtois, Vermorel.

T. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Lesné; interne : M. Héraux; externes : Mlles Gautheron, S. Weill, MM. Massot, Marion, Lapiné (Eug.), Deslandres (J.), Mlle Cuénin.

2. *Service de la diphtérie.* — Médecin : M. Lesné; interne : M. Stieffel.

3. Médecin : M. Papillon; interne : M. Tariel; externes : MM. Aujay, Leconte (M.), Demoly, Métais (P.), Fort (Ray.), Diriart.

4. *Contagieux.* — Médecin : M. Papillon; interne : M. Baron (Paul).

5. Médecin : M. Bréchot; internes : MM. Barthes, Naggiar, Quivy; externes : MM. Pannet, Lefrançois, Amat, Andrieu, Mattei, Raymond, Massoulier, Clermont, Beaufils.

6. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Richet; suppléant : M. Langle; interne prov. : M. Gallais; externes : Mlle Boudoux, MM. Even, Dublineau, Séjournet.

7. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Rouget; assistant : M. ; interne : M. Hamelin; externes : M. Cocagne, Mlle Cathier.

8. *Ophtalmologie.* — Assistant : M. Welter; suppléant : M. Ostwalt; externes : M. , Mlle Bogorage (Et.).

9. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Mahar; assistant : M. Reneaux.

10. *Consultation dentaire.* — M. Lemerle.

U. Hôpital des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le prof. Marfan; chefs de clinique : MM. Debray, Broca (Rob.); chef de labor. : M. Dorlencourt; internes : Mlle Waynbaum, M. Bohn; externes : M. Cohen (Ad.), Mlle Glicksmann, MM. Boisramé, Haïck, Mathan, Chaput.

2. Chirurgien : M. Veau; internes : MM. Faure, Baron; externes : Mlle Glotz, MM. Huguenin, Dragomiresco, Montaigne, Imbert.

3. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Cottenot; assistant : M. Chaufour.

4. *Consultation dentaire.* — M. Mahé.

V. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Faure-Beaulieu; interne : M. Barbé; externes : MM. Bachelsberg, Dulot, Coën, Prunet.

2. Médecin : M. Monier-Vinard; interne : M. Launay; externes : MM. Hage (J.), Fau, Grégoire, Guilloux.

3. *Consultation de médecine.* — Assistant : M. Moreau; suppléant : M. Isch-Wahl; interne prov. : Mlle Weiss; externes : MM. de Langenhagen, Grenaud.

W. Bicêtre. — 1. Médecin : M. Harvier; internes : MM. Delafontaine, Gouyen; externes : MM. Maire (Rog.), Carlotti, Barthélemy, Fourès.

2. *Sanatorium Clemenceau.* — Médecin : M. Pasteur Vallery-Radot; interne : M. Thiroloix; externes : MM. Perrault (M.), Casalis, Mlle Roussy, MM. Pouzergues, Timsit.

3. Médecin : M. Gougerot; interne : M. Merklen; externes : M. Kyriaco, Mlle Herr, MM. Courbil, Gouget.

4. Chirurgien : M. Toupet; internes : MM. Petrignani, Coudrain; externes : MM. Garnier, Lecourt, Mlle Léage, MM. Delbove, Jaleff.

5. *Service des aliénés.* — Médecin : M. Roubinovitch; interne : M. Racine.

6. Médecin : M. Riche; interne : M. Zimmer.

7. Médecin : M. Maillard; interne : M. Fayot.

8. *Fondation Vallée.* — Médecin : M. Roubinovitch; interne : M. Racine.

9. *Service temporaire.* (Chroniques.) — Médecin : M. Harvier; interne : M. Berton; interne prov. : M. Laffitte; externes : MM. Marcus, Boudin.

10. *Service de contagieux.* — Médecin : M. Harvier; interne : M.

11. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Keller; adjoint : M. Guénaux.

12. *Consultation dentaire.* — M. Frey.

X. Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le prof. Guillain; chefs de clinique : MM. Girot, Périsson, Péron, Thévenard; chefs de labor. : MM. Bertrand, Léchelle; internes : MM. Schmite, Thurel, Michaux; externes : MM. Roger de Véricourt, Nicolas, Mlles Poulain, Ducosté, MM. Stérianos, Schwob, Aubin.

2. Médecin : M. Crouzon; internes : MM. Foulon, Drey-

fus (G.); externes : MM. Dubois, Archambaud (Rob.), Mlle Kaz, MM. Trubert, Bérard, Labesse, Schnierrer, Sambron, Robert (J.).

3. *Infirmerie du personnel et chalets.* — Médecin : M. Crouzon; interne : M. Coste.

4. Médecin : M. Brulé; interne : M. Lenègre-Thourin; externes : M. Thiercelin, Mlle Girondeau, MM. Bourdiol, Laude (Gab.), Cottin.

5. Chirurgien : M. le prof. Gosset; chefs de clinique : MM. Petit-Dutaillis, Soupault, Thalheimer; chefs de labor. : MM. Magron, Rouché, Gosset; attaché médical : Mlle Harmelin; internes : MM. Blondin, Leibovici, Barragué; externes : Mme Bohn-Nageotte, MM. Gosset, Bernard (Jean), Chigot, Hauert, Malinsky, Leroux (Rob.), Zimmern, Pergola, Mlle Pichon.

6. Médecin : M. Nageotte; interne : Mlle Rosenbaum.

7. Médecin : M. Vurpas; interne : M. Baillet.

8. *Service temporaire de réserve.* — Médecin : M. Léchelle; interne prov. : MM. Delthil, Douady; externes : MM. Durieux, Ferrière, Auzepy, Bamas, Arondel, Hélion, Barrier (J.), Rousseau (G.), Bonnet (Pierre), Nomblot.

9. *Service de rougeole.* — Médecin : M. Léchelle; externes : MM. Gordon, Marcy.

10. *Service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Alajouanine; interne prov. : M. Mauric; externes : MM. Pottier, Lecadre, Gobcevich, Huber (Lucien), Ménétrel.

11. *Service de nourrissons malades.* — Médecin : M. Ribadeau Dumas; interne : Mlle Wolff; externes : MM. Lebenthal, Jomain, Fortin (And.), Fortin (René).

12. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bourguignon; adjoint : M. Thibonneau; assistant : M. ; externe : M. Bonnière.

Y. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Guillemot; interne : M. Jany; externes : Mlle Vidal, MM. Weyl, Rab, Michaut (P.), Mezger, Lacaille, Bompard.

2. Médecin : M. Grenet; interne : M. Delalande; externes : MM. Fort (Roger), Patte, Viollet, Lacaze, Bonnet, Le Guay.

3. Chirurgien : M. Mathieu; internes : MM. Vidal-Naquet, Lepage, Querneau; externes : M. Monier, Mme Ogliastri, MM. Nazarian, Parrigue, Mortier, Germain, Billard.

4. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Huber; suppléant : M. Le Clerc; interne prov. : M. Ardouin; externes : MM. Poinceau, Boutet, Prost (J.), Brulin.

5. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. André Bloch; suppléant : M. Lemoine; externes : MM. Boureau, X...

6. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lobligeois; adjoint : M. Torchaussé; assistant : M. Méry.

7. *Consultation dentaire.* — M. Izard.

Z. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Lesage; interne : Mlle Wertheimer; externes : MM. Levassor, Decante, Gériault, Mlle de Peretti, MM. Brandy, Ficonetti.

2. Médecin : M. Armand-Delille; interne : Mlle Wolf (Fannie); externes : M. Julien Marie, Mlle Sylvestre, MM. Porge, Masselin, Cheynet, Lacurte.

3. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Hutinel; suppléant : M. Lefèvre; interne prov. : M. Chadourne; externe : M. Bosc-Bridot.

4. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Ramadier; externe : MM. Sommer, Vacher.

5. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Laquerrière; assistant : M. Lehmann (Rob.).

6. *Consultation dentaire.* — M. Gourc.

Aa. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Foix; interne : M. Morlaas; externes : MM. Fournier, Eoque, Artin, Hayon, Mlle Neumann.

2. *Chroniques et admission.* — Externes : MM. Bonte, Eliascheff.

3. Médecin : M. Chabrol; internes : MM. Bocquentin, Guyot; externe : Mlle Derombies.

4. Chirurgien : M. Roux-Berger; internes : M. Leroy, Perrin; externes : MM. Hutin, Flaumenbaum, Gillon.

5. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Postel; assistant : M. Delapchier.

Ab. Hôpital de la Maternité. — 1. Accoucheur : M. le prof. Rudaux; adjoint : M. le prof. Lemeland; aide de chirurgie : M. Risacher; interne : M. Sureau; externes : Mlles Lavroff, Fayot, Roederer.

2. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M.

Ac. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le prof. Couvelaire; chefs de clinique : M. Lacomme, Ranna; chefs de labor. : MM. Verne, Giraud; interne : Mlle Bach; externes : Mlles Dreyfus (Suz.), Menneret, Lataste, MM. Beaume, Raymond (Jean), Attal.

Ad. Hôpital de la Clinique d'accouchements Tarnier. — 1. Accoucheur : M. le prof. Brindeau; chef de clinique : MM. Desoubry; de Peretti della Rocca, Jacquet; chefs de labor. : MM. Brindeau, Cartier, Hinglais; interne : M. Triau; externes : Mlle Desgruelles, MM. Fromont, Delbrül, Maksud, Pougin.

Ae. Hôpital Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. le prof. Teissier; chef de clinique : M. Joannon; chefs de clinique adjoints : M. Coste; chef de labor. : M. Reilly; internes : MM. Lichtwitz, Hubert, Guillot (J.); externes : MM. Monod, Jacobé, Mlle Gagneur, MM. Magnin, Debuire, Maleplate, Reboul, Grozieux de Laguérenne, Belêtre, Sidi.

Af. Hospice des Ménages (Issy). — 1. Médecin : M. Chiray; interne : M. Watel; interne prov. : M. James; externe : M. Cautru.

2. Chirurgien : M. Lardennois; internes : MM. Jubé, Lapeyre, Krief; externes : MM. Guyon, Reynaud, Cottet (Pierre), Clément, Guérin (H.), Gluck, Debray.

3. *Radioscopie.* — Assistant : M. Lhomon.

Ag. Hospice Alquier-Debrousse. — 1. (*Vieillards.*) — Médecin : M. Ameuille; interne : Mlle Blandy.

2. (*Tuberculeux.*) — Interne : M. Tacquet; externe : M.

Ah. Bastion 29. — 1. Médecin : M. Auclair; interne : M. Le Baron; interne prov. : M. Mourrut; externes : MM. Luthereau, Masset, Conso, Dutreix, La Mouche, Mme Caire, MM. Ambrosini, Royer.

Ai. Institution Sainte-Périne et maisons de retraite Chardon-Lagache. — 1. Médecin : M. Troisier; internes : MM. Cazaubon (Sainte-Périne) et Vendel (Chardon-Lagache).

Aj. Maison de retraite de La Rochefoucauld. — 1. (*Vieillards.*) Médecin : M. Baudouin; interne : M. Oumansky; externe : M. Balmelle.

2. (*Tuberculeux.*) Interne : M. Goldberg; externes : MM. Heroy, Horovitz, Mornas, Deléage.

Ak. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Sorrel; assistants : MM. Andrieu, Bouquier, Delahaye; chef de labor. d'électro-radiologie : M. Parin; chef de labor. de bactériologie : M. Mozer; internes : MM. Longuet, Poisson, Meizel, Mme Meizel, M. Mahieu.

2. Annexe de Rouville. Internes : MM. Forest-Defaye, Tschudnowsky.

Al. Brévannes. — 1. Médecin : M. René Marie; assistant : M. ; internes : MM.

2. Médecin : M. Lévy-Valensi; internes : MM.

3. Médecin : M. Renaud; assistant : M. Juge; internes :

Am. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le prof. Claude; chefs de clinique : MM. Cénac, Montassut, Baruk, Lamache; clinique neuro-psychiatrique infantile : Mlle Badonnel; chefs de labor. : MM. Welter, Lehmann, Cuel, Rafflin, Dumas.

An. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Buc; assistant : M.

Ao. Sanatorium d'Hendaye. — 1. Médecin : M. Morancé; interne : M.

Ap. Galignani et Belœuil. — 1. Médecin : M. Jumentié; assistant : M.

Aq. La Reconnaissance. Fondation Brézin. — 1. Médecin : M. Mutel.

Ar. Hospice Lenoir-Jousseran. — 1. Médecin : M. Lafosse; adjoint : M.

As. Sanatorium San Salvadour. — 1. Médecin : M. Fohanno; internes : Mlle Desderli, M. Dufour.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° Chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs et assistants; consultations); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° chefs de laboratoire; 4° internes titulaires; 5° internes provisoires; 6° externes.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Delalande, Y-2 = Y. Hôpital Bretonneau, 2. Service de M. Grenet.

MÉDECINS
et assistants.

Abrami, P-2.
Achard, G-1.
Alajouanine, X-10.
Ameuille, Ag-1.
Apert, S-6.
Armand-Delille, Z-2.
Aubertin, B-2.
Auclair, Ah-1.
Avezou, F-5.
Aviragnet, S-4 et S-5.
Babonneix, C-3.
Baron, J-5.
Baudouin, Aj-1.
Benard (H.), A-10.
Bénard (R.), F-11.
Bensaude, D-5.
Bernard (Léon), J-1, J-2 et J-5.
Bezançon (F.), D-1.
Bidermann, M-2.
Bigard, J-5.
Boidin, I-4.
Bréchot, T-5.
Brissaud, J-5.
Brodin, D-15.
Brouardel (G.), E-1.
Bruhl, K-1.
Brulé, X-4.
Buc, An-1.
Burnier, N-1.
Carnot, G-2.
Chabrol, Aa-3.
Chevallier, C-11.
Chiray, Af-1.
Claisse, J-6.
Claude, Am-1.
Clerc, H-6.
Comte, D-7.
Courcoux, M-1.
Coyon, D-6.
Crouzon, X-2 et X-3.
Darré, C 4.
David, F-5.
Debré, G-4.
Dufour, L-1 et L-2.
Duvoir, E-8.
Enriquez, B-4.
Faroy, B-11.
Faure-Beaulieu, V-1.
Fiessinger, R-2.
Flandin, P-5.
Fohanno, As-1.
Foix, Aa-1.
Fournier, F-2.
Gandy, H-3.
Garnier, H-5.
Gilbert, A-1.
Gougerot, W-3
Grenet, Y-2.
Guillain, X-1.
Guillemot, Y-1.
Halbron, A-5.
Hallé, E-3.
Harmelin (Mlle), X-5.
Harvier, W-1, W-9 et W-10.
Herscher, I-7.
Heuyer, L-6.
Huber, Y-4.
Hudelo, N-2.
Hutinel, Z-3.
Israëls de Jong, P-1.
Jacob, J-5.
Jacquet, J-11.
Jeanselme, N-1.
Jolivet, N-4.
Jousset, J-7.
Juge, Al-3.
Jumentié, Ap-1.
Kindberg (Léon), I-15.
Kuss, B-12.
Labbé (Marcel), B-5.
Laederich, C-5.
Laffitte, G-3.
Lafosse, Ar-1.
Laignel-Lavastine, B-6.
Laroche (Guy), I-5.
Lasnier, Ar-1.
Laubry, L-3 et L-4.
Léchelle, X-8 et X-9.
Lemaire, P-3.
Lemierre, K-2.
Le Noir, D-3.
Lereboullet, S-7.
Léri, N-7.
Lesage, Z-1.
Lesné, T-1 et T-2.
Lévy-Valensi, Al-2.
Lian, I-8.
Lœper, I-2.
Lonjumeau, N-7.
Lortat-Jacob, N-5.
Louste, N-6.
Macaigne, H-1.
Maillard, W-7.
Marfan, U-1.
Marie (R.), Al-1.
Massary (de), H-2.
Méry, S-2 et S-3.
Michel, I-1.
Milhit, R-1.
Milian, N-3.
Monier-Vinard, V-2.
Morancé, Ao-1.
Moreau, V-3.
Mutel, Aq-1.
Nageotte, X-6.
Nobécourt, S-1.
Pagniez, D-8.
Paisseau, I-6.
Papillon, T-3 et T-4.
Pinard, F-6.
Pissavy, F-3.
Pruvost, H-14.
Rabut, N-2.
Ramond (Félix), D-4
Ramond (L.), J-8.
Rathery, A-3.
Rabut, N-2.
Ravaut, N-4.
Renaud, Al-3.
Renault (J.), N-12.
Ribadeau-Dumas, X-11.
Ribierre, E-4.
Riche (A.), W-6.
Richet, T-6.
Rist, J-3, J-4 et J-5.
Rivet, J-9.
Robert, N-5.
Roubinovitch, W-5 et W-8.
Rouillard, M-6.
Sainton, A-4.
Salomon, J-5.
Sauphar, N-3.
Sergent, C-1.
Sézary, Q-3.
Sicard, E-2.
Stévenin, K-4.
Teissier, Ae-1.
Thibaut, N-6.
Tixier, Q-1.
Touraine, C-9.
Trémolières, M-3.
Troisier, Ai-1.
Vallery-Radot (Pasteur), W-2.
Vaquez, B-1.
Villaret, A-2.
Vincent, B-3.
Vurpas, X-7.
Weil (P.-E.), I-3.
Weil, D-13.
Weill-Hallé, C-2.
Weissenbach, G-10.
Widal, F-1.

CHIRURGIENS
et assistants.

Alglave, G-8.
Andrieu, Ak-1.
Auvray, J-10.
Basset, S-10.
Baumgartner, C-6.
Bayle, F-10.
Berger, L-7.
Bouquier, Ak-1.
Bréchot, T-5.
Cadenat, N-11.
Chevassu, F-10.
Chevrier, B-9.
Chifoliau, N-9.
Cunéo, H-10.
Delahaye, Ak-1.
Delbet, F-7.
Deniker, C-10
Descomps, C-7.
Desmarest, P-4.
Desplas, D-14.
Dujarier, M-4.
Duval (Pierre), O-1.
Faure, Q-4.
Fredet, B-8.
Gernez, L-5.
Girode, J-12.
Gosset, X-5.
Grégoire, I-11.
Grivot, D-11.
Guimbellot, G-11.
Hartmann, A-6.
Heitz-Boyer, N-10.
Houdard, A-11.
Labey, H-11.
Lapointe, D-10.
Lardennois, Af-2.
Launay, F-9.
Lecène, N-8.
Legueu, E-5.
Lejars, D-9.
Lenormant, B-7.
Leveuf, F-8.
Madier, E-9.
Marion, H-7.
Martin, I-16.
Mathieu, Y-3.
Métivet, P-6.
Michon, G-7.
Mocquot, K-3.
Mondor, G-5.
Monod, F-12.
Mouchet, N-13.
Moulonguet, K-5.
Moure, N-17.
Ockinczyc, A-7.
Ombrédanne, S-8 et S-9.
Picot, H-15.
Proust, I-10.
Riche (Paul), I-9.
Robineau, E-6.
Rouhier, M-7.
Roux-Berger, Aa-4
Sauvé, R-3.
Schwartz, E-7.
Sebileau, H-12.
Sorrel, Ak-1.
Souligoux, G-5 et G-6.
Toupet, W-4.
Veau, U-2.
Wiart, H-8.

ACCOUCHEURS
et assistants.

Brindeau, Ad-1.
Cathala, N-14.
Couvelaire, Ac-1.
Devraigne, H-13.
Ecalle, G-9.
Funck-Brentano, G-9.
Jeannin, B-10.
Le Lorier, M-5.
Lemeland, Ab-1.
Levant, C-8.
Lévy-Solal, D-12.
Macé, A-9.
Metzger, I-12.
Risacher, Ab-1.
Rudaux, Ab-1.

OPHTALMOLOGISTES
et assistants.

Autier, F-13.
Barrey de Romanet, J-14.
Bollach, F-13.
Cantonnet, G-12.
Cerise, D-16.
Chatellier, J-14.
Coutela, B-14.
Dupuy-Dutemps, N-16.
Favory, A-8.
Hartmann, H-16.
Joltrois, G-12.
Lagrange, I-14.
Lavat, S-11.
Magitot, I-14.
Monthus, J-14.
Morax, H-16.
Ostwalt, T-8.
Poulard, S-11.
Terrien, A-8.
Velter, T-8.
Weissmann-Netter, B-14.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES
assistants et suppléants.

Aubin, M-15.
Baldenweck, G-13.
Bourgeois, J-13.
Camus (P.), M-15.
Granet, G-13.
Halphen, B-13.
Hautant, I-13.
Ill, J-13.
Labarraque, I-13.
Lanos, I-13.
Lemaître, M-15.
Le Mée, S-12.
Lemoine, Y-5.
Maduro, M-15.
Mahieu, S-12.
Moulonguet, M-8.
Périer, M-8.
Rouget, T-7.
Soulas, J-13.
Wisner, B-13.

ÉLECTRO-RADIOLOGIE ET AGENTS PHYSIQUES

Aimé, D-17.
Aubourg, G-14.
Barret, F-14.
Beaujard, K-6.
Beaupuy-Mouret, H-17.
Béclère, O-2.
Bisson, D-18.
Blanche, M-9.
Blot, L-8.
Bonniot, L-8.
Bouchacourt, R-4.
Bourguignon, X-12.
Brancas (de), B-15.
Brenneau, P-8.
Cagninacci, C-12.
Chaufour, U-3.
Cottenot, U-3.
Darbois, I-17.
Dariaux, H-17.
Dausset, A-12.
David de Prades, G-14.
Davigneau, I-17.
Delapchier, Aa-5.
Delherm, B-15.
Descouts, I-17.
Desternes, G-14.
Détré, P-8.
Dimier, Q-5.
Djian, H-17.
Dogny, I-17.
Duhem, S-13.
Foubert, F-14.
Gadreau, M-9.
Gibert, D-17.
Gérard, A-12.
Guénaux, W-11.
Guibert, E-10.
Guilbert, G-14.
Haret, H-17.
Hélie, J-15.
Joly, G-14.
Jondeau-Dubreuil, J-15.
Keller, W-11.
Lagarenne, A-12.
Laquerrière, Z-5.
Le Goff, K-6.
Lehmon, Q-5 et Z-5.
Lévy-Lebhar, Ab-3.
Lifchitz, H-17.
Lobligeois, Y-6.
Lomon, Af-3.
Lucy, A-12.
Mahar, T-9.
Maingot, J-15.
Mallein-Gérin, S-13.
Ménard, F-14.
Méry, Y-6.
Mignon, G-14.
Morel-Kahn, B-15.
Moutard, E-10.
Mozer, Ak-1.
Parin, Ak-1.
Petit, E-10.
Porcher, J-15 et O-2.
Portret, J-15.
Postel, Aa-5.
Proust, D-18.
Quivy, M-9.
Rebufel, F-14.
Reneaux, T-9.
Ronneaux, M-9.
Saïdmann, F-14.
Salomon, D-17.
Thibonneau, X-12.
Thoumas, C-12.
Torchaussé, Y-6.
Turchini, C-12.
Vignal, G-14.

SUPPLÉANTS
de consultations.

MÉDECINE

Barreau, M-6.
Chevalley, L-6.
Coulon, J-11.
Debray, P-5.
Deron, B-11.
Deschamps, K-4.
Gy, G-10.
Isch-Wahl, V-3.
Joanny, D-13.
Langle, T-6.
Le Clerc, Y-4.
Lefèvre, Z-3.
Prieur, E-8.
Serrand, I-15.
Turpin, C-9.

CHIRURGIE

Bloch (René), C-10.
Bonnet, A-11.
Brian-Garfield (Mme), K-5.
Chabrut, E-9.
Cuvigny, M-7.
Gouguet de Girac, J-12.
Gresset, L-7.
Guelfucci, F-12.
Laquière, G-11.
Lubin, D-14.
Reinhold, H-15.

Rouffiac, I-16.
Sénèque, N-11.

CHEFS DE CLINIQUE

Aurousseau, S-8.
Bach, F-1.
Bernard (Et.), D-1.
Boulanger-Pilet, S-1.
Boulay, D-1.
Bouttier, A-1.
Broca (Rob.), U-1.
Brun (de), F-1.
Carrega, H-12.
Chastang, O-1.
Chevalley, U-1.
Cousin, A-8.
Debray, U-1.
Desoubry, Ad-1.
Durand, C-1.
Fatou, A-1.
Fey, E-5.
Girot, X-1.
Giroux, B-1.
Godard, F-7.
Grellety-Bosviel, C-1.
Gueulette, D-9.
Hillmand, F-1.
Hue, S-8.
Huet, A-6.
Jacquelin (A.), D-1.
Jacquet, Ad-1.
Joannon, Ae-1.
Lacomme, Ac-1.
Lascombe, F-7.
Lefebvre, N-1.
Mouzon, G-1.
Oury, C-1.
Papillon, Q-4.
Perretti della Rocca (de), Ad-1.
Périsson, X-1.
Péron, X-1.
Petit-Dutaillis, X-5.
Ravina, Ac-1.
Rimet, N-1.
Soupault, X-5.
Surmont, A-1.
Terris, N-1.
Thalheimer, X-5.
Théodoresco, B-1.
Thévenard, X-1.
Walther, Q-4.
Weissmann, D-1.
Winter, H-12.

Adjoints.

Ameline, O-1.
Bloch (Sig.), G-1.
Breton, A-6.
Chomé, B-10.
Conte, Ae-1.
Denoy, B-10.
Flandrin, E-5.
Harburger, H-12.
Lebée, S-1.
Marchal, G-1.
Ostwalt (Mlle), A-8.
Pollet, A-1.
Robin, B-10.
Veil, A-8.
Velti, A-6.

CHEFS DE LABORATOIRE

adjoints et assistants.

Beauvy, F-7.
Bénard (H.), A-1.
Bertrand, X-1.
Bidot, S-1.
Bordessoulle, A-8.
Bordet, B-1.
Brindeau, Ad-1.
Bulliard, Q-4.
Cartier, Ad-1.
Castéran, A-8.
Chabanier, E-5.
Champy, Q-4.
Chevallier, N-1.
Chompret, C-13.
Cléret, H-12.
Cottenot, C-1.
Cuel, Am-1.
Deval, A-1.
Dorlencourt, U-1.
Douay, Q-4.
Dumas, Am-1.
Eliascheff (Mme), N-1.
Firbach, A-8.
Géraudel, B-10.
Giet, D-9.
Giraud, Ac-1.
Gosset, X-5.
Gournay, S-7.
Guillaumin, D-1.
Herrenschmidt, F-7.
Hinglais, Ad-1.
Joltrain, F-1.
Just (de), N-1.
Laudat, F-1.
Léchelle, X-1.
Lehmann, Am-1.
Magrou, X-5.
Minvielle, B-10.
Moutier, O-1.
Parquin (Mlle), S-8.
Pick, E-5.
Rafflin, Am-1.
Raulot-Lapointe, F-1.
Reilly, Ae-1.
Rouché, X-5.
Saint-Girons, S-8.
Tissier (Mlle), A-1.
Tribout, D-1.
Turpin, C-1.
Verliac, E-5.
Verne, Ac-1.
Weill, D-1.
Welter, Am-1.
Wolff (Mlle), F-1.

STOMATOLOGISTES

Béliard, J-16.
Boissier, F-15.
Chompret, N-19.
Coustaing, D-19.
Darcissac, B-16.
Fargin-Fayolle, M-10.
Frey, W-12.
Izard, Z-7.
Gornouec, E-11.
Gourc, Z-6.
Guilly, O-3.
Lebedinsky, F-15.
Lemerle, T-10.
L'Hirondel, H-18.
Mahé, U-4.
Maurel, C-13.
Puig, F-15.
Raison, H-18.
Richard, N-19.
Robin, E-11.
Rousseau-Decelle, H-18.
Roy, B-16.
Rupp, A-13.
Sauvez, A-13.
Schaefer, G-15.
Thibault, N-19.

INTERNES

(Un certain nombre d'internes titulaires occupent des places de provisoire et réciproquement.)

Aïdan, F-7.
Albot, C-4.
Ardouin (Mme) P-2.
Armand, H-8.
Armingeat, E-6.
Arviset, O-1.
Asselin, E-5.
Audemar, F-7.
Audouin, B-8.
Avril, I-9.
Bach (Mlle), Ac-1.
Baillet, X-7.
Baillis, N-13.
Barbé V-1.
Bardy (Mlle), N-14.
Baron, U-2.
Baron (Pierre), T-4.
Barragué, X-5.
Barthes, T-5.
Beaux, C-7.
Béclère, I-10.
Benoist, Q-3.
Berson (P.), F-10.
Berton, W-9.
Bertrand, E-1.
Besançon, F-1.
Bidoire, N-14.
Bize, S-1.
Blandy, Ag-1.
Blondel, F-1.
Blondin (S.), H-11.
Blondin, X-5.
Blum, Q-4.
Blum (J.), A-8.
Bocquentin, Aa-3.
Boegner (Mlle), B-10.
Bohn, U-1.
Boltanski, G-2.
Bouillié, D-10.
Bourgeois (J.), N-5.
Bourgeois (P.), B-6.
Braun (Mlle), S-11.
Briau, M-4.
Brosse (Mlle), L-4.
Bureau (Rob.), K-3.
Burgeat, B-7.
Cadilhac, J-14.
Cahen (Mlle), Q-1.
Cahen (Pierre), H-10.
Cahen (Rob.), N-6.
Canone, C-7.
Caroli, G-1.
Carteaud, N-1.
Castéran, R-2.
Cattan, K-1.
Cazaubon, Ai-1.
Chaperon, C-6.
Chauveau, I-9.
Chêne, H-5.
Chevereau, N-8.
Chevereau (J.), G-7.
Choquart (Mlle), C-8.
Codet, H-7.
Cohen N-4.
Corbillon (Mlle), F-6.
Coste, X-3.
Coudert, N-8.
Coudrain, W-4.
Cournand, G-4.
Couturat, L-1.
Darré, G-3.
Dartin (Mlle), I-14.
David, S-7.
Debray, P-4.
Delafontaine, W-1.
Delalande, Y-2.
Delarue, N-3.
Desbrousses (Mlle), M-1.
Desbucquois, P-3.
Desderli (Mlle), Ar-1.
Dessaint, I-11.
Diamantberger, M-4.
Digonnet, N-9.
Delage, N-13.
Delagenière, H-11.
Delmas, F-9.
Delaporte, D-6.
Destouches, D-1.
Dolfus, N-16.
Dreyfus, D-11.
Dreyfus (Gilb.), X-2.
Dreyfus-Sée (Mlle), F-1.
Dufour, A-7.
Dufour, As-1.
Dulac, N-13.
Duncombe, I-10.
Duruy, D-1.
Duval, Q-4.
Falaize, G-8.
Faure, U-2.
Fayot, W-7.
Ferey, A-6.
Filliol, A-1.
Flandrin (P.), I-3.
Fontaine Mlle). J-3.
Forest-Defaye, Ak-2.
Foulon, X-2.
Frantz, H-10.
Fredet, G-5.
Froyez, H-6.
Funck, M-4.
Galtier, N-8.
Ganem, O-1.
Garnier, N-2.
Gautier, S-10.
George, C-1.
Ghouila-Houri, F-10.
Godel, B-1.
Goldberg, Aj-2.
Gorostidi, D-4.
Gouyen, W-1.
Grandperrin, E-7.
Guédé, H-1.
Guérin, C-5.
Guérin (Paul), J-9.
Guillon, A-9.
Guillot (J.), Ae-1.
Guyot, Aa-3.
Hamelin, T-7.
Haye, S-4.
Hebert (Mlle), J-7.
Heraux, T-1.
Huard, H-10.
Hubert, Ae-1.
Hudelo, A-8.
Hurez, Q-4.
Hussenstein, A-6.
Ibos, P-4.
Jany, Y-1.
Jonard, I-9.
Jondeau, H-11.
Jonesco, G-1.
Jourdan, C-7.
Jubé, Af-2.
Julien, B-9.
Kaplan, E-4.
Kaufmann, B-7.
Krief, Af-2.
Laennec, H-13.
Lacan (Mlle), H-16.
Lacapère, J-6.
Lafaye, R-3.
Lallemand, J-13.
Lapeyre, Af-2.
Laporte, K-2.
Launay, V-2.
Laurent (Mlle), F-8.
Layani, D-5.
Le Baron, Ah-1.
Lecœur, O-1.
Leibovici, X-5.
Lejeune, I-12.
Lelourdy, I-5.
Lemaire, I-2.
Lemariey, D-11.
Lenègre-Thourin, X-4.
Lenormand, N-3.
Lepage, Y-3.
Lerond, N-12.
Leroy, Aa-4.
Levaxelaire, N-11.
Lévy (Jean), N-11.
Lévy (M.), N-15.
Lévy (Rob.), B-2.
Leydet, S-8.
Lichtwitz, Ae-1.
Liège, D-3.
Lieutaud, D-10.
Longuet, Ak-1.
Lonjumeau, N-7.
Lotte, H-13.
Lyonnet, N-11.
Maas (Mlle), A-5.
Mabille, K-3.
Magdelaine, J-13.
Mahieu, Ak-2.
Maldan (Mlle), R-1.
Mamou, A-4.
Marie S-2.
Martin N-9.
Maximin A-3.
Maximin (R.), D-9.
Mayo (Mlle de), F-2.
Mazard, A-9.
Meizel, Ak-2.
Meizel (Mme), Ak-2.
Merger, B-9.
Merklen, W-3.
Merle d'Aubigné, B-7.
Mevel, H-2.
Michaux, X-1.
Michel-Béchet, K-3.
Mimin, G-12.
Moatti, H-12.
Mollaret, E-3.
Monnerot-Dumaine, H-3.
Morlaas, Aa-1.
Mornet N-2.
Mornet (Mme), S-6.
Moruzi, E-6.
Moussoir, L-3.
Moyse, L-5.
Naggiar, T-5.
Nativelle, L-2.
Odier (Mlle), N-12.
Oguse (Mlle), F-3.
Olivier, J-1.
Ombrédanne, I-13.
Oumansky, Aj-1.
Palmer, E-7.
Parfonry, H-16.
Paris (P.), F-9.
Pascal, E-6.
Patel, B-8.
Pau (Mlle), F-2.
Pérard, H-7.
Péribère, S-8.
Pellé, A-6.
Perrin, Aa-4.
Petit, C-6.
Petrignani, W-4.
Peytavin, J-10.
Pichat, G-7.
Pichon, F-4.
Pichon (Mlle), G-9.
Pithon (Mlle), G-9.
Plessier, C-6.
Poisson, Ak-2.
Poumailloux, I-1.
Puech, I-8.
Querneau, Y-3.
Quivy, T-5.
Racine, W-5 et W-8.
Rappoport (Mlle), B-3.
Ravier, B-6.
Redon, I-11.
Rémy-Néris, N-15.
Roquejeoffre, J-10.
Rosenbaum (Mlle), X-6.
Rossert, H-12.
Rouget (Mlle), A-1.
Rouquès (L.), D-8.
Rouquès, G-6.
Rudolf, A-2.
Roy, J-10.
Sacuto, D-9.
Saint-Pierre, L-5.
Sallé, M-5.
Salmon, M-3.
Sauvage, I-11.
Scherrer (Mlle), P-7.
Schmite, X-1.
Sebileau, D-10.
Seligmann, B-5.
Servel, B-4.
Sicard, N-5.
Source, E-5.
Stérin, A-7.
Stieffel, T-2.
Sureau, Ab-1.
Suzor, H-8.
Tacquet, Ag-2.
Tailhefer, I-10.
Tambareau, N-9.
Tariel, T-3.
Theillier, D-9.
Thiroloix, W-2.
Thomas, R-3.
Thoyer, D-7.
Thurel, X-1.
Triau, Ad-1.
Vadder (de), F-7.
Vaitz, J-4.
Vanbockstaël, N-6.
Vannier, B-9.
Vasseur (Mlle), I-7.
Vendel, Ai-1.
Vergez-Honta, H-8.
Vialard, I-6.
Vibert, N-4.
Vidal-Naquet, Y-3.
Villemin, N-1
Vogt (Mlle), C-2.
Vaillième, G-8.
Wallich, E-2.
Watel, Af-1.
Waynbaum (Mlle), U-1.
Weill (Rob.), J-8.
Wertheimer (Mlle), Z-1.
Widiez, C-3.
Wolff (Mlle), X-11.
Wolff (Mlle F.), Z-2.
Worms, I-4.
Zagdoun, B-8.
Zimmer, W-6.

INTERNES PROVISOIRES

Abricosoff (Mlle), D-13.
Ardouin, Y-4.
Bachelier, I-4.
Bolgert, F-17.
Bosquet, S-10.
Bufnoir, S-9
Chadourne, Z-3.
Cofino, S-5.
Cohen-Deloro, G-10.
Cossa, B-1.
Cuvillier, P-5.
Delthil, X-8.
Douady, X-8.
Favre, J-11.

Gadeau, K-4.
Gallais, T-6.
Gaucher, D-4.
Heiman (Mlle), F-16.
Hesse, H-14.
Laffitte, W-9.
Lançon, M-6.
Lévy (Mlle), S-3.
Louvet, F-5.
Maison, C-9.
Martin (René), F-11.
Mauric, X-10.
Meignin, E-8.
Mourrut, Ah-1.
Milhiet, A-10.
Odmet, S-14.
Odru (Mlle), C-11.
Sainguy, D-15.
Seïdmann, B-11.
Trocmé, I-15.
Weiss, V-3.

EXTERNES

Abraham, A-6.
Abrahamian, D-10.
Achard, B-14.
Adida, K-2.
Advenier, B-11.
Alaroze, B-11.
Albeaux, B-9.
Alivisatos, F-1.
Allard, C-3.
Alpern, I-11.
Alvarès de Azevedo, D-5.
Amat, T-3.
Ambrosini, Ah-1.
Amiard, I-7.
Amid, N-1.
Ampugnani, H-11.
André, H-11.
André (Rob.), N-5.
Andrieu, I-13.
Andrieu, T-3.
Angéras, J-3.
Auglade, B-12.
Antonelli, L-4.
Antoniou, G-8.
Archambaud (Rob.), X-2.
Ardin, T-4.
Ardouin, J-5.
Armand (Rob.), P-4.
Armelin (Mlle), G-8.
Arnal, F-1.
Arnon, M-7.
Arondel, X-8.
Arrighi de Casanova, N-12.
Arsonneau, D-5.
Artin, Aa-1.
Ashtiany, E-5.
Attal, Ac-1.
Aubert, D-13.
Aubin, X-1.
Aubrun, B-7.
Auchel, P-6.
Auclair, N-12.
Audoux, F-3.
Augereau, E-1.
Aujay, T-2.
Aujex, M-4.
Auzelons, J-1.
Auzepy, X-8.
Aymard, D-12.
Ayrignac, G-2.
Bachelot, S-7.
Bachman, A-3.
Bacqué, I-7.
Baguette (Mlle), P-2.
Bail, C-6.
Bailliot, C-8.
Balmelle, Aj-1.
Bamas, X-8.
Baratoux, L-1.
Barbara, Q-3.
Barbat, P-5.
Bardin, (P.), B-5.
Bardin, R-1.
Baret, F-10.
Bargeton, A-6.
Barnaud (Mlle), F-9.
Barneville, I-16.
Barrat, I-7.
Barré, H-15.
Barrier (Cl.), D-3.
Barrier (J.), X-8.
Barros, S-10.
Barthélemy, W-1.
Barzilaï, R-1.
Basset, H-13.
Battesti, B-12.
Battesti (Ph.), K-1.
Baugé, F-3.
Baumann, F-1.
Baussan, M-1.
Béal, N-15.
Beauchesne, G-9.
Beaufils, T-3.
Beaufils, A-9.
Beaume, Ac-1.
Beausserie (de la), A-2.
Béchet, E-3.
Bégand (Mlle), E-4.
Belètre, Ae-1.
Bellière, B-6.
Benaërts, H-13.
Bénassy, C-4.
Bénech, E-2.
Benoit (Marcel), R-2.
Benzaquen, A-5.
Ber (Mlle), I-10.
Bérard, X-2.
Bérard (P.), N-8.
Bérardier, G-1.
Beraut, H-5.
Bercovici, G-10.
Berg (de), A-7.
Bergenstein, D-5.
Berger (Mlle), I-7.
Bergeron, N-9.
Bernard (Jean), X-5.
Bernard (Paul), N-5.
Bernard-Griffiths, A-5.
Bernard (Et.), F-8.
Bertazzi, B-10.
Berteaux, F-8.
Besseyrias, S-7.
Besson (And.), O-1.
Besson (Mlle), H-12.
Besson, F-7.
Beuzard, E-2.
Bezier, H-10.
Bidegaray, B-12.
Biétrix, N-9.
Billard, Y-3.
Billet, M-5.
Billiard, F-10.
Binès, G-3.
Binnie-Scott, B-8.
Bizon (Mlle), L-4.
Blanchard, H-16.
Blanquine, B-2.
Blin, D-10.
Bloch, B-5.
Bloch, I-4.
Blondeau, S-9.
Blondel (Mme), L-1.
Boiffin, S-12.
Boisramé, U-1.
Bogoraze, F-1.
Bogoraze (Mlle Et.), T-8.
Bogoraze (Mlle V.), C-2.
Bogoraze (Mlle), P-7.
Bohn-Nageotte (Mme), X-5.
Boidot, C-3.
Bo[illegible]pard, Y-1.
Bo[illegible]nard, K[illegible].
Bon[illegible]et (Ray.), H-6.
Bonnet, Y-[illegible].
Bonnet (P.), X-8.
Bonnière, X-1[illegible].
Bons, G-2.
Bonte, Aa-[illegible].
Bonzon (Mlle), F-17.
Boquet, Q-4.
Boquien, H-2.
Bordachar (Mlle), N-8.
Bordier, H-7.
Borgida G-8.
Borras, G-7.
Bosc, Z-3.
Botrel, B-9.
Boucabeille (Mlle), S-8.
Boudin, W-9.
Bouillard (Mlle), M-4.
Bouley, H-11.
Boulland, H-1.
Bourderon, H-8.
Bourdin (Mlle) D-12.
Bourdiol, X-4.
Boureau, Y-5
Bourgois (R.), B-7.
Bourguignon, D-8.
Bourmalatz, M-4.
Bournique, B-9.
Bousser, I-4.
Boussoulade, M-7.
Boutet, Y-4.
Bouvier, M-7.
Bouxin, N-16.
Bouysson, I-13.
Boyer, B-7.
Boyer, D-9.
Boyer (A.), F-6.
Brandy, Z-1.
Bréhand, B-7.
Brèhier, N-5.
Brémont (Jean), G-3.
Bresson (Mlle), J-6.
Bretey, B-2.
Bridot, Z-3.
Brimont, H-2.
Brincourt, G-5.
Brinon, B-8.
Brion, N-6.
Brisard, N-5.
Brisset, D-2.
Brizard, H-6.
Brouet, N-11.
Brulin, Y-4.
Bruneau, J-1.
Brunel, H-10.
Brunet, N-4.
Bruneton, D-1.
Bruneval, N-1.
Buisson (L.), P-1.
Butaud, Q-1.
Cabaille, H-1.
Cabanel (Mlle), B-13.
Cabrit, F-16.
Cachin, K-3.
Caillaud, N-10.
Cailleux, S-8.
Caïn, H-6.
Caire (Mme), Ah-1.
Calamy, A-3.
Calmels, Q-1.
Calvet, B-5.
Camps, D-11.
Camus (J.), B-14.
Caner, I-11.
Capandji, S-4.
Caratzali, G-5.
Carbonnel, C-2.
Carlotti, W-1.
Carteret, N-11.
Casalis, W-2.
Casalis, N-2.
Castets, I-6.
Catalette, H-13.
Cathier (Mlle), T-7.
Catonné, P-4.
Caudron, G-8.
Cautru, (A.) F-1.
Cauvet (Mlle), D-9.
Cavel, A-7.
Cayet, G-11.
Chabrol, Q-3.
Challe, F-10.
Chambon, D-15.
Champdemerle (Mlle), F-7.
Champenois, D-14.
Champeval, N-19.
Chapiro (Mlle), H-10.
Chapiro (Mlle), A 9.
Chapon, B-7.
Chaput, U-1.
Charapanowski, A-1.
Chartol, J-11.
Chaudron, I-9.
Chaussidière, G-5.
Chemin, (Mlle), G-1.
Chérubin, I-1.
Chevallier, B-9.
Chevallier (Ph.), H-2.
Chevillon (Mlle), N-16.
Cheynet, Z-2.
Chigot, X-5.
Choffé, F-6.
Chomet, H-7.
Chuit N-12.
Chureau, N-14.
Clavel, J-12.
Clément, J-13.
Clément, Af-2.
Clermont, T-3.
Cligny (Mlle), C-2.
Clupot, H-3.
Cocagne, T-7.
Coën, V-1.
Cohen (Ad.), U 1,
Cohen-Bacrie, K-1.
Collart, N-3.
Colin (M.), A-10.
Colombu (Mlle), H-3.
Comte, M-4.
Conso, Ah-1.
Constantoulakis, A-11.
Conte, B-6.
Contiadès, I-4.
Conty, I-6.
Cord, E-7.
Cornier (Jean), B-3.
Cotchoura, N-2.
Cottet (J.), B-4.
Cottet (P.), Af-2.
Cottin, L-1.
Cottin, X-4.
Couallier, I-5.
Coudero, A-6.
Courbil, W-3.
Courtial, G-2.
Courtois, S-14.
Courtois (J.), I 8.
Courtois (A.), B-4
Cousin, I-13.
Couturat, D-14.
Cros, A-10.
Cuénin (Mlle), T-1.
Damon, N-7.
Daniel (André), J-15.
Daniel, H-8.
Dansaert, D-13
Danzig (Mlle), I-3.
Dany, L-3.
Darnis, I-7.
Dassencourt, A-2.
Dauban de Silhouette, S-4.
Daunic, I-9,
Dausse, P-2.
David, F-2.
David, C-6.
David (J.-G.), G-10.
David (J.-P.), N-6
Davous, B-7.
Debon, D-4.
Debray, J-3.
Debray, At-2.
Debuire, Ac-1.
Decante, Z-1.
Defaix, Q-2.
Delaborde, H-18.
Delaby, A-9.
Delafarge, D-11.
Delaffond, B-2.
Delahaye (Mlle), G-5.
Delange, I-8.
Delbove, W-4.
Delbreil, Ad-1.
Deléage, Aj-2.
Deleau, C-11.
Deley, F-1.
Delinotte, A-6.
Delon (Mlle), N-5.
Delorme, G-5.
Delorme, G-13.
Delpuech (Mlle), I 9.
Delteil, E-1.
Demailly S-1.
Demailly, D-3.
Demaldent, R-3,
Demirleau, H-3.
Demoly, T-2.
Demoulin, Z-1.
Deransart, L-6.
Derombies (Mlle), Aa-3.
Dervé, G-8.
Desgruelles, Ad-1.
Deslandres (J.), T-1.
Deslandres, L-5.
Deschamps, H-12.
Desormeaux, G-7.
Dessirier, L-1.
Devaux, I-13.
Devaux, N-5.
Develay (Mlle), K-2.
Devin, K-6.
Dezoteaux, Q-4.
Dillart, J-10.
Diriart, T-2.
Domela (Mlle), S-8.
Dormay, J-5.
Douvry, H-2.
Do-van, A-8.
Dragomiresco, U-2.
Draillard, A-2.
Dreyfus, E-5.
Dreyfus (A.), J-1.
Dreyfus (Mlle S.), Ac-1.
Drouhard, P-1.
Droubin, J-7.
Dublineau, T-6.
Dubois (P.), C-7.
Dubois, X-2.
Dubois, L-5.
Du Bouchet (Mlle), K-2.
Ducœurjoly, H-8.
Ducosté (Mlle), X-1.
Dufet, A-8.
Duflos, J-14.
Dufour, H-9.
Duhamel, B-6.
Dulot, V-1.
Dumas, M-6.
Dumery, H-8.
Dupont (Mlle), A-1.
Dupuidemus, F-8.
Dupuy-Dutemps, P-2.
Durand (H.), E-8.
Durandy, J-10.
Durel, A-5.
Durel, N-3.
Durieux, X-8.
Durin, N-18.
Durmeyer, B-6.
Durrbach, Q-3.
Dussouil, L-5.
Dutreix, Ah-1.
Duval, I-15.
Duval (Raoul), S-3.
Eck, F-9.
Elbins, B-9.
Eliascheff, Aa-2.
Ellenberger, E-6.
Emond, F-9.
Enriquez, D-10.
Espinosa (Mme), D-4.
Etchebarne, B-1.
Even, T-6.
Fabre (G.), M-3.
Fabre (J.), G-4.
Facquet, N-11.
Fagnières (Mlle), F-1.
Falguière (Mlle), P-2.
Fallex, H-5.
Fallourd, N-11.
Farah, A-1.
Farel O'Reilly, D-15.
Fau, V-2.
Fauvert, F-1.
Fajet, H-17.
Fayot, Ab-1.
Fellous, E-5.
Felsenswalt, G-3.
Ferrand (P.), D-11.
Ferrer, I-12.
Ferrière, X-8.
Feuillastre, F-1.
Fichet, A-3.
Fichrer, G-2.
Ficonetti, Z-1.
Fildermann, F-17.
Filliozat, A-1.
Filloux, G-1.
Fisbacher, I-2.
Flaumenbaum, Aa-4.
Fleury, H-5.
Fontaine, E-5.
Fort (R.), T-2.
Fort (Roger), Y-2.
Forthomme, H-12.
Fortier, B-13.
Fortin (A.), X-11.
Fortin (R.), X-11.
Foucaud, E-1.
Fourès, W-1.
Fournier (R.), Aa-1.
Fraenkel, H-2.
Frahier, F-3.
Frain, I-6.
Fraisse, N-13.
Franco, N-17.
François (René), D-9.
Franssu (Mlle de), J-6.
Friedmann (R.), D-4.
Friedmann, N-11.
Fromont, Ad-1.
Fron, J-6.
Frugier, J-3.
Gabriel, S-2.
Gagneur (Mlle), Ac-1.
Gallaud, F-7.
Gallot (H.), H-2.
Gallot, A-2.
Gandy, S-6.
Gardette, F-12.
Garnier, W-4.
Gasne (A.), D-10.
Gasne (P.), N-8.
Gastaud, H-7.
Gaston, N-15.
Gaudin, N-12.
Gautheron (Mlle), T-1.

Pougin, Ad-1.
Poulain (Mlle.), X-1.
Poupault, N-9.
Pourquié, E-6.
Pouzergues, W-2.
Pradel, S-12.
Prat, H-5.
Prat, S-11.
Preux, D-14.
Pruneau, F-6.
Prunet, V-1.
Prost (J.), Y-4.
Puccinelli, I-14.
Puyaubert, N-18.
Puymartin, M-6.
Pyt, N-2.
Rabetrano, G-9.
Raboutet, C-7.
Rachelsberg, V-1.
Raisonnier, G-8.
Raganeau, E-6.
Rameaux, H-10.
Ranglaret, J-7.
Raulot-Laponite, J-3.
Raymond, T-3.
Raymond (Jean), Ae-1.
Reboul, Ac-1.
Redaud, S-8.
Regaud, E-4.
Reix, J-4.
Reliques, B-8.
Renac, F-8.
Retat, B-9.
Reynaud, Af-2,
Reyt, L-1.
Riberol, C-8.
Richard, D-7.
Riom (Mlle), A-10.
Ripert, I-4.
Rist, N-8.
Rivère, D-7.
Robert, E-6.
Robert (Y.), B-5.
Robert (Paul), F-1.
Robin, F-9.
Robine, A-4.
Rocher, R-3.
Roeder, H-3.
Roederer, Ab-1.
Roger, H-11.
Roger de Véricourt, X-1.
Rogès, B-7.
Rohlfs (Mlle), F-7.
Rollet, J-13.
Ronceray, E-1.
Rondepierre, D-3.
Rosenfeld, N-13.
Rouher, B-3.
Roulin, S-6.
Roullier, N-11.
Rousseau (Gast.), X-8.
Rousseau (G.), C-10.
Rousseau (P.), C-9.
Rousset, K-4.
Roussier, Q-4.
Roussy (Mlle), W-2.
Roux (Mlle), S-7.
Rouzaud, J-6.
Roy, H-14.
Royer, Ah-1.
Rubat de Mérac, H-3.
Rudaux, J-8.
Rudler, C-1.
Rymer, H-8.
Sabetay-Marcus, A-5.
Sabourin, Q-3.
Sala, F-7.
Salgo, F-13.
Salles, B-7.
Sallet, A-10.
Salmon, J-9.
Salomon (Jean), S-2.
Samama, N-8.
Samer, N-19.
Sanz, P-1.
Saraudry, H-5.
Saullière, N-5.
Sauné, Q-4.
Sautet, F-12.
Savigny, S-2.
Schapiro (Mlle), I-8.
Schatz, N-1.
Schiever, R-2.
Schlessinger, D-7.
Schmitt, P-3.
Schnierrer, X-2.
Schwartz, J-9.
Schwob, X-1.
Sée, N-4.
Segrestaa, M-5.
Seguinot, B-1.
Séjournet, T-6.
Selikovitch (Mlle), E-3.
Senequier, H-4.
Sergent (H.), I-6.
Sergent, I-13.
Serre, R-3.
Servy, I-15.
Sevin, B-3.
Sidi, Ae-1.
Simonot, N-13.
Sliosberg, C-2.
Smirnoff, (Mlle), A-1.
Soleil, L-5.
Solignac, A-9.
Sommer, Z-4.
Soria (de), I-8.
Soubeyran (Mlle), C-7.
Soubrane, K-3.
Souilhé, I-3.
Soyer, J-10.
Sterbiny, H-6.
Stérianos, X-1.
Stérin, G-5.
Stoclet, C-5.
Stora, C-7.
Strée, N-9.
Strouzer, D-8.
Sthul, I-10.
Suchmann, H-10.
Surpas, J-14.
Sustendal, H-5.
Sylvestre, (Mlle), Z-2.
Symkiewicz (Mlle), C-1.
Swirsky (Mlle), N-12.
Tacquet, A-1.
Tardif, B-5.
Tavennec, L-2.
Tchou, F-1.
Tellier, Q-1.
Tenine, D-9.
Terrasse, R-3.
Terrenoire, D-14.
Tesnière, F-6.
Testu, E-8.
Thévenard, N-10.
Thiboumery, H-6.
Thiercelin, X-4.
Thiéry, J-7.
Thivet, F-10.
Thoizon, H-2.
Thomann, H-14.
Thorain, F-3.
Thorel, I-5.
Thouvenel, E-5.
Tilitcheff, L-5.
Timsit, W-2.
Tolose, I-9.
Toulemonde, N-7.
Tourieux, C-7.
Tournant, D-13.
Touvet, I-10.
Touzard, N-7.
Triballet, L-3.
Trivas (Mme), N-10.
Trombert, G-6.
Trousson (Mlle), A-13.
Trubert, X-2.
Tubiana, F-2 et F-9.
Turpault, M-7.
Ulmann (Mlle), G-12.
Ungar, H-11.
Urçat (Mlle), Q-1.
Vacher, Z-4.
Vaidie, C-6.
Valdman, F-2.
Valençon, B-6.
Valentine (Mlle), C-4.
Valois, B-3.
Vandenbosche, D-8.
Van der Elst, F-17.
Vasse, N-13.
Vaudour, C-5.
Vautrin, D-3.
Vayssié, L-7.
Veil (Ad.), N-2.
Verger, C-9.
Verlière (Mlle), G-7.
Vermorel, S-14.
Vernholes, N-17.
Vernier H-6.
Versini (Mlle), B-1.
Veslot (Jacques), S-1.
Vétillard, C-8.
Vézin, B-6.
Viala, F-1.
Vialle (P.), P-1.
Victor, A-1.
Vidal (Mlle), Y-1.
Vié, B-6.
Villechaize, I-6.
Villoutreix, I-5.
Vimeux (Mlle), H-3.
Vinceneux, H-14.
Vincent, I-10.
Vincent (Paul), F-10.
Viollet, Y-2.
Vix (Mlle), A-6.
Voignier, H-7.
Voillemin, C-3.
Voisin, I-11.
Voizot, A-6.
Waddington, E-5.
Wauthier, N-6.
Waynberger, B-8.
Wechsler, A-1.
Weill (Mlle S.), T-1.
Werner, B-5.
Wester, M-5.
Weyl (Rob.), Y-1.
Wirz, D-8.
Wilm, K-3.
Wolf, I-11.
Yung, R-9.
Zaliouk, F-16.
Zaouch, M-4.
Zha, N-15.
Zinmern, X-5.
Zitzerman, Q-3.
Zucmann (Mme), S-6.
Zuniga, Q-4.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1926)

Réalisation expérimentale de l'hypertension systolique artérielle d'origine aortique. — M. P. Dodel fait varier l'élasticité de l'aorte sur un schéma de circulation, et observe une élévation très importante de la maxima par suite d'une augmentation de résistance de la paroi aortique les facteurs cardiaque et périphérique restant constants.

Action des rayons ultraviolets sur l'éruption variolique. — MM. Henri Bénard, L. Camus, P. Carnot et P. Teissier, soumettant chez des varioleux un territoire limité des téguments à l'action des rayons ultraviolets, étudient les modifications de l'éruption dans la zone irradiée.

a. L'application des rayons ultraviolets n'exerce aucune influence fâcheuse chez les sujets atteints de variole. En aucun cas l'éruption n'a subi de recrudescence au niveau ou dans le voisinage de la zone irradiée.

b. Les rayons ultraviolets, appliqués au stade de suppuration, n'ont aucune action sur l'évolution ultérieure de l'éruption.

c. L'irradiation exerce, au contraire, une influence favorable sur les éléments qui n'ont pas dépassé le stade papuleux. Ces éléments sont arrêtés dans leur développement et cette diminution de la durée de leur évolution a pour conséquence une atténuation, voire même une suppression des cicatrices consécutives.

La plupart de ces résultats ont été obtenus au niveau des avant-bras. Quelques irradiations de la face ont montré que, dans cette région, les éléments sont influencés d'une façon comparable, laissant espérer la possibilité d'un traitement local prophylactique des cicatrices faciales si justement redoutées.

d. Dans tous les cas l'action favorable des radiations ultravisibles a paru subordonnée à l'apparition de l'érythème consécutif à l'irradiation.

Coups de bélier de fermeture et tons artériels mats. — M. Ph. Fabre classe les tons artériels mats perçus en sphygmomanométrie en deux catégories :

1° Ceux observés sous compression élevée, qui sont dus à l'accolement des parois artérielles tout à fait au début de la diastole, engendrant un coup de bélier hydraulique de fermeture assez sonore, phénomène non encore décrit.

2° Ceux observés aux compressions voisines de la minima, dus aux coups de bélier de la vague sanguine systolique qui ouvre l'artère et choque la masse stagnante en aval du manchon. Ces derniers exigent pour se produire une énergie pulsatile que tous les sujets ne possèdent pas. De là un classement possible des valeurs cardiaques en clinique.

L'auteur rapporte les manœuvres par lesquelles s'établit la distinction qu'il propose et se fait le diagnostic. Il en déduit aussi la pathogénie de certains silences artériels anormaux.

Enveloppes dures de la portion enchassée de la dent simple. — M. Retterer. La moitié profonde de la racine est entourée de proémail et de cément ou cortical. Dans la moitié superficielle et la portion gingivale, la dentine n'est revêtue que de proémail.

Sur les cryptotoxines biliaires. — M. H. Vincent. Dans des expériences anciennes sur le pouvoir antitoxique de la bile et de ses éléments composants, l'auteur a montré qu'elle neutralise la toxine tétanique et les toxines microbiennes d'origine intestinale.

De même, le mélange à volume égal de toxine du B. coli (endo et exo-toxine), très active, avec la bile, est rendu inactif; son inoculation est sans effet alors que la même dose de toxine pure tue le lapin témoin en moins de trois heures.

Or, si on réitère, à doses prudentes, les injections de toxines biliées (tétanique, colibacillaire) aux lapins adultes, on constate que les animaux ont acquis un certain degré d'immunité pour le tétanos et une immunité complète pour la

toxine du B. coli et pour les cultures vivantes de celui-ci.

La toxicité propre de la bile et son action nécrosante limitent, naturellement, son emploi comme agent neutralisant. Mais l'expérimentation démontre que la bile forme, avec les toxines, des cryptotoxines d'une activité immunigène certaine, quoique assez faible. Cette activité biliaire suffit pour neutraliser in situ les toxines sécrétées par les bactéries intestinales.

Les formes filtrantes des bactéries et les ultravirus. — M. Paul Hauduroy, dans cette note, rappelle que c'est lui qui, pour la première fois, a montré qu'on pouvait obtenir à volonté au laboratoire les formes filtrantes de certains microbes tels que les B. dysentériques, typhiques, etc.

Il insiste sur la technique à suivre pour obtenir ces formes. Comparant leurs caractères à ceux des ultravirus, tels que la vaccine, l'herpès, il montre les différences qui existent entre ces deux variétés de germes.

— Société de biologie de Lyon (séance du 20 décembre 1926) :

Atténuation du virus filtrant tuberculeux labile par les courants électriques et les rayons ultraviolets. — Utilisant la technique décrite par MM. Cluzet, Chevallier et Kofmann, MM. F. Arloing et A. Dufourt ont vu qu'il semble qu'en soumettant des filtrats de produits tuberculeux humains, soit à des courants électriques à haute ou à basse tension, soit à des rayons ultraviolets, on atténue de façon plus ou moins marquée l'activité de ces filtrats.

Cette atténuation se traduit par trois particularités très nettes : 1° l'allongement de la période anté-allergique; 2° le raccourcissement de la période allergique; 3° la diminution de la sensibilité à la tuberculine à 1/50 et la nécessité d'un taux de dilution moins faible (tuberculine à 1/25 et à 1/10) pour obtenir la réaction intradermique.

Technique pour étudier l'action de l'ultraviolet et du champ électrique sur le virus filtrant tuberculeux. — MM. Cluzet, Chevallier et Kofmann. Les filtrats étaient exposés, en couches aussi minces que possible, au rayonnement d'une lampe à vapeur de mercure (100 volts, 6 ampères) pendant vingt minutes et à une distance de 40 centimètres; on obtient ainsi une atténuation importante de la virulence. Pour étudier les effets du champ électrique, le filtrat était placé dans un tube de verre et l'on faisait agir, soit un courant continu pendant douze heures, soit un courant de haute fréquence redressée, à haute tension pendant une heure; dans les deux cas, l'intensité était très faible et l'on évitait complètement les actions polaires de l'électrolyse sur le virus. L'atténuation de la virulence est obtenue aux deux pôles : elle ne peut donc s'expliquer par le simple transport des micelles du virus.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1926)

Les ulcères gastro-duodénaux traités médicalement. — M. Victor Pauchet. L'ulcère de l'estomac et l'ulcère du duodénum peuvent être traités médicalement au moment des deux premières crises. Passée cette période, l'ulcère devient chronique; il n'est pas cicatrisé, même s'il est guéri apparemment et ne se manifeste que sous forme de crises successives avec intervalles de santé apparente. Le traitement chirurgical est alors utile, sinon l'ulcère peut se perforer, donner des hémorragies, ou s'il est à siège gastrique, subir une dégénérescence néoplasique (15 p. 100 des cas).

La prostatectomie sans anesthésie générale ou rachidienne. — M. Victor Pauchet. Les hypnotiques, les stupéfiants ont l'inconvénient de ne pas donner la résolution mus-

culaire, ce qui gêne l'opérateur. Il faut bloquer les nerfs. Le meilleur procédé d'anesthésie pour la prostatectomie est donc l'anesthésie régionale par voie épidurale, suivant la technique de Cathelin.

Bruits d'oreille et radiculo-cellulite cervicale. — M. Léopold-Lévi. Chez deux malades atteintes d'otospongiose présentant l'une des battements d'oreille synchrones aux pulsations cardiaques, l'autre des bourdonnements, le masso-diagnostic des racines cervicales a provoqué la suspension expérimentale de ces bruits. Dans un troisième cas, la kinésithérapie radiculo-cervicale a fait disparaître des bruits qui avaient résisté à un traitement général et à une cure de Luchon. Les mécanismes qui produisent les bruits auriculaires dans ces cas, sont complexes : lésions auriculaires, terrain endocrinien, troubles angiocriniens à localisation radiculo-cervicale, déréglement sympathique. Le masso-diagnostic rétablit la régulation sympathique.

Ostéochondrite de la hanche. — M. Roederer remontre un cas d'ostéochondrite de la hanche et attire l'attention sur ce fait que l'enfant, après deux ans de soins, a repris une physiologie à peu près normale. Néanmoins, le noyau de la tête continue à être un peu écrasé, mais le cotyle a une forme normale et il ne saurait être question, dans ce cas, de subluxation congénitale.

Syphilituberculose du poumon et son traitement. — M. Melamet.

Stéréoradiographies pulmonaires. — MM. Hervé, Lægourd, Diocles.

Sur le torticolis musculaire. — M. Wetterwald. Le torticolis musculaire est l'analogue du coup de fouet sural et lombaire. Comme eux, il est entretenu par une épine irritative que le massage fait disparaître. Du même coup, la contracture cède, parfois en une séance. Sa rééducation du côté atonique se fait par la persuasion et les mouvements avec résistance.

Asthme et électricité atmosphérique. — Répondant à plusieurs questions, M. Sedillot prouve que dans la cure de désintoxication arthritique de l'asthmatique, son *régime de moindre fatigue hépatique* ne s'apparente à aucun autre régime tel que cure de jeûne, régime hypoazoté, régime hypochloruré, etc. Il signale qu'à l'étranger, deux centres importants, une grande clinique médicale et une ville d'eaux traitent les asthmatiques par sa méthode appliquée intégralement et pourraient devenir une concurrence sérieuse pour certaines stations thermales françaises qui ne seraient pas en même temps des centres de rééducation alimentaire des asthmatiques. Il explique enfin le mécanisme de déclanchement de certaines crises d'asthme à l'arrivée à une altitude de 1.000 à 1.200 mètres; crises par enrhumement ou crises par hyperthyroïdie (crises thermales de Léopold-Lévi).

La question du terrain dans la détermination des maladies. — M. E. Pruvost expose les raisons tendant à démontrer que les lois qui régissent la vie de relation doivent également régir la vie végétative, et que l'aptitude morbide du terrain, dans la détermination des maladies, doit être cherchée dans le surmenage plus ou moins répété des cellules végétatives. Il rapproche de celui-ci qui est inconscient, le surmenage neuro-musculaire qui s'accompagne d'une sensation pénible, et revendique, toutefois, pour l'un comme pour l'autre, le même cortège de troubles morbides amicrobiens : auto-intoxication, épuisement nerveux et sensibilisation du terrain. A ces troubles primitifs, s'ajoutent bientôt des complications microbiennes, quand le surmenage des cellules végétatives persiste ou se renouvelle souvent. Ce surmenage peut alors se reproduire au moindre effort, et entraîner des accidents anaphylactiques, en même temps que des déterminations maladives, dans divers organes plus ou moins éloignés du foyer d'origine.

(Séance du 10 décembre 1926)

Forage de la prostate. — M. G. Luys présente un cas de parfaite réussite du forage de la prostate vérifié trois ans après. Il s'agit d'un malade, âgé de cinquante-neuf ans, qui, sept ans auparavant, avait subi une taille hypogastrique par un autre chirurgien pour rétention complète d'urine d'origine prostatique. Le second temps de la prostatectomie n'avait pu être effectué en raison de l'état déficient du malade et la fistule hypogastrique fut maintenue pendant quatre ans. A ce moment, le malade subit deux séances de forage de la prostate qui lui permirent de vider sa vessie par les voies naturelles. La fermeture de la taille hypogastrique fut effectuée quelque temps après. Voici près de quatre ans que le malade est revenu à une vie complètement normale sans avoir jamais ressenti le moindre signe de rétention.

Ostéite tuberculeuse chez le chien. — M. Henry Legrand.

Le drainage abdominal inférieur dans les suppurations appendiculaires. — M. Petit de la Villéon, toujours partisan du drainage systématique de Douglas, dans les suppurations d'origine appendiculaire, rapporte un cas dans lequel il a cru pouvoir s'en passer, et il a failli perdre sa malade. Il s'agissait d'une fillette de trois ans. Chez une enfant de cet âge, il faut tenir compte, c'est certain, de l'hymen, de l'exiguité du conduit vaginal, de la hauteur possible du Douglas; mais, malgré cela, l'auteur pense que le drainage systématique du Douglas est possible, et il le fera toujours à l'avenir.

Cure chirurgicale du goitre exophtalmique. — M. Petit de la Vlléon rapporte un cas dans lequel il est intervenu sur une femme de quarante et un ans, atteinte de goitre exophtalmique grave, compliqué d'accidents d'angoisse et d'asphyxie. L'opération fut décidée d'urgence; l'auteur réséqua la moitié droite du corps tyroïde et la pyramide de Lalouette. L'accalmie dura quelques heures, puis, l'affolement cardiaque reprit, l'angoisse, le délire, et la malade succomba le deuxième jour.

M. Petit de la Villéon pense que l'opération, bonne en soi, a été faite beaucoup trop tardivement.

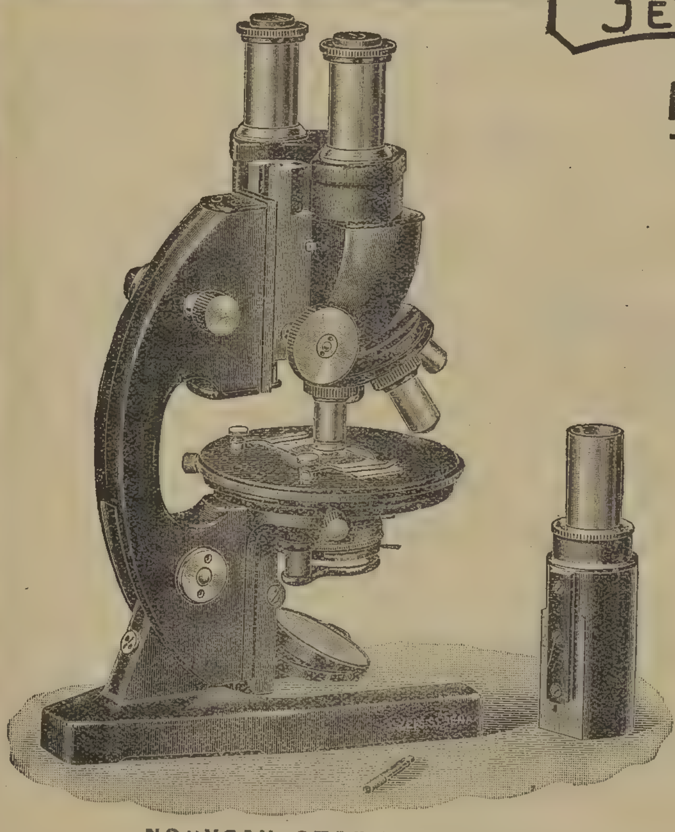
M. Pauchet. La cure du goitre exophtalmie ne doit pas se faire d'emblée; il est important de préparer les malades physiologiquement, moralement, médicalement, de ne faire que des ligatures à jours espacés, etc. En prenant de multiples précautions post-opératoires, Crile est arrivé à abaisser la mortalité à 1 p. 100. M. Léopold-Lévi insiste, lui aussi, sur la préparation préopératoire indispensable.

La sphygmométrographie. Mesure clinique de la tension artérielle par la méthode graphique : le sphygmométrographe. — M. L.-A. Amblard (de Vittel). A l'étude visuelle des oscillations de l'aiguille manométrique dans la mesure de la tension artérielle par la méthode de l'auteur, méthode oscillatoire, il est possible et préférable de substituer l'étude graphique. L'inscription des variations de forme de l'ondée sanguine sous des compressions variables exercées autour du bras par un manchon compresseur est rendue pratique et rapide par le nouvel appareil inventé par l'auteur, construit par la maison Cogit, le Sphygmométrographe. Avec cet appareil muni d'un chronographe et de deux vitesses et d'un dispositif permettant l'inscription automatique du chiffre de pression sous laquelle l'inscription a lieu, il est possible de noter, en une minute, et avec la plus grande facilité, les chiffres rigoureusement précis et indiscutables de la tension artérielle maxima, de la tension minima, la fréquence du pouls et les troubles de son rythme. A l'inscription du pouls, peut être à volonté adjointe celles d'autres phénomènes physiologiques, battement du cœur, pouls jugulaire, etc.

Traitement des ptoses abdominales sous le contrôle des rayons X. Pelote radiopaque. — M. Cambies. La ptose viscérale peut être définie : l'état d'abaissement des organes abdominaux au-dessous de leur siège normal et dans le sens de la la pesanteur. Le traitement doit remplir deux buts différents : diminuer la puissance agissant de haut en bas; augmenter la résistance qui s'effectue au niveau de la paroi abdominale. Trois moyens remplissent ces buts :

1° Le traitement médical : repos au lit; régime, psychothérapie aidée des moyens physiques (massage, gymnastique.)

2° Le traitement chirurgical, pexies supérieures et inférieures dans les ptoses avec adhérences ou rebelles au traitement médical et orthopédique.



3° Le traitement orthopédique réalisé par le port des sangles et des pelotes.

L'emploi de notre pelote radiopaque, composée d'une mince plaque d'aluminium servant de contre-appui à trois petits ballonnets différents, ayant la forme du cadre colique qu'ils doivent relever, donne de bons résultats dans les ptoses rebelles non fixées, avec coudures des colons en canon de fusil et facilite l'engraissement qui est le traitement naturel des ptoses.

Rhumatisme vertébral chronique ankylosant généralisé accompagné de morbus coxae senilis double. — M. Roederer.

Tumeur géante polykistique du sein gauche. Ablation. Guérison. — M. Maurice Peraire.

Pyélonéphrite à colibacilles. Abcès miliaires du rein. Leur traitement opératoire. — M. Jack Mock indique les différents traitements suivant les formes de l'affection. Dans les cas chroniques, on a recours à la vaccinothérapie, au drainage et lavage du bassinet. Si l'on échoue et surtout, si l'on a affaire à une affection unilatérale, l'opération donnera des résultats souvent inespérés ; ce sera la décapsulation avec curettage des abcès capsulaires suffisamment volumineux. M. Jack Mock rapporte trois observations de malades opérés par lui avec succès. Dans un cas où les lésions étaient unilatérales, le colibacille a complètement disparu des urines.

Assemblée générale statutaire.

Est élu président pour 1927 : M. Laignel-Lavastine.

Sont élus vice-présidents : MM. Henry Duclaux, René Gaultier et Albert Lavenant.

LIVRES NOUVEAUX

Hygiène mentale (1), par le docteur Potet, médecin principal de l'armée. Préface du docteur Toulouse.

Ce volume, remarquable bien moins par son ampleur que par la richesse de sa documentation, comble une lacune que non seulement beaucoup de médecins, mais aussi beaucoup de psychologues, de sociologues et de juristes, ont maintes fois regrettée. Il s'agit, en effet, des principes qui doivent guider l'hygiène mentale et qui régissent ses méthodes d'application. Or, si l'on parle souvent d'hygiène mentale, on ignore la plupart du temps, si l'on n'est pas spécialiste, ses règles non moins que la manière de les mettre en pratique. L'ouvrage du docteur Potet est maintenant là pour fournir à tous ceux que cette grave question intéresse, directement ou indirectement, les indications nécessaires, en ce qui concerne tant l'individu normal et anormal, isolé ou dans la collectivité, que les organisations existantes aussi bien en France qu'à l'étranger. Il met ainsi à la portée de chacun, avec les détails indispensables, tous les renseignements capables de faire saisir l'importance de plus en plus grande, surtout dans l'état actuel des esprits, que doivent prendre les applications de l'hygiène mentale et les besoins croissants d'en répandre les procédés. Sous sa forme sévère, ce livre n'est pas uniquement un ensemble de documents précieux et bien ordonnés ; il est aussi, il est presque surtout une œuvre de propagande ardente et éclairée. Il est impossible, après l'avoir lu, de ne pas devenir un zélateur empressé de cette discipline nouvelle, appelée à rendre tant de services à l'ordre social pour le protéger contre les nombreuses défaillances de l'esprit, que l'état actuel de la civilisation tend sans cesse à multiplier et à aggraver. M. Potet ne s'est pas contenté d'écrire un beau livre ; il a fait, de surcroît, une bonne action.

J. L.

(1) In-8, Le François, Paris, 1926.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

ÉTIOLOGIE. SIGNES. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT[1]

DIAGNOSTIC

I. **ÉPITHÉLIOMA.** — A. **Positif.** — Se méfier :

— Surveiller la femme au moment ou après la ménopause;

— Suspecter toute hémorragie qui, par ses conditions d'apparition, son peu d'abondance, sa tendance à la continuité ou même la simple répétition attire l'attention.

— Ne pas hésiter à faire un curettage explorateur, après dilatation complète, curettage soigneux et méthodique, suivi d'un examen microscopique approfondi, curettage prudent, pour éviter la perforation et à renouveler au besoin.

— Donner à la malade le bénéfice du doute.

Le diagnostic positif est *basé sur la biopsie.*

Tenir compte, dans son interprétation, bien plus des *caractères cytologiques* des éléments cellulaires, que de l'agencement des cellules et des tubes.

a. Disparition des formes cylindriques hautes.

b. Coloration plus intense du protoplasma.

c. Hypertrophie et surchage en chromatine des noyaux.

B. **Différentiel.** — Il y a très peu de chances, si l'on y pense, de passer à côté.

1° **Après la ménopause.** — 1. MÉTRITE SÉNILE (infection de la muqueuse d'un utérus atrophié).

L'utérus est petit, le col un peu béant, il résiste à la dilatation.

Au curettage, qui ramène des débris insignifiants, la sclérose est manifeste.

Parfois le col est fermé, il y a pyohématométrie.

Le curettage, donnant issue à du pus, fait le diagnostic.

2. MÉTRITE POLYPEUSE très fréquente :

Sécrétions purulentes;

Métrorragies légères et discontinues, diagnostic par le curettage.

3. Le PROLAPSUS, le vieux fibrome incomplètement éteint,

4. Le FIBBOME DÉGÉNÉRÉ, sphacélé ou suppuré avec pertes fétides,

Seront d'un diagnostic moins fréquent mais plus facile.

2° **A la ménopause.** — C'est ici que le diagnostic comporte le maximum de difficultés.

Les modifications des règles, un petit suintement irrégulier dans l'intervalle sont souvent mis par la femme sur le compte de cette ménopause.

Il faut bien savoir que c'est, entre toutes, la période éminemment *suspecte*; favorable aux dégénérescences néoplasiques.

Quand les hémorragies persistent, et que l'utérus est gros, avoir rapidement recours au curettage et à la biopsie.

3° **Avant la ménopause.** — C'est une éventualité qu'on n'envisage pas.

Mais bien plutôt :

La *rétention placentaire* chez la femme jeune;

Le *fibrome sous-muqueux*;

Le *polype.*

Tous diagnostics confirmés ou rectifiés par un seul moyen, le curettage.

En définitive, le curettage est donc l'exploration *essentielle*, justifiée par le seul soupçon.

D'autant plus qu'il est en même temps moyen de traitement :

La biopsie étant négative, les hémorragies et les écoulements disparaîtront, preuve de l'origine non néoplasique des symptômes.

II. **LE SARCOME.** — 1° **Le sarcome parenchymateux** : facile, se pose d'avec :

Le *fibrome*;

Le *kyste de l'ovaire.*

Les signes spéciaux que nous avons donnés permettent de soupçonner la nature maligne, confirmée à l'intervention et par l'examen histologique.

2° **Le sarcome muqueux.** — Retenir qu'il ressemble en tout point à l'épithélioma, au point de vue clinique.

Le curettage seul permet le diagnostic. Certains anatomopathologistes refusent d'ailleurs la distinction classique entre sarcome muqueux et épithélioma, au point de vue histologique.

III. **LE CHORIO-ÉPITHÉLIOME.** — Pour le différencier de :

— La *métrite hypertrophique* banale par rétention placentaire;

— Le *fibrome*, quand les hémorragies apparaissent longtemps après l'accouchement,

Il faut s'appuyer sur les signes cliniques et les antécédents spéciaux :

La môle;

L'ouverture et la mollesse du col;

La résistance des hémorragies au curettage;

La rapide évolution, le caractère immédiatement grave des accidents.

La biopsie est au second plan : il est impossible, en présence d'une tumeur d'origine placentaire, de savoir par l'examen microscopique si elle est bénigne ou maligne.

TRAITEMENT

I. **L'ÉPITHÉLIOMA.** — 1° **Les contre-indications.** — Elles sont rares :

— État général trop mauvais;

— Extension évidente;

Curettage suivi d'une application de radium.

2° **Deux modes de traitement.** — Traitement par les agents physiques; traitement chirurgical.

a. **Les agents physiques.** — C'est un cancer mou. Il fond aux rayons X ou au radium.

Mais, *théoriquement* :

— On ne sait exactement ni la disposition, ni l'étendue, ni la situation précise du néoplasme (J.-L. Faure).

— C'est un cancer longtemps limité, sans tendances extensives.

Pratiquement : deux gros dangers :

— La *métastase* : soit à l'application, soit les jours suivants.

— La *péritonite généralisée* : dans les deux mois.

b. **La chirurgie.** — 1. *Hystérectomie abdominale.*

La *subtotale* peut suffire :

— L'isthme est la limite inférieure du néo;

— Les greffes, la récidive sur place sont à fréquence égale au niveau du moignon de col et sur la tranche vaginale, en cas de totale.

Celle-ci est infiniment plus sérieuse et plus choquante que la subtotale.

2. *Hystérectomie vaginale* : chez une malade obèse, âgée, peu résistante.

II. **LE SARCOME.** — Hystérectomie abdominale totale.

III. **LE CHORIO-ÉPITHÉLIOME.** — Souligner l'importance du *traitement préventif* :

Eviter toute rétention placentaire; en cas de môle, curage puis curettage systématique.

Curatif : hystérectomie abdominale, de préférence à la vaginale; même s'il existe des métastases, qui peuvent régresser.

PRONOSTIC

Dans l'ensemble;

Mis à part le cancer de la femme jeune et le sarcome, maladies foudroyantes.

Le cancer du corps serait *nettement meilleur* que le cancer du col. Ce n'est cependant pas le bon cancer des classiques.

Les résultats opératoires, comparés à ceux du cancer du col, donnent 50 p. 100 de guérison contre 16 p. 100 au col (Weibel).

Bibliographie. — POZZI. *Gynécologie.* — FORGUE et MASSABUAU (in *Le Dentu, Delbet*, t. XXXIV). — J.-L. FAURE. *Le Cancer de l'utérus*, Doin, édit. — DOUAY. *Cours de perfectionnement de la clinique gynécologique.*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 2, p. 14, et n° 4, p. 62.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : **65** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : **75** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — PRIX DE L'INTERNAT. — *Médecine. — Epreuve orale.* — Séance du 17 janvier. — Question donnée : « Herpès. »

Mémoire. — MM. Bariéty, Coffin, Decourt, Garcin, Huguenin, Kourilsky et Lamy, 30.

Oral. — MM. Bariéty, 17 ; Coffin, 13 ; Garcin, 19 ; Huguenin, 17.

— La consultation d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Trousseau, qui avait lieu trois fois par semaine, est transformée en service. Ce service est ouvert tous les jours, ainsi que la consultation, sous la direction de M. le docteur Rouget, chef du service d'oto-rhino-laryngologie.

EXAMEN D'AGRÉGATION. — Epreuves du 18 janvier 1927 :

Physiologie. — MM. Chabanier, Gley. Sujet donné : « Physiologie des centres respiratoires. »

Chimie. — M. Giberton. Sujet donné : « Composition sur une question de chimie générale. Sucres en C^{12}. »

Médecine. — M. Guilmain. Sujet donné : « Diagnostic et traitement des syndromes thyroïdiens. »

MM. Abely, Barbier et Laplane ne se sont pas présentés.

Chirurgie. — MM. Flandrin, Laquière. Sujet donné : « Fractures spontanées. »

M. Plantey ne s'est pas présenté.

Obstétrique. — MM. Lacomme, Ravina, Desnoyers. Sujet donné : « Traitement local de l'infection puerpérale. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. le professeur Rollet, membre du Conseil de l'Université, est nommé pour trois ans assesseur du doyen de la Faculté, en remplacement de M. Roque, admis à la retraite.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE DE PARIS. — PRIX DÉCERNÉS. — Le PRIX DUVAL-MARJOLIN est décerné à M. le docteur Marcel Laquière (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs René Bouchard (de Cherbourg), Alfred Franck (de Strasbourg), R. Mathey-Cornat (de Bordeaux).

Le PRIX DUBREUIL est décerné à M. Jean Piquet (de Lille).

Le PRIX LABORIE n'est pas décerné. Une mention honorable est accordée à M. Marc Iselin, interne des hôpitaux de Paris.

Le PRIX CHUPIN est décerné à M. le médecin principal de 2e classe Weitzel (armée du Rhin).

GUERRE. — CITATION DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — L'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales est l'objet de la citation suivante à l'ordre de l'armée : « A, par son enseignement, su inspirer le culte de la science et l'esprit de sacrifice aux médecins des troupes coloniales qui, tant par les services qu'ils ont rendus au cours de la conquête de notre empire colonial que par l'abnégation et le dévouement dont ils ont fait preuve au cours de la grande guerre, se sont acquis les plus grands titres à la reconnaissance du pays. » (*J. O.*, 19 janv. 1927.)

— SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont promus dans le cadre des officiers du corps de santé de réserve, et, par décision ministérielle du même jour, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. les médecins principaux de 2e classe Boursiac et Drouineau.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Zimmern, Coyon, Fouineau, Okinczyc, Ravaut, Rathery, Pissavy, Huillet, Merklen, Voivenel, Hallé, Lardennois, Mendelssohn.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Hardyau, Ozanon, Augé, Theulet-

Luzie, Raspide, Simounet, Prevel, Gardère, Mabin, Lortat-Jacob, Paisseau, Chirié, Houzel, Bezançon, Merle, Saint-Pierre, Parrical de Chammard, Chalier, Brulé, Jeandelize, Rosenthal, Dupuy, Villejean, Speder, Payenneville, Pujol, Gadaud, Rottenstein, Raulot-Lapointe, Muret, Chazarain, Corvisy, de Larroude de Lecussan, Rhenier, Jasseron, Ameuille, Gravelotte, Creyx, Flandin, Viroulaud, Bremond, Mazaubert, Benard, Houchard, Joltrain, Papin, Deniker, Sauve, Gaume, Margarot, Merle, Laederich, Laporte, Guillaume, Lévy-Valensi, Masson, Lecat, Laroche, Picot, Sebilleau, Sourdat, Sergent, Melcion, Denéchau, Mayer, Harvier.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Kahn, Binet, Lassablière, Beglin, Andrieux, Lauze, Soule, Dutreix, Gouriou, Fouchet, Delmas-Marsalet, Merleau-Ponty, Cavailles, Dupytout, Barbaste, Fournier, Ruffin, Bourdenne, de Gaye, Pourleau, Moreau, Thebault, d'Ailhaud-Castelet, Ficat, Gouin, Raynaud, Verdier, Robert, Poyer, Guile, Bonnet, Collert-Leduc, Martinet, Bessonnet, Boulouk-Bachi, Tomey, Grassaud, Biscos, Verne, Dubus, Vasselin, Herber, Manissolle, Crussaire, Giralt, Vignal, Rolland, David-Chausse, Petel, Montet, Girault, Fructus, Convert, Launay, Piquemal, Ferrand, Dehail, Lantuéjoul, Barbarroux, Plantier, Jousset, Chanoine d'Avranches, Flament, Samson, Boisserie-Lacroix, Boudol, Guilly, Auricombe, Arrivat, Longevialle, Lutel, Lavat, Bodolec, Marsan, Daversin, Devez, Brau, Devulder, Sanseigne, Houllier, Perruchot, Sourdille, Perin, Simon, Vicq, Roy, Gimbert, Gamel, Vallois, Cornet, Phipps, Vigot, Chopinet, Galoni, Joly, Anduze-Acher.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un décret fixe les nouvelles indemnités du médecin du Service central de prophylaxie des maladies vénériennes. Elles sont fixées à 23.000 fr., 28.500 fr., et 34.000 fr., suivant l'échelon.

A. D. R. M. — M. le professeur Cunéo fera le samedi 22 janvier, à 18 h., à la Faculté de médecine, salle Béclard, une conférence sur sa mission en Colombie et au Vénézuéla.

CHRONIQUE

LA LEÇON INAUGURALE DE M. LE PROFESSEUR TIFFENEAU

M. le professeur Tiffeneau a pris possession de la chaire de pharmacologie mardi soir dans le grand amphithéâtre.

Autour de M. le Doyen qui présidait, nous avons noté au hasard des entrées : MM. Balthazard, Pouchet, Desgrez, Vaquez, Letulle, Charles Richet, Gosset, Sicard, Gley, Carnot, Léri, Chevassu, Villaret, Clerc, Fourneau, Gautrelet, Lereboullet, de Jong, Guillain, Lemierre, Gougerot, Béhal, Rathery, Gilbert, Roussy, Bezançon, Heitz Boyer, Zimmern, Pierre Teissier.

C'est d'une voix très ferme que M. Tiffeneau adresse les remerciements d'usage au Conseil de la Faculté. Il rappelle ses débuts à la Faculté de pharmacie, son passage à la Faculté des sciences où il fut chargé pendant quinze ans d'un cours au P. C. N.

Il adresse ensuite l'expression de sa gratitude à ceux qui le guidèrent dans ses travaux.

Parmi les maîtres de M. Tiffeneau, il en est deux qui l'ont marqué d'une empreinte particulière, M. Béhal d'abord, et plus tard M. Charles Richet.

M. Béhal est l'un des chimistes qui ont joué un des plus grands rôles dans la lutte que se livrèrent naguère les atomistes et les équivalentistes. En face d'adversaires redoutables comme Berthelot, défenseur, contre toute attente, des équivalences, M. Béhal soutint la théorie des atomes, ayant de son côté les successeurs de Würtz à la Faculté de médecine. Dans cette lutte ardente, Béhal montra sa clairvoyance, et déploya l'autorité d'un grand chef d'école.

C'est dans son célèbre laboratoire du vieil hôpital du Midi que M. Tiffeneau devint son élève et entra dans la grande famille « Behalienne. »

Dans cette grande famille d'amis, M. Tiffeneau rencontra Desgrez qui, en frère aîné, le guida et le soutint, puis Ernest Fourneau, le grand chimiste, aux vues si élevées; deux biologistes Jean Cantacuzène et Auguste Marie l'orientèrent ensuite vers l'Institut Pasteur où, sous la direction de M. Roux et de ses collaborateurs, il fit des recherches sur la toxine tétanique et le B. tuberculeux.

Pendant vingt-cinq ans, M. Tiffeneau eut son laboratoire à l'hôpital Boucicaut où il collabora avec notre maître Letulle, dont il goûta la bonté, la courtoisie et l'enthousiasme pour les recherches. A la Faculté de médecine, M. Tiffeneau eut enfin l'honneur d'être admis dans le laboratoire de M. Richet, d'y travailler avec Pachon qu'il remplaça après son départ pour Bordeaux.

Si M. Béhal fut le maître inoubliable des débuts, M. Richet fut celui qui imprima la plus forte empreinte à son élève. Et c'est avec une émotion sincère que M. Tiffeneau évoque la grandeur de l'œuvre de M. Richet, la « magie de son enseignement, sa simplicité, son abandon, ses envolées, ses inspirations soudaines, chimériques parfois, si souvent fécondes. »

Ayant alors fermé « le livre de sa vie », M. Tiffeneau fait un historique rapide de sa chaire depuis J.-B. Dumas jusqu'à Richaud, son prédécesseur immédiat.

Richaud, si vite enlevé, n'eut pas le temps de réaliser les espérances que tous fondaient sur lui.

Se tournant vers M. Pouchet, M. Tiffeneau lui dit son admiration pour son œuvre. C'est à M. Pouchet qu'il a appartenu, en 1892, de donner à la pharmacologie expérimentale la part qui lui était due et de créer l'étude de la pharmacodynamie. M. Tiffeneau orientera son enseignement dans le même sens.

L'exposé magistral qu'il fait du rôle joué par la chimie dans les progrès de la pharmacologie et de l'évolution de la chimiothérapie témoigne des justes vues du nouveau professeur, auquel l'auditoire a fait une magnifique ovation.

L. G.

A PROPOS D'UNE CIRCULAIRE FINANCIÈRE RÉCENTE

Notre collègne et ami L.-M. Pierra nous prie de déclarer qu'il n'a jamais, ni sous aucune forme, donné aux fondateurs de la Société *Le Foyer médical*, l'autorisation de faire figurer son nom en tête d'une circulaire financière faisant appel au crédit public en faveur de cette Société.

Il avait seulement accepté de représenter l'Association de la Presse médicale dans le Comité de patronage d'une œuvre dont le principe lui paraissait et lui paraît encore intéressant. Et c'est par suite d'un véritable abus que son adhésion semble couvrir une combinaison financière à laquelle il a toujours entendu, comme tous les membres du dit Comité, rester étranger. Pour éviter toute équivoque, il a cru devoir adresser au président de ce Comité sa démission de membre de celui-ci.

Nous croyons savoir, d'autre part, que cette démission n'est pas la seule que le Comité médical du *Foyer Médical* ait eu à enregistrer.

(Communiqué par l'Association de la Presse médicale française.)

REVUE GÉNÉRALE

LES SCLÉRODERMIES

T. LAENNEC et J. DELARUE
Internes des hôpitaux de Paris.

Définition. — On désigne sous le nom de sclérodermie, une série d'affections, très voisines les unes des autres, et caractérisées par un épaississement avec induration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, épaississement qui, par résorption graduelle, peut aboutir à une atrophie plus ou moins complète des téguments.

Historique. — Décrite en 1817 par Alibert sous le nom de *sclérémie*, puis étudiée par Thirial (1845) sous le nom de *sclérème des adultes*, par analogie avec le sclérème des nouveau-nés, cette maladie a reçu son nom de *sclérodermie* de Gintrac (1847). Toutes ces descriptions se rapportent aux formes généralisées. Les formes localisées ont été étudiées par Addison (1854) qui les considérait comme une variété de chéloïde, puis reprises par Wilson sous le nom de *morphée*.

La sclérodactylie progressive fut ensuite rapportée au groupe des sclérodermies (Ball, 1872).

Puis la sclérodermie donna lieu à de nombreux travaux, en particulier le mémoire de Lœwin et Heller (1895) et la thèse de Bouttier (1886). Mais dans ces derniers temps, c'est surtout vers la *pathogénie* de cette affection que se portèrent les recherches, en particulier vers ses relations avec certains syndromes endocrino-sympathiques. Le rôle du système végétatif et des sécrétions internes se précisa de plus en plus pour expliquer son apparition.

Étiologie. — L'étiologie de la sclérodermie est peu nette. Les diverses formes s'observent surtout chez la femme (trois fois plus souvent que chez l'homme, Achard).

L'*âge* a aussi une certaine importance. C'est surtout à l'âge moyen de la vie, entre vingt et quarante ans que la maladie s'observe. Mais elle n'épargne pas le vieillard : c'est ainsi que Bouttier en a constaté un cas chez une malade de soixante-seize ans. Elle est fréquente aussi dans l'enfance, mais sous forme de sclérodermies en plaques.

L'*hérédité* semble intervenir. On a insisté autrefois (Besnier) sur l'hérédité « neuro-arthritique » qui englobait un certain nombre d'états morbides (migraine, goutte, rhumatisme).

On a signalé des cas de sclérodermie familiale.

Les *causes occasionnelles* les plus diverses ont été incriminées : émotions, traumatismes, refroidissements.

Quant à la nature des affections causales, aux antécédents pathologiques qu'on retrouve chez les malades atteints de sclérodermie, nous les étudierons avec la pathogénie.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous distinguerons avec Besnier :

1° La sclérodermie généralisée ou sclérémie ;
2° La sclérodermie progressive ou sclérodactylie de Ball ;
3° Les sclérodermies localisées.

Nous y ajouterons la description du sclérème des nourrissons, qui, bien que survenant dans des conditions étiologiques très particulières, présente de nombreuses analogies avec la sclérodermie.

I. **Sclérodermie généralisée ou sclérémie** ou sclérodermie œdémateuse (Hardy). — Début. — Il est variable. *Parfois* la sclérodermie a un début rapide, presque brusque. C'est à la suite d'un refroidissement, d'un traumatisme, d'une émotion, ou spontanément, que la malade éprouve une gêne des mouvements, de la raideur de la nuque et elle s'aperçoit que la peau s'épaissit, s'indure, prend une teinte blafarde.

Le *plus souvent* il est progressif et lent, annoncé par des *prodromes :* douleurs vagues, mal localisées, arthralgies ou myalgies, lourdeur ou gêne des mouvements, asthénie et amaigrissement. Parfois, dès cette période, l'attention peut être attirée sur les téguments par une sensation de cuisson diffuse, des crises de vaso-dilatation et d'asphyxie intermittente des extrémités, des poussées d'anidrose ou d'hyperidrose, des érythèmes passagers.

Période d'état. — Suivant la description de Hardy, la sclérodermie généralisée évolue en deux périodes : période scléro-œdémateuse, période scléro-atrophique.

1° *Période scléro-œdémateuse.* — Progressivement, les téguments s'infiltrent d'un œdème dur qui résiste à la pression du doigt et qui semble s'étendre au tissu cellulaire sous-cutané. La peau n'est plus mobile sur les plans profonds et donne à la palpation la sensation de « couenne de lard ». On ne peut ni la plisser, ni la saisir entre les doigts. Elle est cartonnée, ligneuse, tendue, lisse, luisante, d'un blanc jaunâtre, parfois pigmentée. Ces modifications intéressent les téguments de la ceinture, de la paroi antérieure de l'abdomen, des cuisses, de la face. Dans certains cas (*forme œdémateuse de Hardy*) les téguments sont envahis en totalité avec une foudroyante rapidité.

L'aspect de la malade est caractéristique.

Le *visage* est impassible : les plis, les rides ont disparu ; le front est lisse et uni. La malade peut à peine entrouvrir et cligner les paupières. Les joues, les lèvres, le nez sont épaissis et infiltrés. Le front ne peut être plissé. La mobilité des muscles des lèvres et des joues a disparu. La mastication est difficile.

Au cou. Ce sont les parties latérales et la nuque qui sont surtout infiltrées, la face antérieure restant plus longtemps libre, ce qui explique le caractère tardif des troubles laryngés et œsophagiens.

Au thorax la peau ne se déprime plus au niveau des espaces intercostaux. Des plaques thoraciques infiltrées enserrent le gril costal à la manière « d'une cuirasse inextensible » qui empêche les grandes inspirations. Les seins deviennent coniques « comme des seins de statue ». Parfois le mamelon se rétracte.

La *paroi antérieure de l'abdomen* s'immobilise gênant le jeu du diaphragme.

Les *mouvements des membres* sont très limités, l'induration est plus prononcée du côté de l'extension que de la flexion. Les extrémités sont habituellement respectées : il n'y a donc pas de sclérodactylie dans cette forme.

Enfin l'infiltration gagne les *muqueuses*, empâtant et épaississant les lèvres et la face interne des joues.

On ne trouve aucun trouble de la sensibilité. Tout au plus signale-t-on de l'hypoesthésie, de la cryesthésie.

Il n'y a aucun *trouble* viscéral important. Quelquefois l'affection peut en rester à ce stade scléro-œdémateux en particulier si une thérapeutique active est intervenue (Bussolai, Milan 1919).

Dans la règle l'affection évolue vers la période scléro-atrophique.

2° *Période scléro-atrophique.* — Les tissus subissent ensuite un processus lent de *rétraction*, de *transformation fibreuse*, d'*atrophie*. Le pannicule adipeux disparaît. Les téguments sont immobilisés, rétractés et collés aux parties sous-jacentes qui sont atrophiées et sclérosées.

Le *visage* prend alors l'aspect bien connu du facies sclérodermique. Il est aminci, immobile, luisant, comme momifié. Le nez est effilé, les narines rétrécies, les joues sont collées au squelette, les pommettes saillantes, les lèvres minces, raccourcies, ne peuvent se rejoindre et dessinent une ouverture ovalaire inextensible. Les paupières rigides n'arrivent plus au contact et laissent entre elles, même pendant le sommeil un intervalle assez large par lequel s'écoulent les larmes. Les oreilles sont dures, rigides, collées au crâne comme des oreilles de lupus guéri.

La mastication, la déglutition et la phonation sont difficiles.

Exceptionnellement on voit la langue s'atrophier et se fixer au plancher de la bouche (Robert, Chauffard).

Au cou la sclérose cutanée dessine des cicatrices verticales qui gênent la déglutition et les mouvements du cou pouvant entraîner parfois un véritable torticolis.

Les *espaces intercostaux* sont effacés, les seins aplatis, une véritable cuirasse tégumentaire enserre les côtes entraînant de la gêne respiratoire, L'*abdomen* comprimé par la sclérose pariétale se rétracte. Des brides fibreuses suivant l'axe des membres immobilisent les articulations entre la flexion et l'extension. Ces brides peuvent comprimer les nerfs et entraîner des phénomènes parétiques.

Aux points de pression, on voit apparaître des *ulcérations atones* à fond bourgeonnant, parfois douloureuses, de réparation difficile.

La *peau* prend une teinte terreuse, vieille cire; il peut s'y développer des téléangiectasies d'un rouge vif, ou des *plaques pigmentées* rappelant la mélanodermie addisonienne (Laignel-Lavastine). Les poils sont conservés. Darier signale des bandes d'hyperkératose verruqueuse se produisant sur la région malade. On peut aussi observer des atrophies ou des rétractions musculaires pouvant même intéresser des régions respectées par la sclérodermie (Thibierge, Apert, Brac et Rousseau). La sensibilité est conservée et la malade n'éprouve le plus souvent qu'une *sensation permanente de froid* et de gêne constrictive (Darier).

L'*état psychique* de la malade se modifie. « L'apathie, qui est pour ainsi dire inscrite sur le visage de ces malades, est le fond de leur caractère » (Thibierge). Elles deviennent parfois mélancoliques avec phénomènes de délire (Dupré et P. Kahn).

L'*état général* est toujours touché : du fait de l'immobilisation, de la gêne respiratoire, de la circulation défectueuse, de l'insuffisance des excrétions cutanées. Cette altération de l'état général est aussi le fait de la *sclérose profonde* qui envahit les viscères : le rein, le cœur (souffles orificiels, plus rarement le foie). La malade s'amaigrit, présente des troubles digestifs, de la diarrhée. Le métabolisme basal peut être abaissé, même en l'absence d'hypothyroïdie (Lortat-Jacob et Legrain).

Faits plus rares. — On peut observer : 1° *des concrétions calcaires* siégeant sous la peau des régions envahies ou à distance. Ces concrétions calcaires sont multiples, à disposition symétrique, siégeant surtout à l'extrémité des doigts et des orteils du côté de la pulpe, aux membres du côté de l'extension au voisinage des insertions tendineuses. Elles sont visibles sur les radiographies [Bertolotti (1), Thibierge, Spillmann et Weissenbach (2), Pr. Merklen, Wolf et Valette (3)].

2° Des *arthropathies* siégeant souvent à distance des territoires envahis, surtout aux extrémités des membres [Adrian et Retterer; Hallopeau (4)].

3° De la *parésie des muscles oculaires* par atrophie et myosclérose des muscles moteurs de l'œil [Raymond et Guillain (5)].

4° De l'*hémiatrophie faciale* (Nixon, Pierre Kahn et Baruck).

L'Évolution de la sclérodermie généralisée est plus ou moins rapide. Elle se fait habituellement par poussées hivernales avec sédations estivales. La maladie dure habituellement des années. La guérison est possible. L'opothérapie a donné parfois des rétrocessions surprenantes.

Forme clinique. — *Sclérodermie aiguë.* Dans cette forme, un œdème diffus apparaît rapidement. Le syndrome se complète en quelques jours, au milieu de phénomènes fébriles. Elle s'accompagne fréquemment de myalgies et d'arthralgies. La mort survient en quelques semaines ou peu de mois (Laignel-Lavastine).

II. **Sclérodermie progressive ou sclérodactylie.** — Début. — La sclérodermie progressive des adultes débute ordinairement *par les doigts* : sclérodactylie.

Elle s'installe rarement d'emblée (forme systématisée, symétrique, progressive).

Pendant la période prodromique qui peut durer des mois ou des années, la maladie est annoncée : par *quelques troubles fonctionnels* : douleurs, crampes dans les doigts, élancements douloureux, perversion de la sensibilité, anidrose ou hyperidrose des extrémités, parfois surviennent des *éruptions pemphygoïdes* ou *desquamatives*.

Mais le trouble le plus fréquent, qui annonce la sclérodermie est sans aucun doute l'*acroasphyxie*, réalisant souvent au complet le *tableau clinique de la maladie de Raynaud* (7).

C'est neuf fois sur dix par un syndrome de Raynaud que la sclérodactylie commence.

Très banal en apparence, avec ses crises de syncope et d'asphyxie avec abaissement de la température locale, il ne tarde pas à frapper l'attention par *sa ténacité, la fréquence des attaques, le type spécial des troubles trophiques.* Les poussées asphyxiques se succèdent rapidement. La peau reste violacée et algique. Les doigts semblent raidis par le froid. Asphyxie symétrique et sclérodermie continuent à évoluer progressivement.

PÉRIODE D'ÉTAT. — Au bout de quelques mois ou même de quelques années, la sclérodactylie se caractérise par une sorte d'amincissement ou d'effilement des doigts qui prennent insensiblement la forme de « baguettes de tambour ». La peau devient lisse, fine, fragile; la pulpe charnue fond peu à peu; les doigts s'immobilisent en demi-flexion. Quand on les palpe on sent qu'ils sont durs, secs, la peau est immobile sur les plans profonds avec lesquels elle fait corps : « elle colle à l'os »; sa teinte est le plus souvent bistre ou grise. Les ongles sont déformés, incomplets, réduits à l'état de lamelle cornée épaisse et dure.

Les régions primitivement atteintes sont d'abord les deux dernières phalanges. Puis le processus gagne la racine des doigts, la main tout entière, le poignet, l'avant-bras de façon symétrique.

Les articulations des doigts, d'abord enraidies, deviennent bientôt complètement immobiles; les extrémités très diminuées de volume sont souvent le siège d'*ulcérations trophiques*, ou subissent parfois un véritable *processus de résorption* qui fait disparaître la dernière phalange. Celle-ci peut s'éliminer graduellement par suite d'ulcération ou de gangrène aboutissant à des *mutilations* analogues à celles de la lèpre.

La main finit à son tour par s'amincir et s'atrophier. Le poignet devient immobile; la partie inférieure de l'avant-bras s'effile et toute l'extrémité du membre participe à l'induration scléreuse, ce qui conduit à une véritable momification.

Les lésions osseuses ont été précisées par la radiographie qui a montré des phénomènes d'ostéite raréfiante : les phalanges sont amincies, décalcifiées. Il y a souvent luxation métacarpo-phalangienne. On constate de plus parfois un véritable semis de petites taches opaques du volume d'un grain de plomb, de nature indéterminée, localisées dans la zone métacarpo-phalangienne [Delherm, Morel-Kahn et Couput (8)]. Léri, Barthélémy et Mme Linossier ont signalé des ostéites sous forme d'hyperostoses très irrégulières, d'ostéophytes, de périostite feuilletée, de placards de décalcification (lésions semblables à celles que l'on observe dans la syphilis).

De tels accidents entraînent des *troubles sensitifs variés*, subjectifs. Douleurs, fourmillements, sensations d'onglée, avec paroxysmes.

On peut observer, mais plus rarement, *aux membres inférieurs*, des lésions analogues : les orteils sont immobiles et déviés, amincis et mutilés. Mais le syndrome de Raynaud manque souvent et les troubles trophiques se constituent presque isolément. (Possibilité de maux perforants avec douleurs causalgiques. Guillain-Bezançon).

L'ÉVOLUTION se poursuit avec une grande lenteur par poussées successives. Elle peut rester longtemps stationnaire et la maladie peut même rétrocéder pour reprendre ensuite sa marche extensive.

Puis, c'est *très lentement — par placards, disséminés* à tout le tégument — la **généralisation** de la maladie.

Mais, jamais l'infiltration scléreuse n'atteint l'intensité de la forme diffuse d'emblée. C'est en quelques régions électives qu'il faut aller chercher les éléments sclérodermiques :

A la face où l'on a signalé des phénomènes d'acroasphyxie du nez, des oreilles, le masque est caractéristique : les rides et les plis sont effacés, les traits figés, impassibles, la mastication et la déglutition gênées. La muqueuse buccale peut être prise. Brocq a observé l'aphonie complète par envahissement des muscles du larynx.

Au cou où les éléments sclérodermiques forment des bandes verticales.

Comme dans la forme généralisée, la peau est le siège de *pigmentations variables :* mélanodermie, vitiligo et des *troubles mécaniques* apparaissent : l'orifice buccal se rétracte, les paupières se brident, le thorax enserré est immobile et des troubles respiratoires s'ensuivent.

La mort est l'évolution fatale de cette forme qui est beaucoup plus grave que la forme généralisée d'emblée,

Elle survient par généralisation de la sclérodermie, cachexie, lésions cardiaques, infections intercurrentes.

III. **Sclérodermies localisées, sclérodermies partielles. — A. Sclérodermie en plaques ou morphée de Wilson.** — La sclérodermie en plaques a été décrite en 1867 par Erasmus Wilson sous le nom de morphée (9).

Le DÉBUT se fait par des troubles vaso-moteurs. La morphée débute par une tache plus ou moins épaisse et indurée, liliacée ou violacée, qui grandit peu à peu. Elle s'étend, devient rouge violacé, s'accompagne de prurit et de desquamation.

AU BOUT DE QUELQUES SEMAINES OU QUELQUES MOIS, son centre blanchit et s'indure, souvent par confluence de points scléreux d'abord isolés, alors que la zone périphérique d'extension garde une teinte bleue caractéristique.

Elle présente donc :

Une *portion centrale*, blanc brillant, porcelainé, vernissé, avec parfois un ton bleuté ou cireux, des taches pigmentaires, des marbrures téléangiectasiques ou desquament en larges lamelles.

Une *bordure violacée, lilas* ou bistrée (« lilae ring » des auteurs anglais) large de quelques millimètres, qui constitue la zone d'extension de la plaque et est caractéristique. Cette zone violacée doit sa couleur à la dilatation des capillaires et s'efface plus ou moins complètement à la pression.

La plaque a un aspect lardacé et ressemble à du cuir de bœuf, ou à la peau gelée, telle qu'on la voit après le stypage.

Outre ses caractères tirés de sa teinte, *la morphée présente les caractères habituels de la sclérodermie* : consistance dure, ligneuse même; adhérence plus ou moins intime aux plans sous-jacents, aux os et aux muscles; plissement impossible.

Sur les plaques, les poils tombent, les sécrétions de la peau sont supprimées, la sensibilité est émoussée plus ou moins, suivant le degré de la sclérose.

Les autres caractères sont très variables.

La forme est arrondie, ovalaire ou irrégulière.

La surface est plane, lardacée ou tubéreuse, mais l'aspect peut se transformer au cours de l'évolution.

Les plaques sont uniques ou multiples (Vidal en a observé 31 sur une même malade). Leur taille varie de 1 centimètre de diamètre à 20 centimètres et plus. Leur siège est très variable : elles sont symétriques ou unilatérales; elles peuvent siéger en n'importe quel point du corps (cou, poitrine, cuisses, bras). Elles ne sont pas rares à la face. (Diagnostic avec cicatrices de lupus érythémateux.)

Elles peuvent même siéger sur la *muqueuse buccale* sous forme de taches blanches et dures qui sont rétractées, ce qui les distingue de la leucoplasie.

Evolution. — Les plaques de sclérodermie ont une évolution variable.

1° Tantôt, après être restées longtemps stationnaires, elles *peuvent s'étendre*.

2° Tantôt la plaque *s'ulcère* en un point soumis à des frottements. L'ulcération est rebelle, se recouvre d'une croûte brunâtre, mais peut guérir. On a signalé des phénomènes de gangrène sur la plaque ulcérée (Thibierge et Legrain).

3° *Plus souvent* les plaques finissent par entrer en régression : leur étendue se restreint; l'anneau lilas disparaît; la partie centrale se flétrit, s'assouplit, se recouvre de téléangiectasies superficielles. La plaque guérit sans laisser d'autres traces qu'une *tache pigmentée* ou *leucodermique* ou qu'une *cicatrice fibreuse* déprimée, glabre : atrophie localisée dite *morphée atrophique*, qui pour certains auteurs pourrait se constituer d'emblée. La disparition de la plaque peut même être totale. Dans un cas de Politzer (1917) il s'est produit une calcification et même une ossification partielle de la peau.

Forme clinique. — *Morphée en goutte*, ou sclérodermie superficielle ou « white spot Disease » proprement dit. On l'observe surtout chez des femmes de tout âge plus ou moins entachées de tuberculose. Elle siège avec prédilection sur la partie supérieure de la poitrine, les épaules, le cou, la nuque et les régions périgénitales.

Les éléments lenticulaires ou nummulaires, légèrement déprimés, sont d'un blanc de nacre ou de porcelaine et bordés d'un fin liséré rouge ou violacé (lilac ring). Ils peuvent porter quelques bouchons cornés. Leur nombre est variable. Au bout d'un temps plus ou moins long, ils peuvent disparaître.

Anatomiquement, les éléments consistent en une légère hyperkératose avec dans le derme une plaque de condensation compacte et de colorabilité modifiée pauvre en éléments cellulaires.

Le processus morbide étiologique est inconnu.

On a publié plusieurs cas de coexistence de morphée en gouttes avec sclérodermie en plaques ou en bandes.

B. **Sclérodermie en bandes.** — C'est la forme la plus rare.

Au lieu de plaques, la sclérose dessine des rubans larges de 2 à 5 centimètres présentant des renflements et des rétrécissements. Leur longueur est variable. Ils peuvent s'étendre de l'épaule à la main, de la hanche au talon.

Au tronc, ils s'étendent dans le sens transversal.

La bande scléreuse est saillante, ou plane, ou déprimée en gouttière ; elle peut gêner les mouvements; quand on tend le membre on voit se dessiner une corde formée par la bande sclérodermique.

La coloration est blanc nacré ou brunâtre. L'anneau lilas y est rarement complet. Parfois les bandes ont un aspect érythémateux (Queyrat et Léri).

Au front, elle présente un type clinique, signalé notamment par Thibierge, Fournier. C'est une bande scléreuse traversant le front en *coup de sabre*. Elle peut s'accompagner d'alopécie partielle (J. Brault, Rosenthal).

A l'abdomen, les bandes peuvent former des stries saillantes parcheminées, disposées à la façon de vergetures scléreuses.

Leur topographie est particulièrement intéressante. Pour Thibierge et Drouin, elles auraient une disposition métamérique.

Mais elles peuvent avoir aussi une *distribution nerveuse périphérique* :

Sur le nerf frontal (Kaposi), sur le brachial cutané interne (Gaucher et Coyon), sur le nerf saphène, sur les nerfs intercostaux (Kaposi, Achard).

Elles peuvent aussi siéger le long d'un *territoire radiculaire*, IIIe racine lombaire (West) ; territoire radiculaire inférieur du plexus brachial (Huet et Sicard).

L'évolution est très lente. Ces bandes peuvent persister pendant des années avec des alternatives d'augmentation et de diminution. Elles peuvent disparaître, laissant une cicatrice atrophique.

On peut les voir s'associer aux morphées.

Forme clinique. — *Sclérodermies annulaires.* — On décrit sous ce nom ou sous celui de *brides annulaires des enfants* des bandes scléreuses, en demi-anneau ou en arc de cercle complet enserrant l'extrémité des membres, des orteils ou des doigts, s'observant chez des jeunes enfants.

Ces brides fibreuses compriment la circulation de retour, entraînant un véritable état éléphantiasique du segment du membre sous-jacent.

Observées dès la naissance, elles entraînent une striction qui s'accuse progressivement et peut amener une véritable amputation spontanée.

Leur nombre est variable. Darier en a trouvé jusqu'à douze chez des enfants.

Bien que cliniquement et anatomiquement il sorte du cadre des sclérodermies, nous dirons quelques mots du :

IV. **Sclérème des nouveau-nés.** — C'est une affection des plus graves que Parrot a isolée de l'œdème des nouveau-nés, les deux affections pouvant d'ailleurs coexister.

On l'observe surtout en hiver, chez des prématurés, des débiles insuffisamment alimentés et mal protégés contre le froid.

Il peut être congénital ou débuter dès les premiers jours ou même les premières semaines de l'existence, toujours précédé de phénomènes d'athrepsie.

Il est caractérisé par une induration parcheminée de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Les téguments sont blanc jaunâtre ou livides. Ils ne sont pas dépressibles au doigt, mais rigides, impossibles à plisser, ayant la consistance de cuir ou de bois ; ils font corps avec les tissus sous-jacents.

Ces modifications débutent au niveau des parties déclives des membres inférieurs, gagnent le dos, le corps tout entier; la face du petit malade prend un aspect momifié.

« Immobilisé et raidi comme une barre dans cette carapace rigide, l'enfant ne peut se mouvoir, ni prendre le sein. Il est littéralement étouffé. » (L. Rivet.)

Progressivement l'enfant tombe dans un état de somnolence comateuse avec hypothermie, ralentissement de la respiratien.

La mort survient en trois ou quatre jours avec des convulsions. Parfois des complications broncho-pulmonaires surviennent. Il est rare que la thérapeutique, mise aussitôt en œuvre dès les premiers symptômes constatés (réchauffement, alimentation à la sonde, frictions mercurielles), soit assez active pour arrêter l'évolution de la maladie.

Dans certains cas, l'induration peut être limitée : face externe des cuisses et région fessière (Monod).

Le sclérème des nouveau-nés est d'un diagnostic très facile.

La dureté des téguments le différencie facilement de l'*œdème*, de quelque nature qu'il soit.

Il n'a rien de commun ni avec l'*atrophie généralisée cutanée congénitale*, ni avec l'*ichtyose fœtale*. Dans ce dernier cas, les téguments sont rouges, couverts de squames.

Le sclérème est attribué à *différentes causes* :

Pour certains (Clementovisky, Wider Hofer), il serait dû à la déshydratation profonde de l'organisme succédant à une diarrhée profuse.

Pour d'autres, ce serait l'abaissement considérable de la température qui amènerait la solidification de la graisse sous-cutanée !

Sans nier que certains cas ressortissent à ces deux causes, Sarvonat (de Lyon) propose une troisième hypothèse faisant du sclérème une *sclérose essentielle du tissu sous-cutané* se basant sur la présence de sclérème chez des nouveau-nés ne présentant ni diarrhée, ni hypothermie (10).

PRONOSTIC. — 1. La *sclérodermie généralisée* peut tendre à la guérison spontanée et se résorber sans séquelles ou laisser derrière elle des plaques atrophiques. Mais le plus souvent elle détermine la mort, soit par le trouble mécanique apporté au fonctionnement du cœur ou des poumons, soit du fait d'une infection intercurrente.

2. La *sclérodactylie*, quelque soit son siège initial, peut être considérée comme incurable. Elle ne présente de temps d'arrêt dans son évolution que pour reprendre plus ou moins rapidement et aboutit toujours à la mort après plusieurs années.

3. Les *sclérodermies partielles* sont d'un pronostic bénin. Elles peuvent se résorber complètement ou en laissant une plaque atrophique.

Diagnostic. — Le diagnostic de la sclérodermie est habituellement facile pour les formes généralisées; il peut être plus hésitant pour les formes localisées.

I. La SCLÉRODERMIE GÉNÉRALISÉE ne peut être guère confondue avec aucune autre affection cutanée. Tout au plus peut-on hésiter entre elle et le *myxœdème* qui, peut, de loin, la simuler; mais la simple palpation du tégument suffit pour établir la différence entre ces deux affections qui peuvent d'ailleurs coexister chez le même malade.

La prédominance de la pigmentation ou de la leucodermie pourrait faire penser à la *maladie d'Addison* ou au *vitiligo*.

La localisation faciale prédominante pourrait en imposer pour l'*atrophie faciale syphilitique* ou le facies parkinsonien.

II. La SCLÉRODACTYLIE est souvent impossible à différencier au début du *syndrome de Raynaud*.

Les ulcérations et les résorptions sclérodermiques seront à distinguer de la gangrène de la maladie de Raynaud, mais, comme nous l'avons vu, les deux affections s'associent fréquemment.

Il faudra aussi éviter de mettre sur le compte de l'acrocyanose les troubles vaso-moteurs qui marquent fréquemment le début de la maladie. Seule l'évolution permettra le diagnostic.

On ne confondra guère les lésions des extrémités *avec la syringomyélie* où les douleurs sont nulles, où l'atrophie musculaire est rapidement très marquée. La dissociation thermo-algésique de la sensibilité tranche d'ailleurs le diagnostic. Les mêmes signes se trouvent dans le panaris de Morvan qui n'est qu'une forme de la syringomyélie.

La *lèpre nerveuse* peut simuler la sclérodactylie au point d'avoir pu être identifiée avec elle (Zambaco), à cause de ses lésions semblablement distribuées et mutilantes. Mais l'existence de tubercules cutanés, de nodules sur le trajet des nerfs fera le diagnostic.

Les déformations des mains doivent être distinguées du *rhumatisme déformant* ; dans ce cas, la raideur et la déformation des doigts ne résulte pas de l'état de la peau qui est amincie, mais mobile sur les plans profonds.

Il est à noter que l'association des deux affections est possible.

On éliminera facilement aux membres inférieurs les scléroses atrophiques cutanées, troubles trophiques des varices anciennes.

III. Les SCLÉRODERMIES LOCALISÉES peuvent être confondues avec des affections très diverses.

La *morphée* peut être prise pour :

Une *cicatrice traumatique* (brûlure) qui peut être brillante et rappeler l'aspect d'une plaque sclérodermique.

Une *cicatrice chéloïdienne* ou une *chéloïde vraie* avec ses prolongements étalés à ses extrémités.

Les morphées avaient d'ailleurs été décrites par Addison sous le nom de chéloïde.

Le diagnostic est parfois plus difficile entre la morphée et le *lupus érythémateux*. Mais les placards lupiques sont limités par une bordure blanche et portent des squames blanchâtres ; entre la morphée et les *plaques décolorées de la lèpre nerveuse* ou λευκη (leucê) et le *lichen plan atrophique* avec sa surface piquetée d'orifices glandulaires dilatés, entourée d'une couronne de petites papules, et l'atrophie cutanée en plaques.

Enfin, la morphée siégeant en quelques points particuliers, en particulier à la région mammaire, a pu prêter à discussion avec un squirrhe tégumentaire atrophique du sein (Besnier, Doyon).

Quant à la *sclérodermie en bandes*, ses caractères sont suffisamment schématiques pour qu'on ne puisse guère la confondre avec aucune autre affection cutanée. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1927)

Les phénomènes de la réparation des fractures étudiés par la méthode des cultures de tissus. — M. A. POLICARD. Les recherches de l'auteur soulignent l'importance de l'histiocyte ou macrophage dans les phénomènes cellulaires qui se passent au cours de la réparation des fractures. Ce sont ces macrophages, émigrés dans le cal débutant, qui se transforment, suivant les points envisagés, en fibroblastes ou en cellules cartilagineuses. Cette dernière transformation apparaît avec une particulière netteté. Le cartilage résulte ici du blocage de macrophages par une substance spéciale d'origine vraisemblablement humorale. Malgré la modification de sa forme extérieure, la cellule cartilagineuse n'en demeure pas moins un macrophage, puisque libérée de son enveloppe chondroïde elle reprend son type primitif et émigre dans le milieu de culture.

Sur différentes modalités vicariantes chez les animaux splénectomisés. — MM. ABELOUS et ARGAUD. Les modalités

de la spléno-vicariance, d'allure si capricieuse, sont étroitement conditionnées par le volume de la rate à l'état normal.

Chez les animaux à grosse rate, la suppléance, après la splénectomie, est anatomiquement réalisée par la néoformation de volumineux objets lymphosplénöides développés, non seulement à l'endroit même de l'ablation, mais encore un peu partout, dans les replis mésentériques.

Chez les animaux où la rate minuscule ne représente, au contraire, qu'une faible fraction du système de Aschoff, cette suppléance, déjà physiologiquement dispersée dans nombre d'*organes réticulo-endothéliaux*, ne se traduit après la splénectomie que par une suractivité histophysiologique de ces organes avec toutefois certaines métaplasies fort curieuses à considérer, comme, par exemple, celle des petits îlots aberrants pancréatico-spléniques.

Coagulation fibrillaire « in vitro » du collagène dissous dans un acide dilué. — M. J. Nageotte.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1927)

Syndrome chiasmatique et fractures de la base du crâne. — M. Félix Terrien attire l'attention de l'Académie sur les considérations qui se dégagent des rares observations de lésions du chiasma rencontrées à la suite de fractures de la base du crâne.

C'est tout d'abord le rétrécissement bi-temporal du champ visuel, presque toujours asymétrique et d'ordinaire compliqué d'une diminution de la vision centrale. Si bien qu'on ne saurait parler d'hémianopsie véritable au sens étroit du mot.

Sans doute l'hémianopsie homonyme s'accompagne quelquefois d'une diminution de l'acuité visuelle, et l'auteur en a rapporté un certain nombre d'observations. Mais ces faits sont exceptionnels, alors qu'ils sont la règle après les lésions du chiasma.

Le rétrécissement du champ visuel se complique d'une série de troubles : sensoriels, moteurs, voire même hypophysaires, qui justifient le terme de syndrome chiasmatique d'origine traumatique.

Etude pharmacodynamique et clinique sur l'emploi de l'extrait lipidique de rate. — MM. Rémond (de Metz), Soula et Colombiès ont cherché à pallier les troubles généraux caractérisés par une déchéance organique de la cellule en retirant de la pulpe splénique un agent opothérapique susceptible de suppléer à la déficience de la rate. Au lieu de recourir à une opothérapie globale en employant une poudre ou un extrait d'organe total, ils ont retiré de la pulpe les principes lipidiques et les ont administrés seuls, soit par voie buccale, en pilules à raison de 0g10 à 0g20 par jour, soit par injection à la dose de 0g04 par jour en suspension dans le sérum artificiel, en ampoules stérilisées.

L'action de ce traitement est nettement favorable, sur le poids, sur la température et sur la richesse du sang.

Il résulte, en somme, que la médication splénique, modifiée par les auteurs dans un sens pratique, a une action réelle et profonde en tant que modificatrice de la résistance organique générale et locale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1927)

Cancer primitif du poumon. — MM. Pissavy, Blenche et Huguenin présentent les pièces d'un cancer primitif du poumon ayant évolué avec des métastases multiples.

Formes anatomo-cliniques des artérites pulmonaires des syphilitiques. — MM. Ch. Laubry et Thomas. Les lésions de l'artère pulmonaire sont fréquentes chez les syphilitiques, mais alors que l'histologie permet de constater parfois une panartérite syphilitique, dans d'autres cas, au contraire, la spécificité est douteuse. A ces lésions variables correspondent des formes cliniques que les auteurs distinguent en artérites et scléroses.

Artérites. — Elles peuvent être pures et isolées ou associées à d'autres lésions syphilitiques.

1° *Artérites pures.* — La caractéristique des cas typiques, à symptomatologie complète est leur tendance évolutive. Evolution rapide d'une insuffisance ventriculaire droite, avec cyanose intense et signes radiologiques spéciaux, entrecoupée de complications dont les deux plus caractéristiques sont les anévrismes et les thromboses de l'artère pulmonaire.

2° *Artérites associées.* — Les auteurs envisagent les associations de la syphilis de l'artère pulmonaire avec d'autres lésions syphilitiques, particulièrement de l'aortite.

Scléroses de l'artère pulmonaire. — Elles peuvent survenir également d'une façon en apparence primitive ou succéder à un long passé pulmonaire.

Leur évolution vers l'insuffisance ventriculaire droite ou totale est beaucoup plus lente, rarement interrompue par des accidents, tels que des thromboses importantes.

Le traitement du diabète par la synthaline. — MM. Léon Blum et P. Carlier ont traité vingt cas diabétiques avec la synthaline, produit synthétique, dérivant de la guanidine et débarrassée d'une grande partie des propriétés toxiques de cette dernière.

En dehors des formes très sévères de diabète la synthaline peut être un adjuvant utile dans le traitement, permet de diminuer les doses d'insuline et de réduire le nombre des piqûres.

Dans certaines formes de diabète caractérisées par une faible hyperglycémie avec glycosurie variable et acétonurie constante et quelquefois très importante, la synthaline peut se montrer supérieure à l'insuline.

Purpura chronique gonococcique sans fièvre; hémoculture positive. — MM. P. Chevallier, Lévy-Bruhl, Georges et Bourgeois.

Oxycéphalie avec hernie irréductible de l'œil droit. — M. J. Comby rapporte l'observation d'une fillette de deux ans et demi, atteinte d'oxycéphalie avec double exophtalmie. La malformation est congénitale, mais non familiale ni héréditaire. Aucun signe de spécificité. Revue à cinq ans parce que l'œil droit vient de tomber sur la joue avec impossibilité de le faire rentrer. Opérée par le docteur Poulard. Si l'exophtalmie accompagne habituellement l'oxycéphalie, la luxation de l'œil est exceptionnelle.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1926)

Elections du bureau pour 1927. — Président : M. Laignel-Lavastine; vice-présidents : MM. Duclaux, R. Gaultier, Lavenant; secrétaire général : M. Blondin; secrétaire général adjoint : M. Perpère; trésorier : M. Lematte.

Traitement préventif et curatif des adhérences péritonéales. — M. Victor Pauchet. Le chirurgien les évitera : par l'asepsie, par l'absence de manœuvres brutales; il appliquera du sérum chaud sur les anses extériorisées, ne dénudera le péritoine qu'à la condition de le remplacer par une greffe d'épiploon. Après l'opération, il injectera de l'hypophyse pendant huit jours et de la fibrolysine trois semaines plus tard. Au cours de l'opération, il évitera que les anses touchent la peau iodée. Quand les adhérences existeront et ne résorberont point, il faudra opérer et recourir aux procédés indiqués ci-dessus pour éviter leur reproduction.

Migraines surrénales guéries par opothérapie. — M. Jacques Sédillot présente pour la deuxième fois une malade complètement guérie depuis un an par l'opothérapie surrénale de migraines d'origine surrénale très fréquentes (cinq par mois) très intenses, très rebelles. L'opothérapie cessée depuis trois mois, la malade a continué un ensemble « de moyens kinésithérapiques de stimulation endocrinienne. » Le tout a donné, non seulement la guérison des migraines, mais aussi une véritable résurrection de la santé physique et morale.

Instabilité pluriglandulaire à apparence de Basedow fruste. — M. Léopold-Lévi présente une malade avec signes de Basedow fruste, y compris les symptômes oculaires. Une analyse endocrinienne plus précise montre, en réalité, une instabilité thyroïdienne avec insuffisance surrénale. Le tout a été transformé par l'opothérapie surrénale. L'auteur étudie, à ce propos, l'importance du métabolisme basal, diminué dans ce cas, les relations de ce syndrome avec la tuberculose et la syphilis, et les traitements antisyphilitiques, l'importance des nodosités de Bouchard, de la gastroptose dans l'extériorisation de l'insuffisance surrénale congénitale.

Inopportunité fréquente des pelotes antiptosiques. — M. Roger Glénard. Le syndrome clinique des ptoses viscérales est moins dû à l'abaissement de telle ou telle partie du tube digestif qu'à la diminution de la tension abdominale. Le but à poursuivre est moins de corriger l'abaissement aux rayons X d'un segment quelconque intestinal que de remonter l'ensemble de l'abdomen et de faire disparaître le « signe de la sangle ». L'emploi de pelotes à point de pression localisé, dont la pénétration doit être très forte pour maintenir en place des organes aussi glissants que les viscères abdominaux, paraît en général peu indiqué et n'est pas sans présenter de sérieux inconvénients.

M. René Gaultier pense avec de nombreux auteurs que l'atonie gastrique occupe une place importante dans le tableau clinique des gastroptoses. Aussi propose-t-il, à côté des moyens de contention des viscéroptoses par les ceintures à pelote, de traiter d'abord et avant tout la dystonie gastrique qui est la cause de la distension et de l'allongement de l'estomac avec la méthode de gastrotonométrie clinique dont il s'est fait le propagateur.

Contribution à l'étude des fonctions rénales chez les tuberculeux pulmonaires par l'épreuve de la phénol-sulfurphtaléine. — M. Ch. David a étudié les fonctions rénales des tuberculeux pulmonaires au moyen de l'élimination de la phénol-sulfur-phtaléine. Il a constaté que chez les tuberculeux du premier degré, les éliminations rénales sont en général à peu près normales. Au contraire, chez les tuberculeux plus avancés, l'élimination azotée est fréquemment plus ou moins déficitaire. Chez les tuberculeux du troisième degré les éliminations phtaléiniques ont été dans une proportion considérable inférieures à la normale; dans 30 p. 100 de ces cas, l'élimination a été inférieure ou égale à 20 p. 100 et réduite chez trois malades à des traces indosables. Les résultats ont été le plus souvent contrôlés par la constante d'Ambard. Il pense que chez les tuberculeux avancés, le rein élimine mal les substances azotées; il faut en conclure, au point de vue du régime de ces malades, qu'il convient de leur donner une alimentation lacto-végétarienne au lieu de leur faire observer une grande quantité de viande comme cela se pratique trop souvent.

Abcès miliaires du rein. — M. Lavenant fait remarquer que les abcès miliaires et corticaux des urinaires à la suite de pyélonéphrite, ne sont souvent justiciables que de la néphrectomie, mais qu'il existe une classe d'abcès miliaires primitifs pour lesquels M. Chevassu a demandé une autonomie pathologique. Ces abcès ne s'accompagnent pas de signes urinaires le plus souvent et guérissent par la décapsulation. Ils peuvent être la suite de phlegmons périnéphrétiques paraissant primitifs.

M. Peugniez. Souvent un des reins seul est touché, et c'est avant que le second soit touché qu'il faut agir et pratiquer une néphrectomie basée sur la constante d'Ambard et le cathétérisme urétéral pour obtenir une guérison radicale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1926)

La Société médicale des praticiens a tenu son Assemblée générale annuelle.

Après une allocution du président sortant le docteur Keim et après avoir entendu les rapports du secrétaire général docteur Briault, du trésorier docteur Schangel, elle a élu son nouveau président le docteur Maurice et les douze membres du Comité.

Traitement des hémorroïdes. — M. Filderman expose son procédé de traitement des hémorroïdes par la méthode varico-sclérosante de Sicard. Ce procédé d'injection intraveineuse est simple, ambulatoire et très efficace non seulement pour les hémorroïdes ordinaires mais encore pour les hémorroïdes ulcérées ou compliquées de fissures et de fistules. L'auteur dissertant d'une façon plus générale, parle de ce qu'il appelle la maladie hémorroïdaire; c'est pour lui une véritable maladie infectieuse chronique qui, par des petites inoculations répétées se propage au foie par le système porte et par le système cave au poumon.

Pneumothorax artificiel. — M. Georges Rosenthal étudie l'influence du facteur psychique dans la cure de pneumothorax artificiel. Malheureusement la conviction du malade, sa foi en ce traitement est telle qu'il devient impossible moralement d'interrompre une cure en cas d'intolérance pour une raison quelconque. Il faut alors en tout cas éviter au malade un découragement qui pourrait lui être fatal.

LIVRES NOUVEAUX

Les Vertiges (1), par J. Lévy-Valensi et E. Halphen.

Voilà une excellente monographie où sont successivement étudiées la séméiologie, l'anatomie et la physiologie du labyrinthe et son examen fonctionnel, le diagnostic des différents vertiges d'après les causes qui les provoquent et enfin le traitement. Le vertige est, en effet, un symptôme fréquent, trop négligé et dont cependant le médecin doit connaître la signification et déterminer les causes. Le présent petit volume l'y aidera grandement.

J. L.

Neurologie (2), par le docteur A. Tournay.

Manuel court, clair et cependant complet, dont le médecin appréciera la valeur pratique, car l'auteur, en plus des renseignements pathogéniques et cliniques nécessaires, consacre une part importante de son texte aux indications thérapeutiques. C'est là, pour le praticien, une considération précieuse, car beaucoup d'affections nerveuses, qui restaient naguère à peu près incurables, sont maintenant devenues, grâce aux nouvelles méthodes de traitement et à l'intervention chirurgicale, accessibles à nos soins. M. Tournay ne manque pas, et avec raison, d'insister sur ce remarquable progrès.

J. L.

CONGRÈS

VIe CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE. — Sous la présidence d'honneur de MM. les professeurs Letulle, A. Calmette et Bard et sous la présidence de M. Mouisset, président du Comité départemental du Rhône pour la lutte contre la tuberculose, le VIe Congrès national de la tuberculose se réunira à Lyon du 11 au 14 avril prochain.

Ce Congrès comprendra les quatre questions : 1° une section biologique; 2° une section clinique; 3° une section sociale; 4° une section d'infirmières-visiteuses.

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

I. Questions biologiques. — *a.* Bases expérimentales des réactions allergiques dans l'infection tuberculeuse. Rapporteur : professeur Paul Courmont (Lyon). — *b.* Les facteurs de terrain autres que l'allergie. dans l'infection tuberculeuse. Rapporteurs : professeur E. Sergent et M. Turpin (Paris).

II. Questions cliniques. — *a.* La thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Rapporteurs : professeur Léon Bérard (Lyon) et M. Dumarest (Hauteville). —

(1) Un volume in-16 avec 41 figures, de la « Bibliothèque de neurologie et de psychiâtrie », publiée sous la direction de H. Claude et J. Lévy-Valensi. — Paris, 1926, N. Maloine.

(2) Un volume in-16 cartonné de la Collection des « consultations journalières ». — Paris, 1926, G. Doin.

b. Valeur séméiologique de l'examen bactériologique des crachats dans la tuberculose pulmonaire.

Conformément à la décision prise par le Congrès de Strasbourg, cette question reste à l'ordre du jour et l'état actuel de la discussion sera exposé par M. Cordier (Lyon).

III. Questions médico-sociales. — *a.* Préventoriums et placement familial. Rapporteurs : professeur Léon Bernard et M. G. Poix (Paris). — *b.* Collaboration du corps médical avec le dispensaire. Rapporteur : professeur Jacques Parisot (Nancy).

IV. Questions relatives aux infirmières-visiteuses. — *a.* De l'infirmière-chef départementale; son rôle social. Rapporteur : Mlle Delagrange (Paris). — *b.* La part de l'initiative dans le travail des infirmières-visiteuses antituberculeuses. Rapporteur : Mme Delafontaine (Paris). — *c.* De l'importance de la formation hospitalière pour les infirmières-visiteuses d'hygiène sociale et pour les infirmières polyvalentes. Rapporteur : Mlle Hervé (Rouen).

Règlement du Congrès. — Art. 1er. — Le VIe Congrès national de la tuberculose aura lieu à Lyon les 11, 12 et 13 avril 1927, et sera organisé par le Comité national de défense contre la tuberculose, et l'Œuvre de la tuberculose, de concert avec le Comité départemental du Rhône pour la lutte contre la tuberculose.

Art. 2. — Le Congrès comprend des membres titulaires et des membres associés.

1° Membres titulaires : Peut faire partie du Congrès, au titre de membre titulaire, toute personne ou toute collectivité agréée par le bureau du Congrès. Seuls les membres titulaires prennent une part effective aux travaux et aux votes du Congrès, en reçoivent gratuitement les publications et bénéficient des facilités de transport accordées par les Compagnies de chemins de fer.

2° Membres associés : Peuvent être membres associés, les personnes faisant partie de la famille d'un membre titulaire (femme, époux, frères, sœurs, enfants). Ils sont invités aux fêtes et aux réceptions officielles et peuvent assister aux séances, ils ne bénéficieront pas de réductions sur les prix de transport.

Art. 3. — La cotisation est fixée à 40 fr. pour les membres titulaires et à 30 fr. pour les membres associés. Une réduction de 50 p. 100 est accordée aux étudiants en médecine et aux infirmières-visiteuses diplômées.

Secrétariat général, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — La XXXIe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Blois, du 1er au 6 août 1927.

Président : M. le professeur Raviart (de Lille); vice-président : M. le professeur Henri Claude (de Paris); secrétaire général : M. Olivier, médecin directeur de la Maison de santé de Blois (Loir-et-Cher).

Les questions suivantes ont été choisies par l'assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIe session :

Psychiatrie. — « L'automatisme mental. » Rapporteurs : MM. Lévy-Valensi (de Paris) et Nayrac (de Lille).

Neurologie. — « Les tumeurs des ventricules latéraux. » Rapporteur : M. Jumentié (de Paris).

Médecine légale. — « Le divorce des aliénés; sa jurispru-

dence; son application; ses résultats. » Rapporteur : M. Boven (de Lausanne).

N. B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser à M. Olivier, secrétaire général de la XXXI° session, médecin directeur de la Maison de santé de Blois (Loir-et-Cher).

Le prix de la cotisation est de 50 fr. pour les membres adhérents et de 30 fr. pour les membres associés. Les membres adhérents inscrits avant le mois de juin 1927 recevront les rapports dès leur publication.

CALENDRIER DES CONGRÈS MÉDICAUX ET DES DIFFÉRENTES MANIFESTATIONS MÉDICALES

1927. — 28 janvier. Ire Réunion médicale de Nancy. Les réunions suivantes auront lieu le 11 mars et le 15 mai.

3-9 février. Semaine odontologique organisée par l'Association générale syndicale des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Mars. Exposition d'Art médical à la Foire de Lyon. Renseignements à l'Office commercial pharmaceutique. Service Foire de Lyon, 71, rue du Temple, Paris, ou à l'Office lyonnais des spécialités pharmaceutiques, 7, rue de l'Arbre-Sec, Lyon.

27 mars. Toulouse. Session de la Société d'hydrologie et de climatologie de Toulouse. — Secrét. gén. : M. Serr, 16, rue des Arts, Toulouse.

5 avril. Londres. Centenaire de la naissance de Lister organisé par la Société Royale de Londres.

10 avril. Constantine. LI° Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

11-14 avril. VI° Congrès national de la tuberculose à Lyon. — Secrétariat du Congrès, au siège social du Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris.

17 avril. Paris. Congrès des Sociétés savantes.

20-24 avril. Journées médicales marseillaises et coloniales. — Secrét. gén. : M. A. Sauvan, 40, allées Léon-Gambetta, Marseille.

28-30 avril. Ire Réunion de la Presse médicale latine. — Secrét. gén. : M. Pierra, 12, rue de Babylone, Paris.

Avril. Alger. X° Congrès national des Pêches et Industries maritimes.

27-28 mai. Réunion annuelle de la Société de biologie. Secrétariat général, 7, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

30-31 mai-1er juin. VIII° Réunion neurologique internationale annuelle. — Secrét. gén. : M. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.

Mai XL° Congrès d'ophtalmologie. — Secrét. gén. : M. René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris.

27 mai-1er juin. Célébration du Centenaire de la naissance de Vulpian. — Secrét. gén. : M. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.

5-6 juin. Congrès de l'arthritisme à Vittel. — Secrét. gén. : M. Boigey, 81, rue Frère, à Bordeaux. Renseignements : M. Renard, Société générale des eaux à Vittel, Vosges.

28-29 juin. V° Centenaire de la Fondation de l'Université de Louvain.

Juillet. XII° Congrès français de médecine légale, à Lyon. — Secrét. gén. : M. Mazelle, 54, avenue de Noailles, à Lyon.

Juillet. Journées médicales belges.

Juillet. Journée médicale thermale de Clermont-Ferrand.

18 juillet. VI° Congrès international d'histoire de la médecine, à Leyde, sous la présidence de M. J. G. de Lint. — Pour renseignements, s'adresser à M. Laignel-Lavastine, 12 *bis*, place de Laborde, à Paris.

1er-6 août. XXXI° Session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, à Blois. — Secrét. gén. : M. Olivier, médecin-directeur de la Maison de santé de Blois (Loir-et-Cher).

11-18 septembre. Congrès international de génétique, à Berlin.

29-30 septembre-1er octobre. V° Congrès de l'Association française des gynécologues et obstétriciens de langue française, à Lyon. — Secrét. gén. : M. le professeur Brindeau, 71, rue de Grenelle, Paris.

Septembre-octobre. V° Congrès des pédiatres de langue française, à Lausanne.

3-8 octobre. XXXVI° Congrès français de chirurgie, à Paris. — Secrét. gén. : M. Auvray, 186, avenue Victor-Hugo, Paris; secrét. gén. adjoint : M. Lenormant, 1 *bis*, rue de Buenos-Aires, Paris.

3 octobre. Ier Congrès des accidents du travail.

4-8 octobre. — XXVII° Congrès français d'urologie, à Paris. — Secrét. gén. : M. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris.

7 octobre. IX° Congrès de la Société d'orthopédie, à Paris. — Secrét. gén. : M. Mathieu, 74, rue Vaneau, Paris.

8-11 octobre. XII° Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie, à Lyon. — Secrét. gén. : M. le professeur agrégé Piéry, 5, avenue Emile-Zola, Lyon.

10 octobre. XIX° Congrès français de médecine, à Paris. — Secrét. gén. : M. Chiray, 14, rue Pétrarque, Paris; secrét. gén. adjoint : M. Gastinel, 37, rue Galilée, Paris.

Octobre. XIV° Congrès d'hygiène, à l'Institut Pasteur de Paris. — Secrét. gén. : M. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, 25, rue Dutot, Paris.

Octobre. Cinquantenaire de la Société de médecine publique, à l'Institut Pasteur de Paris. — Secrét. gén. : M. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, 25, rue Dutot, Paris.

Octobre. Journées médicales espagnoles.

Date non fixée. Centenaire de la naissance de Marcellin Berthelot.

— Voyages et croisières du *Bruxelles médical* :

10-28 avril. Maroc. Prix : 5.975 francs, tout compris de Bordeaux à Marseille.

11 mars. Méditerranée-Orient. Croisière C. Durée : 33 jours. Prix : 218 à 340 dollars suivant classe.

21 avril. Croisière D. Durée : 25 jours. Prix : 208 à 305 dollars suivant classe.

29 mars. Croisière F. Durée : 29 jours. Prix : 250 à 305 dollars suivant classe.

Renseignements. — Section des voyages du *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe Max, Bruxelles.

1928. — 30 mai-4 juin. IV° Congrès international de médecine et de pharmacie militaires (Varsovie).

Congrès international de la tuberculose, à Rome.

Octobre. Paris. Congrès de médecine sociale et des accidents du travail.

1929. — Juillet. Congrès de la Société internationale de chirurgie (Varsovie).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 24 AU 29 JANVIER 1927)

THÈSES

Lundi 24 janvier. — Jury : MM. Sebileau, président; Couvelaire, M. Labbé et Ecalle. — M. HOLODENKO (L.). Etude de l'azotémie au cours de l'éclampsie convulsive. — M. BARRET. Etude clinique de la grossesse extra-utérine. — M. RENAULT. Action des extraits endocriniens sur la glyco-régulation.

Mardi 25 janvier. — Jury : MM. Gilbert, président; Bernard, Terrien et Rathery. — M. PAGÈS. Sur un cas de spondylose. — M. BAUGAS (J.). Formes inhabituelles de la fièvre méditerranéenne. — M. LHUILLIER (R.). Syndrome de Mikulicz d'origine lymphadémique. — M. TROCMÉ (R.). Etude des accidents au cours des arythmies.

Jeudi 27 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Nobécourt, président; Dechambre et Nicolas. — M. DUPUCH. Production de lait de vache sain.

Vendredi 28 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Ombrédanne, Vallée, Maignon, Panisset et Petit. — M. FOURNEAUX. Nouveau mode d'anesthésie en chirurgie vétérinaire. — M. DESCOMBEY. Etude de la prophylaxie du tétanos.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

ESTOMAC — INTESTIN

DYSPEPSIE — ENTÉRITE

GASTRALGIE — *CHEZ L'ENFANT — CHEZ L'ADULTE*

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée

DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.

R. C., 133, Aubenas.

CURE DE DIURESE

EVIAN SOURCE CACHAT

VOIES URINAIRES, FOIE

GOUTTE — GRAVELLE

ARTÉRIO-SCLÉROSE



MICROSCOPES
ACCESSOIRES
MICROTOMES
NOUVEAUTÉS

E. KRAUSS 18 RUE DE NAPLES **PARIS**



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS

SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX

NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Echant. : 56, Boul^d Ornano PARIS

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. — **6, Rue Abel, PARIS.** — Le flacon, en France,

dans les

Hypertensions

et tous les

Etats spasmodiques de la musculature lisse

OLÉTHYLE-BENZYLE

Benzoate de Benzyle chimiquement pur.

GOUTTES

XX gouttes, 2 à 4 fois par jour

GÉLULES

Une à 4 gélules par jour

AMPOULES

Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

R.C. PARIS, 134.569

TUBERCULOSE · LYMPHATISME · ANÉMIE ·

CROISSANCE · RACHITISME · SCROFULOSE · DIABÈTE

TROUBLES DE DENTITION · CARIE DENTAIRE

TRICALCINE

PERRAUDIN

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE



RECONSTITUANT

LE PLUS PUISSANT — LE PLUS SCIENTIFIQUE

LE PLUS RATIONNEL

LA **RÉCALCIFICATION**

ne peut être **ASSURÉE**

d'une façon **CERTAINE**

et **PRATIQUE**

QUE PAR LA **TRICALCINE**

A BASE DE SELS CALCIQUES RENDUS ASSIMILABLES

EN POUDRE-COMPRIMÉS-GRANULÉS-CACHETS

LA TRICALCINE EST VENDUE

TRICALCINE PURE	POUDRE-COMPRIMÉS-GRANULÉS-CACHETS TABLETTES CHOCOLAT · 3 doses, 3 comprimés ou cachets, ou 6 tablettes par jour
TRICALCINE MÉTHYLARSINÉE	en CACHETS seulement doses exactement à 0,01 de MÉTHYLARSINATE de SOUDE chimiquement pur. 3 cachets par jour
TRICALCINE ADRÉNALINÉE	en CACHETS seulement doses exactement à 5 gouttes de solution d'ADRÉNALINE au millième par cachet. 3 cachets par jour.
TRICALCINE FLUORÉE	en CACHETS seulement doses exactement à 0,02 de FLUORURE de CALCIUM par cachet. 3 cachets par jour

SE MÉFIER DES IMITATIONS ET DES SIMILITUDES DE NOM
BIEN SPÉCIFIER " TRICALCINE "

Echantillons et Littérature gratuits sur demandes aux Docteurs, Hôpitaux Ambulances
LABORATOIRE DES PRODUITS " SCIENTIA " D. E. PERRAUDIN Ph^{ie} de 1re CL. 10 R. FROMENTIN PARIS

· DYSPEPSIE NERVEUSE · TUBERCULOSE ·

R. C., 148.044, Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.

Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 28 février 1927, à 8 h. 30, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 heures, du lundi 31 janvier au samedi 12 février inclusivement.

— Prix de l'internat. — *Médecine. — Lecture des copies.* — Séance du 20 janvier. — Questions données : « Histo-physiologie des leucocytes éosinophiles. — La crise d'asthme. » MM. Huguenin, 29; Coffin et Garcin, 30.

Médaille d'or : M. Garcin, 79; médaille d'argent : M. Coffin, 78; accessit : M. Huguenin.

Chirurgie. — Epreuve orale. — Séance du 20 janvier. — Question donnée : « Fracture de l'extrémité inférieure du radius. »

Mémoire. — MM. Iselin, 29; Ménégaux, Banzet et Meillière, 28.

Oral. — MM. Iselin, 17; Ménégaux, 16; Banzet, 18; Meillière, 16.

Séance du 22 janvier. — Questions données : « Calcanéum et astragale. — Coagulation du sang. — Abcès de la prostate. »

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — *Internat en médecine.* — La durée réglementaire des fonctions des internes en médecine, nommés aux concours qui ont eu lieu en 1922, 1923, 1924, 1925 et 1926, est portée de quatre à cinq ans.

Les internes de 5e année toucheront la même indemnité que ceux de 4e année.

Pour pouvoir effectuer leur 5e année, les intéressés devront ne pas soutenir leur thèse de doctorat avant le deuxième semestre de cette 5e année.

— *Concours d'internat en pharmacie.* — Ont été nommés aux fonctions d'interne en pharmacie des hôpitaux : Mlle Maurel, MM. Ramboud, Andrac, Combe.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours pour le clinicat.* — Un concours pour deux emplois vacants de chef de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le mercredi 2 février 1927, à 8 h. du matin.

Places mises au concours. — Clinicat des maladies infectieuses : titulaire, 1 ; adjoint, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire, au secrétariat de la Faculté, jusqu'au mardi 25 janvier inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de 15 à 17 h.

Sont admis à concourir : Tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — MM. d'Astros, professeur de clinique médicale infantile, et François Arnaud, professeur de thérapeutique, sont nommés professeurs honoraires.

M. E. Gaujoux, professeur de clinique dermatologique, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. le professeur C. Oddo, décédé.

M. Charles Mattei, professeur suppléant, est chargé du cours de thérapeutique.

— Un concours s'ouvrira, le 27 juin 1927, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

ACADÉMIE FRANÇAISE. — M. le professeur Charles Richet est candidat au fauteuil laissé libre par la mort de M. Boylesve.

MÉDECINS DE SANATORIUMS. — Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin-directeur du sanatorium public de Montfaucon (Lot) et trois postes de médecins adjoints aux sanatoriums de Plougonven (Finistère), Saint-Jodard (Loire) et Montfaucon (Lot).

Les candidats doivent être Français et produire : 1° un extrait de leur casier judiciaire; 2° un extrait de leur acte de naissance; 3° une copie certifiée conforme d'un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat; 4° toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les candidats au poste de médecin directeur devront, en outre, justifier de connaissances et d'une pratique administratives suffisantes.

La limite d'âge exigée est de cinquante ans pour les candidats au poste de directeur et de trente-cinq ans pour les candidats à l'emploi de médecin adjoint.

Le traitement de début des médecins directeurs est fixé à 17.000 fr. et peut atteindre 24.000. Le traitement de début des médecins adjoints est de 10.000 fr. et peut atteindre 14.000 fr. En sus du traitement, les intéressés bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

Les médecins des sanatoriums publics peuvent être maintenus en fonctions jusqu'à soixante ans et exceptionnellement jusqu'à soixante-cinq ans.

Les demandes seront reçues jusqu'au 20 février 1927 au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, direction de l'assistance et de l'hygiène publics, 4e bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris. (*J. O.*, 22 janvier 1927.)

GUERRE. — Le médecin inspecteur général Pouy, inspecteur permanent du matériel et des établissements du Service de santé militaire, est placé dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire.

— TROUPES COLONIALES. (Active.) — Sont promus dans le corps de santé des troupes coloniales, pour prendre rang au 31 décembre 1925, sans rappel de solde, au grade de médecin aide-major de 1re classe, les élèves du Service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine en 1926 et versés dans le corps de santé des troupes coloniales, dont les noms suivent :

MM. Freyche, Bordes, Mondain, Bonnet, Long, Buquet, Lanzalavi, Sainz, Guitton, Bigot, Labbé, Alain, Bonnetblanc, Gruvel, Hochstetter, Nicolas, Gourmelon, Cabiran, Blocquaux, Le Tallec, Caussin, Besson, Saint-Etienne, Durand, Palud, Lieurade, Le Bouar, Dumas, Courtier, Moreau, Fournier, Kervingant, Favre, Talec, Valle, Pieri, Renaud, Grinsard, Vialard-Goudon, Balzeau, Passerieux, Huchon, Boullier, Morvan.

UN SERVICE DU QUINQUINA. — A l'Académie des sciences coloniales, le docteur P. Gouzien a insisté sur la nécessité de repérer, tant en Afrique que dans nos colonies d'Amérique, des « terres à quinquina », et il a exprimé le vœu qu'il fût créé, au ministère des Colonies, un bureau du Service du quinquina.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le service de la statistique a enregistré pendant la 1re décade, du 1er au 10 janvier 1927, 1.593 décès, au lieu de 1.942 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.446, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 12 décès, au lieu de 9 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 29, au lieu de 51 pendant la décade précédente (moyenne 27).

La variole et la varioloïde n'ont causé aucun décès; 1 cas nouveau a été déclaré par les médecins; au lieu de 3 pendant la décade précédente (moyenne 0).

La rougeole a causé 18 décès, au lieu de 15 pendant la décade précédente (moyenne 12). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 85, au lieu de 76 pendant la décade précédente.

La diphtérie a causé 11 décès, au lieu de 13 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 66, au lieu de 95 pendant la décade précédente (moyenne 72).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 392 décès, au lieu de 501 pendant la décade précédente, et au lieu de 318, moyenne décadaire correspondante.

En outre, 75 décès ont été attribués à la grippe.

DEUXIÈME SALON MÉDICAL DE MARSEILLE. — Comme il a été annoncé, ce deuxième salon, qui aurait dû avoir lieu pendant la première quinzaine d'octobre 1926, à la galerie Detaille, a été reporté à la période des « Journées médicales » qui se dérouleront à Marseille, en 1927, du 20 au 24 avril inclus. Ce salon, public, se tiendra, d'abord, à cette date, au Grand Palais du parc Chanot, puis du 29 avril au 15 mai à la galerie Detaille. Il recevra les œuvres (peinture, sculpture, gravure, art décoratif) des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, étudiants et famille de la Provence, Riviera, Corse et Colonies. Les œuvres devront parvenir du 10 au 17 avril, chez Detaille, 21, rue Noailles, qui assurera les divers transferts. S'inscrire ou se renseigner (timbre pour réponse) chez le docteur Castueil, 8, rue Lacédémone, Tél. 5-10.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — A partir du 6 février, le docteur Chaillous, médecin de la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, fera chaque dimanche à dix heures, à cette Clinique, une présentation de malades atteints des affections oculaires que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique.

Ces leçons, qui sont gratuites, sont surtout destinées aux médecins praticiens et aux candidats au doctorat.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs P.-A. Rachet (de Honfleur), père du docteur Jean Rachet auquel nous adressons nos bien sincères condoléances; Burlureaux, professeur agrégé libre au Val-de-Grâce; Manouvrier, directeur de laboratoire au Collège de France et à l'Ecole des hautes études, professeur à l'Ecole d'anthropologie, secrétaire général de la Société d'anthropologie de Paris; Deswartz, médecin en chef de l'Asile de Niort; J. Grunberg et Peisson (de Paris), Gerbault, directeur du service de santé en retraite, décédé à Saint-Aignan-sur-Cher; Camille-Marcel Jacquemet, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble, ancien interne des hôpitaux de Marseille, décédé à Toulon; Victor Morel (de Campagne-lès-Hesdin), député du Pas-de-Calais.

SUR L'ÉTUDE DU DERMOGRAPHISME CHEZ DES SUJETS SAINS

Par Joseph RUSSETZKI.

(Clinique des maladies nerveuses de l'Institut d'Etat à Kazan. Chef : Prof. A. V. Favorski.)

Cinquante années se sont écoulées depuis le temps où A. Vulpian a fait une description détaillée « de la dermographie blanche » et « de la dermographie rouge » dans ses leçons classiques sur l'appareil vasomoteur (1). Pendant cette période, la pensée scientifique est revenue plusieurs fois sur cette question pleine d'intérêt. Barthélemy, Fauconnier, P. V. Nikolski, L. B. Müller, Tinel, Sézary, Laignel-Lavastine, Pasteur Vallery-Radot et d'autres ont contribué à l'élargissement de nos notions sur le dermographisme. Dernièrement A. Thomas, dans son excellent travail, a donné à ce sujet des précisions nouvelles (2). Tout de même, il faut bien avouer qu'il n'y a pas de concordance complète entre les opinions concernant les troubles du dermographisme dans des cas pathologiques et même concernant le dermographisme dans des cas normaux. Et le dernier est une condition *sine qua non* pour toutes les conclusions ultérieures.

Nous avons essayé d'examiner les territoires du dermographisme chez des sujets sains pour arriver à un critérium en clinique. Pour cela, nous avons examiné le dermographisme rouge et le dermographisme blanc chez 25 sujets normaux (des hommes) de l'âge de vingt-cinq à quarante-cinq ans.

Les conditions de l'examen étaient à peu près les mêmes. Les sujets ont été dévêtus complètement et placés horizontalement. La température ambiante était de 18°-20° R., — c'était en été, au Caucase. On a choisi pour l'examen le matin, avant le repas. Nous obtenions des raies dermographiques par des traces faites sur la peau avec l'extrémité d'un esthésiomètre, — des tracés rapides et légers pour le dermographisme blanc et des tracés lents et plus pesants pour le dermographisme rouge. Nous avons exploré de haut en bas d'abord la surface antérieure du corps (la poitrine, l'abdomen, la cuisse, la jambe, le bras et l'avant-bras) et ensuite la surface postérieure (dans le même ordre).

Les résultats obtenus représentent quelques variations individuelles, mais, pour la plupart, nous trouvons des traits caractérisant les différences du dermographisme d'après la région du corps. (Les dermographismes rouge et blanc ont été trouvés dans tous les cas.)

Les données, concernant le dermographisme rouge, étudié à la surface antérieure du corps, peuvent être réunies dans un tableau synoptique des moyennes calculées pour tous les cas.

Tableau 1.

RÉGION EXAMINÉE	APPARITION DU DERMOGRAPHISME		DURÉE DU DERMOGRAPHISME	
	Moyennes.	Variations.	Moyennes.	Variations.
Poitrine.....	7,4″	5″-10″	20′43″	3′-30′
Abdomen ...	7,4″	5″-10″	16′9″	3′-30′
Bras.......	8,3″	5″-12″	18′34″	5′-30′
Avant-bras ..	8,3″	5″-12″	13′30″	4′-25′
Cuisse......	7,7″	5″-15″	10′3″	1′30″-25′
Jambe......	9,6″	5″-15″	1′45″	30″-3′

Le dermographisme rouge, le plus intense et le plus durable, fut observé à la poitrine. Les autres régions ont eu un dermographisme rouge qui devenait de plus en plus faible et court au bras, à l'abdomen et à l'avant-bras. A la cuisse, nous avons vu un dermographisme rouge deux fois plus court qu'à la poitrine et, de plus, ce dermographisme rouge avait « une bordure » blanche beaucoup plus large qu'en d'autres endroits et persistant parfois un certain temps après la cessation de la raie rouge (1′). Quant à la jambe, le procédé employé pour le dermographisme rouge, pour la plupart des cas, faisait apparaître la raie blanche. Dans d'autres cas, nous avions à la jambe un dermographisme du type décrit pour la cuisse, et plus rarement encore, le procédé ne donnait aucune trace.

Ainsi, le dermographisme rouge paraît s'affaiblir de la poitrine vers les parties distales des extrémités. Nous avons obtenu des résultats tout autres pour le dermographisme blanc de la surface antérieure du corps. En voici le tableau 2.

Tableau 2.

RÉGION EXAMINÉE	APPARITION DU DERMOGRAPHISME		DURÉE DU DERMOGRAPHISME	
	Moyennes.	Variations.	Moyennes.	Variations.
Poitrine.....	11,8″	8″-20″	2′28″	15″-4′30″
Abdomen ...	11,8″	8″-20″	2′41″	15″-5′
Bras........	13,6″	8″-25″	2′7″	1′-5′
Avant-bras ..	13,6″	8″-15″	2′	1′-3′30″
Cuisse......	11,1″	8″-15″	3′25″	1′30″-8′
Jambe......	11,1″	8″-15″	2′51″	1′-4′30″

Le dermographisme blanc, le plus durable, a été obtenu à la cuisse. Un dermographisme blanc, moins vif et plus court, a été trouvé à la jambe et au bras et encore plus faible à l'abdomen et à la poitrine. La partie supérieure de la région thoracique ne donne parfois pas de dermographisme blanc étant donné sa présence en d'autres régions (ce qui peut conduire à des conclusions erronées). Le dermographisme blanc, le plus faible, s'observe à l'avant-bras.

Le dermographisme blanc paraît s'affaiblir des extrémités inférieures vers la poitrine et les extrémités supérieures.

Le dermographisme étudié à la face (front, joues) est moins intense qu'en d'autres régions du corps. Le dermographisme rouge apparaît après 11,6 secondes (moyennes), dure 9 min. 23 secondes. Le dermographisme blanc apparaît après 14,9 secondes, dure 2 minutes.

L'étude du dermographisme à la surface postérieure du corps nous a donné des résultats plus caractéristiques encore. On y voit bien clairement la croissance d'un type de dermographisme et l'affaiblissement d'un autre type en prenant des territoires divers. Le tableau 3 représente les moyennes calculées pour le dermographisme rouge.

Tableau 3.

RÉGION EXAMINÉE	APPARITION DU DERMOGRAPHISME		DURÉE DU DERMOGRAPHISME	
	Moyennes.	Variations.	Moyennes.	Variations.
Dos........	8,5″	5″-10″	20′	4′-30′
Fesses......	7,5″	5″-10″	13′30″	3′-25′
Bras........	10″	8″-15″	7′4″	50″-18′
Avant-bras ..	10″	8″-15″	4′	50″-8′
Cuisse......	8,4″	5″-15″	5′43″	1′-20′
Jambe......	8,4″	5″-15″	3′6″	1′-30′

Le dermographisme rouge est très intense au dos, plus intense qu'à la poitrine; un peu moins fort aux fesses. Il devient beaucoup plus faible aux extrémités supérieures et 4-7 fois plus court aux extrémités

inférieures. Dans quelques cas, le dermographisme rouge aux fesses passait en peu de temps au dermographisme blanc. Le procédé d'évocation du dermographisme rouge ne donne parfois qu'une raie blanche. Nous l'avons observé rarement pour l'extrémité supérieure, plus souvent pour la cuisse et dans la plupart des cas pour la jambe. « La « bordure blanche » très large restant après la cessation de la raie rouge (1-2 minutes), a été notée pour la cuisse et pour la jambe.

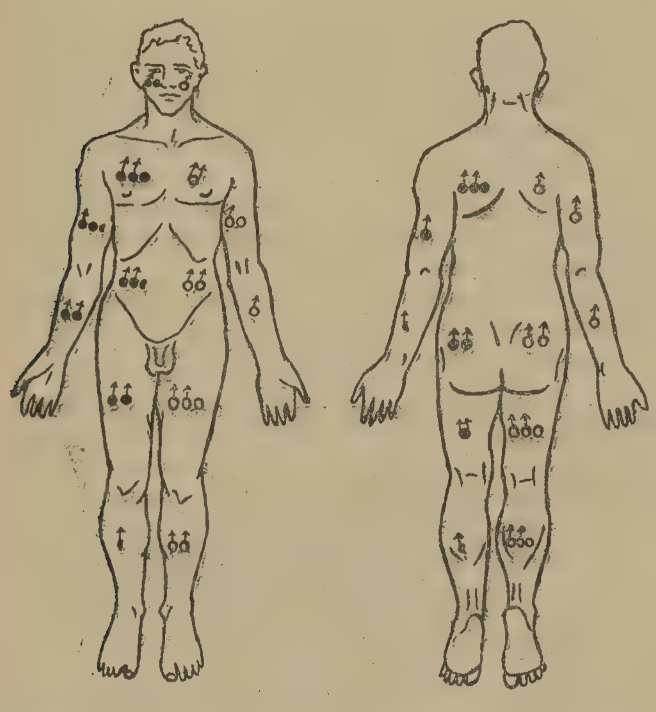
Le tableau synoptique 4 nous indique les territoires du dermographisme blanc.

Tableau 4.

RÉGION EXAMINÉE	APPARITION DU DERMOGRAPHISME		DURÉE DU DERMOGRAPHISME	
	Moyennes.	Variations.	Moyennes.	Variations.
Dos........	12,1″	8″-20″	2′26″	1′-4′
Fesses.......	11,5″	8″-20″	3′12″	1′-8′
Bras........	12,7″	10″-20″	2′4″	1′-5″30″
Avant-bras..	12,7″	10″-20″	2′35″	1′45″-4′
Cuisse......	11″	8″-15″	4′11″	2′-9′30″
Jambe......	11″	8″-15″	4′4″	1′45″-6′30″

Le dermographisme blanc, le plus intense et le plus long, a été observé aux extrémités inférieures. Il s'affaiblit vers la poitrine et vers les extrémités supérieures où il est deux fois plus court. Pas de traces de dermographisme à la plante du pied et à la surface palmaire.

Nous avons laissé de côté la question concernant la coïncidence de la diminution de la période d'apparition du dermographisme (*) et de l'accroissement de la durée de ce dermographisme ce qu'on peut voir d'après les tableaux ci-dessus. L. R. Müller (4) pense que plus courte est la période latente, plus forte est la réaction. C'était pleinement justifié pour la plupart des cas, mais cela n'a pas été observé dans d'autres cas. Notamment nous ne l'avons pas vu sur les tableaux 1 et 4 dans leurs parties concernant les relations du dermographisme des extrémités supérieures et du dermographisme de la poitrine et de l'abdomen.



(*) Je me suis abstenu d'employer le mot « la période latente » parce que la période d'apparition observée par l'examinateur est sûrement plus longue que la période latente réelle de la réaction vasomotrice. La « sommation » de l'excitation mécanique et de l'excitation chimique décrite par moi pour la pilocarpine (3) le prouve. Le dermographisme rouge disparu apparaît de nouveau après une injection de pilocarpine. C'est-à-dire l'action de la pilocarpine a renforcé les traces du dermographisme invisibles pour l'observateur.

Pour une comparaison plus claire des résultats obtenus nous avons fait la figure ci-contre.

Elle montre la disposition des territoires du dermographisme rouge et du dermographisme blanc. Ces deux figures présentent la surface antérieure et la surface postérieure du corps. Le dermographisme rouge est marqué sur le côté droit par des ronds noirs et le dermographisme blanc est marqué sur le côté gauche par des ronds blancs. Plus longue est la durée d'un dermographisme plus de ronds sont mis dans la région correspondante. L'apparition du dermographisme est marquée par des flèches, — plus vite apparaît le dermographisme plus il y en a.

La surface antérieure et la surface postérieure du corps présentent la même répartition du dermographisme rouge. Le maximum d'intensité se trouve à la partie supérieure du tronc. De cette région le dermographisme rouge s'affaiblit vers les parties distales des extrémités supérieures et des extrémités inférieures. Le dermographisme blanc a la même répartition sur la surface antérieure et sur la surface postérieure, plus démonstrative sur la surface postérieure. Le maximum d'intensité du dermographisme blanc se trouve à la cuisse, le dermographisme est à peu près le même à la jambe, diminue brusquement vers la poitrine et vers les extrémités supérieures. Ainsi, on peut bien dire que le dermographisme rouge a son maximum dans les parties supérieures du tronc et le dermographisme blanc a son maximum aux extrémités inférieures.

Ces conclusions ont une portée pratique en donnant un critérium pour l'exploration des territoires du dermographisme (*).

Quelques auteurs en ont déjà touché certains points [P. V. Nikolski (5), A. Thomas (2), Pasteur Vallery-Radot (6) et d'autres]. Mais ces conclusions en même temps ont une portée théorique. Nous avons noté une excitabilité maximale de la réaction vasoconstrictive à l'excitation mécanique aux extrémités inférieures. Et nous avons trouvé qu'une réaction vasodilatatrice à l'excitation mécanique a son maximum d'intensité dans les parties inférieures du tronc. Probablement cette répartition dépend de la position habituelle verticale et de ce point de vue lui est bien conforme. De même on ne peut pas exclure la possibilité d'un arrangement fonctionnel spécial des appareils vasomoteurs d'après la région du corps et d'autres conditions encore.

LITTÉRATURE

(1) A. Vulpian. *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, Paris 1875.
(2) A. Thomas. Moyens d'exploration du système sympathique et leur valeur, *Revue neurol.*, 1926, t. I, p. 6.
(3) J. Russetzki. Klinische Beobachtungen über die Wirkung

(*) Est-ce par le manque d'une conclusion pareille que s'expliquent au moins partiellement les assertions des auteurs [Bowing, Négro (2)] qui ont trouvé un affaiblissement du dermographisme rouge et un accroissement du dermographicme blanc aux extrémités inférieures dans des cas de paraplégie spinale?

von Pilocarpin bei Nervenerkrankungen, *Zeit. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1924, 93, 3/5.
(4) L. R. MULLER. *Die Lebensnerven*, Berlin 1924.
(5) P. V. NIKOLSKI. Sur l'action des bains carbogazeux de Narsan sur la réaction vaso-motrice de la peau, *Le Médecin russe*, 1913, n° 29.
(6) PASTEUR VALLERY-RADOT, Jacques KRIEF et René JACQUEMAIRE. Etude sur le dermographisme, *Presse méd.*, 1924, n° 48.

ACTUALITÉS

IL FAUT ALIMENTER TOUS LES MALADES

Par M. G. LEVEN.

Le premier devoir du médecin doit être le souci de l'alimentation du malade, que la maladie à traiter soit aiguë ou chronique.

Dans une ordonnance médicale, les prescriptions médicamenteuses sont toujours formulées les premières; elles devraient, au contraire, suivre les prescriptions alimentaires, ne serait-ce que pour montrer à l'entourage du malade le rôle primordial de l'alimentation dans les soins à donner.

En présence d'une maladie aiguë, dont la durée est généralement assez courte, le médecin néglige parfois la question de l'alimentation; il regrettera cet oubli si la maladie se prolonge au delà des limites habituelles; il n'aurait pas manqué de se préoccuper de cette question, si on lui avait appris qu'une alimentation insuffisante facilite certaines complications, allonge la durée de la convalescence et exagère l'amaigrissement dont la maladie n'est responsable que pour une part seulement.

Il y a plus : dans certains cas, il croit bien faire en laissant reposer le tube digestif, en supprimant toute alimentation buccale et en demandant à l'alimentation rectale de la remplacer intégralement.

Nous allons étudier successivement tous les points indiqués dans cet exposé.

Choisissons, tout d'abord, quelques exemples cliniques chez les typhiques, malades au sujet desquels la question de l'alimentation a déjà provoqué tant de discussions, évidemment inévitables, car les uns ne les nourrissaient pas et les autres les nourrissaient trop.

Voici le cas d'une malade, âgée de soixante-six ans, dont j'ai déjà rapporté l'observation, qui au vingtième jour d'une fièvre typhoïde, est plongée dans le coma, lorsque je la vois avec son médecin. Le confrère attribue cet état alarmant à la violence de l'infection, à la gravité du mal.

Mon enquête m'apprend que la malade anorexique n'est plus alimentée du tout depuis quelques jours; je fais observer au confrère que le coma est peut-être la conséquence de l'inanition et je propose de la réalimenter sans délai.

Au moyen d'une sonde nasale, la malade absorba 300 grammes de lait additionné de café, toutes les deux heures; dès la dixième heure, elle sortait du coma et me reconnaissait (c'était une de mes parentes).

La guérison fut obtenue assez facilement. La malade ne mourut que douze ans plus tard.

On a enseigné que la fièvre typhoïde engendre souvent la dilatation gastrique : dans les formes très graves, très longues, cette complication peut être observée; mais ce qui explique les statistiques établissant un rapport entre la fréquence de la dilatation et la fièvre typhoïde, c'est qu'elles ont été recueillies par des auteurs n'alimentant pas leurs typhiques; et c'est la technique alimentaire qui paraît responsable, le plus souvent, de cette complication.

Cet exemple mérite de figurer parmi ceux que je groupe volontiers dans le chapitre des « maladies vues au travers de la thérapeutique ».

J'ai traité, cette année, avec le docteur Lestelle, une typhique dont j'ai surveillé moi-même l'alimentation; à la fin de la maladie dont la convalescence fut des plus normales, la diminution de poids était minime.

Le fils de la malade, âgé de quinze ans, et le frère de cette dernière, contaminés sans doute à la même source, eurent la fièvre typhoïde en même temps qu'elle. Le fils, élève d'un lycée des environs de Paris, fut transporté dans un hôpital de la ville et traité par un jeune confrère qui, sur ma demande, consentit à nourrir le jeune homme. Le résultat final fut le même que chez sa mère.

Il en fut tout autrement du frère : soigné dans une clinique par un confrère auquel je ne pus imposer mes convictions, il termina sa maladie avec un amaigrissement considérable.

Nous venons de voir successivement la symptomatologie de la fièvre typhoïde compliquée d'un coma guérie par la reprise de l'alimentation négligée par le médecin, aggravée dans son évolution et compromise dans la période de convalescence par la dilatation gastrique, évitable généralement, si l'alimentation demeure suffisante pendant l'évolution de la maladie.

Nous avons vu, enfin, les variations de l'amaigrissement terminal, selon qu'on aura alimenté ou non les sujets durant la maladie en cours.

Ces quelques exemples sont assez suggestifs pour prêter à réflexion.

Au début de ce travail, j'ai fait allusion à des cas où la suppression de toute alimentation buccale est la règle; je choisirai deux types principaux : les vomissements incoercibles de la grossesse et l'ulcère de l'estomac.

Dans une communication sur cette variété de vomissements faite à la Société de thérapeutique, le 11 novembre 1925, j'ai montré que les vomissements de la grossesse sont très souvent liés à l'aérophagie; j'ai prouvé que l'alimentation rectale classique en pareils cas (goutte à goutte, lavements alimentaires) facilite l'aérophagie et la fait durer.

En effet, l'aérophagie est entretenue par les spasmes que le lavement détermine sur tout le tractus digestif et par ce mécanisme peu discutable, la suppression de l'alimentation buccale fait durer la maladie.

A l'appui de ces notions, il est bon de rappeler ce qui se passe chez le nourrisson, vomisseur et aérophage, dont les vomissements cessent dès qu'on accroît la ration lactée que les vomissements avaient conduit à diminuer.

Je n'insisterai pas sur ces points particuliers, car ma communication de l'an passé a suffisamment précisé tous ces points.

La suppression de toute alimentation buccale trop prolongée chez les porteurs d'ulcus gastriques semble retarder la cicatrisation de la lésion.

Alors même qu'il y a eu hémorragie, l'inanition paraît nuisible.

Nous savons que les perforations intestinales étaient plus fréquentes chez les typhiques, non ali-

mentés dans le passé, que chez ces malades alimentés au cours de la maladie.

Nous savons qu'un blessé mal nourri cicatrisera moins vite ses plaies qu'un blessé alimenté comme il convient.

Or, la réparation d'une plaie gastrique n'échappe pas aux lois qui président à la réparation des plaies, en général.

On objectera que l'aliment en passant sur la lésion est susceptible de l'irriter. Mais l'estomac vide est le siège de mouvements identiques à ceux de l'estomac qui renferme des aliments.

Est-il nécessaire de faire observer que le suc gastrique, fixé sur l'aliment, sera moins nocif que le suc gastrique libre dont la sécrétion n'est pas interrompue?

Est-il nécessaire de dire, enfin, que la « mise au repos d'un viscère » n'est peut-être qu'une vue de l'esprit? car le malade continue à déglutir sa salive.

Quoi qu'il en soit, sans qu'il y ait lieu de multiplier les exemples et les arguments, l'observation clinique faisant table rase des théories, démontre que tout malade doit être alimenté et qu'insister sur cette nécessité est un des rôles essentiels du médecin.

Savoir qu'une alimentation suffisante est fournie à un malade aide parfois au diagnostic dans des cas complexes où les procédés usuels de diagnostic, procédés cliniques, chimiques et radiologiques ne tranchent pas la difficulté.

Nous avons tous hésité, dans certains cas particulièrement difficiles, entre le diagnostic d'ulcus et de cancer gastriques.

S'il est démontré que l'alimentation est suffisante, l'amaigrissement du malade devient un élément de diagnostic précieux.

Si l'on ignore la qualité et la quantité des aliments absorbés, on attribue trop souvent à la nature du mal ce qui n'est déterminé que par une alimentation insuffisante.

Un malade a une entérite chronique; il a considérablement maigri et le médecin alarmé redoute une tuberculose intestinale. L'alimentation insuffisamment surveillée est très réduite. Réalimentez convenablement le malade; son poids se relèvera peu à peu et vous serez ainsi fixés sur la non malignité de la cause de cette entérite.

Dans les deux exemples choisis, les variations du poids, en présence d'une alimentation suffisante, deviennent, sans aucun doute, un des éléments de diagnostic le plus important et le plus précis.

Alimenter les malades n'est pas toujours tâche facile : l'anorexie, les difficultés mécaniques de la déglutition (coma) sont souvent des obstacles. Ils ne sont jamais invincibles.

Cette alimentation ne sera jamais très abondante; elle sera simplement suffisante. Si elle atteint un millier de calories, durant quelques jours, puis 1200, 1500, 1600 calories dans la suite, elle peut être considérée comme suffisante dans les périodes d'alimentation difficile.

N'ai-je pas montré ici qu'une ration de 1600 calories m'avait suffi pour engraisser un malade de 15 kilogrammes?

Cette alimentation sera d'abord purement lactée et souvent constituée par du lait, coupé d'eau et d'infusions. Un litre de lait sucré, puis un litre et quart, un litre et demi sera une dose à ne pas dépasser.

Ce lait sera parfumé de café, de caramel, d'oranger, si les malades ont de la répulsion pour le lait pur.

Peu à peu, les potages au lait, les œufs dont la génération médicale actuelle a une peur qui ne s'explique, ni ne se justifie, les purées de pomme de terre, les pâtes, le riz, les entremets à la semoule, au tapioca, les fromages feront les frais de cette alimentation, jusqu'au jour où la viande, le poisson bouilli, d'autres légumes seront successivement ajoutés à la ration alimentaire.

Cette technique alimentaire est toujours réalisable, toujours utilisable. Le doigté convenable pour la manier s'acquiert sans peine.

Je rendrai service aux médecins et aux malades, si je parviens à convaincre les premiers que ces données basées sur une longue expérience sont à l'origine de grandes satisfactions thérapeutiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1927)

Les phénomènes d'adsorption du rose bengale dans le milieu sanguin. — MM. Noël FIESSINGER, Henry WALTER et H.-R. OLIVIER font une étude expérimentale de l'adsorption du rose bengale par les protéines du plasma et par les protéines globulaires. Cette adsorption est négligeable et ne peut être évaluée. L'adjonction au sang de sérum ictérique, d'acides biliaires ou d'oléate de soude ne trouble pas le mode de répartition du colorant et n'altère pas la chromoscopie sanguine.

Évolution des éléments du pancréas après la résection de ses canaux déférents. — M. Ed. RETTERER. M. S. Voronoff a réséqué les canaux excréteurs du pancréas à un chien qui, au bout de sept mois, n'avait plus qu'un reliquat pancréatique de 4 grammes. Le poids du corps du chien avait augmenté d'un kilogramme et pendant cette longue survie, il n'y a pas eu de glycosurie.

Le centre du reliquat pancréatique avait des acini pleins deux fois plus épais que sur le chien normal, et, dans les cellules externes qui les revêtaient, on en voyait beaucoup qui possédaient deux noyaux vésiculeux à nucléole caractéristique. Le centre des acini était occupé par des cellules étoilées. Dans la portion effilée ou queue du reliquat, les acini étaient en train de se transformer en follicules clos (cercles concentriques de cellules étoilées). A la périphérie du corps du reliquat, les acini évoluaient en tissu réticulé. Ilots très rares (2 ou 3 sur des milliers de coupes).

Conclusion. — Les cellules épithéliales des acini ainsi que le tissu réticulé dans lequel elles se transforment ont présidé au bon emploi et à l'utilisation des hydrates de carbone.

Sur les conditions de milieu qui influencent la production de la toxine tétanique. — MM. A. BERTHELOT, G. RAMON et Mlle AMOUREUX montrent que c'est la réaction initiale pH = 6,7 qui convient le mieux pour la production de toxine en bouillon de veau peptoné. Cette production de toxine est meilleure et la valeur antigène plus élevée si l'on ajoute au milieu des mélanges de glucose, de pyruvate, de sodium et de phosphate acide de potassium en proportions convenables. Dans ces conditions le pH de départ est abaissé entre 5,5 et 5 et les cultures évoluent dans la zone acide. De même, des cultures en bouillon additionné de 75 p. 1000 de tapioca, donnent une toxine ayant une valeur élevée.

Production d'anatoxine tétanique par culture du bacille tétanique en bouillon bilié. — MM. G. RAMON, A. BERTHELOT, E. GRASSET et Mlle AMOUREUX ont cultivé le bacille tétanique en bouillon bilié. Si la bile est ajoutée au bouillon en proportions convenables, si la durée du séjour de la culture à l'étuve est bien réglée, on obtient un filtrat qui possède les caractères fondamentaux — innocuité, pouvoir floculant et valeur antigène, stabilité — des anatoxines. Au cours de la culture en bouillon bilié il y a transformation en quelque sorte

spontanée de la toxine en anatoxine. En présence de ces résultats il est permis de se demander si des bacilles très toxigènes peuvent par de nombreux passages sur milieux biliés devenir anatoxigènes.

Les éléments filtrables de l'ultravirus tuberculeux dans les urines des sujets atteints de tuberculose rénale. — M. Nélis a filtré sur bougies Chamberland L2 des urines bacillifères provenant de tuberculeux rénaux, et, par inoculation au cobaye, a montré que ces urines présentaient des éléments virulents filtrables à travers les bougies poreuses.

Étude graphique de la pression du liquide céphalo-rachidien dans l'espace sous-arachnoïdien. — MM. Tzanck et Paul Renault présentent une méthode permettant l'étude graphique de la pression du liquide céphalo-rachidien ; pour cela ils relient l'aiguille servant à la ponction lombaire au distributeur à trois voies de l'appareil de Tzanck. Ils peuvent ainsi noter la pression du liquide après chaque centimètre cube retiré et construire une courbe traduisant ces variations, l'intérêt de cette méthode est double. Elle permet par l'enregistrement constant de la pression de se mettre à l'abri de multiples causes d'erreurs. Elle permet par l'étude de la courbe elle-même de tirer des conclusions utiles au diagnostic : une chute rapide de la courbe traduisant en général un cloisonnement des espaces sous-arachnoïdiens, une chute lente de celle-ci traduisant, au contraire, une distension des espaces sous-arachnoïdiens, telle qu'ils ont pu l'observer au cours d'une méningite tuberculeuse.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA PROPRIÉTÉ COMMERCIALE (1)

LOI DU 30 JUIN 1926

Droit de reprise du propriétaire.

La loi a reconnu au locataire le droit au renouvellement de son bail, lorsqu'il s'agit d'une location commerciale ou industrielle. C'est un droit nouveau ; mais il y est apporté par la loi elle-même une restriction très importante : le propriétaire est autorisé à reprendre possession de son immeuble dans des conditions déterminées. Le droit au renouvellement n'est donc pas absolu ; bien plus, il peut ne pas être exercé, si telle est la volonté du propriétaire qui, il est vrai, peut avoir à payer des dommages-intérêts éventuellement.

La reprise par le propriétaire se produit dans les cas suivants :

1° Reprise pour habitation bourgeoise. — L'article 5 de la loi dispose que le propriétaire peut refuser tout renouvellement du bail, lorsqu'il reprendra les lieux loués soit pour les occuper personnellement et effectivement, soit pour les faire occuper par son conjoint, ses descendants, ses ascendants ou leurs conjoints.

2° Reprise dans le but de construire. — Le propriétaire a le droit de refuser tout renouvellement du bail, sans devoir aucune indemnité, lorsqu'il voudra reprendre, dans le but de construire des immeubles à usage principal d'habitation ou des constructions ayant le caractère d'utilité générale, tout ou partie des terrains loués nus précédemment, même s'il y a été établi des logements pour gardiens ou des installations pour l'exploitation des dits terrains.

3° Reprise pour affectation industrielle ou commerciale. — La reprise par le propriétaire de son immeuble peut avoir lieu en vue d'une affectation commerciale ou industrielle ; ce droit de reprise s'exerce au profit du propriétaire, de son conjoint, de ses descendants et des conjoints de ceux-ci.

Dans le cas ainsi prévu par la loi, l'article 7 accorde au locataire évincé une indemnité : « dans le cas où il exerce la reprise des locaux pour un usage commercial ou industriel, sans être tenu à l'indemnité prévue par l'article 4, le propriétaire devra, à moins qu'il ne préfère demander la remise des locaux en l'état où ils étaient lors de l'entrée en jouissance, payer au locataire sortant une indemnité à concurrence du profit qu'il aura retiré de la plus-value apportée par lui à la valeur locative de l'immeuble, par suite des aménagements effectués si, d'après le bail, ceux-ci ne deviennent pas la propriété du bailleur, sans que cette indemnité puisse dépasser le prix de la main-d'œuvre et la valeur des matériaux employés. »

4° Reprise par un propriétaire déjà établi. — Si le local a été acquis par un commerçant ou un industriel déjà établi, en vue d'agrandir les locaux où il exerce son commerce, ou de fonder une succursale, le locataire sortant a droit à l'indemnité prévue par l'article 4, même en cas de reconstruction de l'immeuble.

Ce que la loi envisage, c'est le cas où le propriétaire, possédant déjà un local dans son immeuble, veut étendre son commerce ou son industrie, ou bien créer une succursale. Une indemnité sera payée dans ce cas et elle sera égale au préjudice causé.

5° Reprise par celui qui est propriétaire de l'immeuble et du fonds de commerce qui y est exploité. — La loi envisage le cas du propriétaire qui a créé dans son propre immeuble un fonds de commerce, et qui a loué le tout par un seul et même bail. L'article 6 permet la reprise ; s'il n'y a pas renouvellement de bail, le propriétaire ne devra d'indemnité au locataire qui aura continué le commerce déjà existant que dans la mesure fixée à l'article 7, c'est-à-dire l'indemnité de plus-value qui est prévue au paragraphe 2 ci-dessus. Le propriétaire ne doit pas l'indemnité d'éviction pour le fonds, parce que ce fonds n'appartient pas au locataire.

6° Reprise par le propriétaire qui exerce un commerce ou une industrie similaire. — Si, dans un délai de cinq ans qui suivent l'expiration du bail, dispose l'article 8, l'immeuble est occupé par un commerce ou une industrie similaire, et que le nouvel occupant tire un avantage appréciable de l'accroissement de clientèle ou d'achalandage créés ou acquis par le locataire sortant, celui-ci pourra agir contre le nouvel occupant en indemnité, à concurrence de son enrichissement. Cette action se cumulera, s'il y a lieu, avec celle de l'article 4.

L'article 8 tend à garantir le locataire contre l'expropriation dont il pourrait être l'objet de la part d'un propriétaire qui voudrait s'emparer de son fonds de commerce ou de sa clientèle, soit pour l'exploiter lui-même, soit pour la revendre. Deux indemnités sont prévues : indemnité dite d'enrichissement et indemnité d'éviction.

L'article 5 prévoit un cas tout particulier : le propriétaire peut n'avoir exercé la reprise du local que dans le but de faire fraude aux droits du locataire ; le locataire, si ce fait venait à être établi, a droit à l'indemnité d'éviction.

Au cours des débats parlementaires, on a cité comme exemple le cas d'un propriétaire qui ferait l'acquisition d'un immeuble uniquement pour faire disparaître le fonds de commerce qu'y exploite un concurrent. Mais ce que la loi a eu surtout en vue, et elle l'indique, c'est d'éviter l'expropriation du locataire par des individus ou des sociétés qui achèteraient des immeubles pour les démolir, et spéculer sur les loyers.

Procédure. — La loi a décidé que le propriétaire qui veut exercer le droit de reprise devra donner préavis par acte extrajudiciaire au locataire occupant dans le délai de trois mois à partir de la demande en renouvellement.

Un préavis de six mois devra également être donné au locataire dans le cas où le propriétaire, prouvant que l'immeuble menace ruine ou est insalubre, veut le reconstruire ou le transformer (art. 5).

Telle est la loi que l'on a appelée communément « loi sur la propriété commerciale ». Elle crée un droit nouveau au profit du locataire, mais dans des conditions telles que le bénéfice qu'a pu espérer celui-ci se trouve singulièrement limité par le le droit de reprise du propriétaire. Il résulte de l'économie de la loi que celui-ci peut refuser le renouvellement du bail, en payant dans certains cas une indemnité ; il est donc le maître ; et le droit du locataire se résoud dans la réalité en une indemnité éventuelle. Le preneur n'a qu'un droit purement personnel, c'est-à-dire un droit de créance ; il n'a pas un droit

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 102, p. 1658, et 1927, n° 5, p. 75.

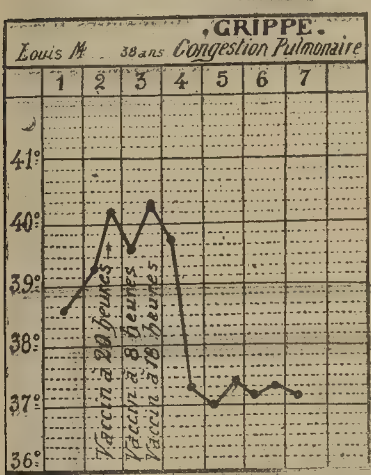
Traitement des Affections pulmonaires aiguës et chroniques de l'Appareil respiratoire

PAR LES VACCINS DU PROFESSEUR MINET

ASTHME - EMPHYSÈME - PNEUMONIE - BRONCHO-PNEUMONIE - GRIPPE et complications grippales : OTITES, MASTOIDITES, SINUSITES

Ces Vaccins établis sur des données scientifiques nouvelles sont des VACCINS ADAPTÉS, c'est-à-dire des Vaccins qui ont été créés à l'aide de souches microbiennes multiples provenant de l'expectoration de nombreux malades; ils sont par conséquent polyvalents. D'autre part, ils doivent une activité toute particulière à leur mode de préparation qui est tout à fait spécial.

Le VACCIN ANTIGRIPPAL donne des résultats heureux dans toutes les formes de la grippe, qu'elle soit grave ou bénigne; le pourcentage de guérisons dépasse 90 p. 100. Le Vaccin antigrippal Minet est employé à TITRE PRÉVENTIF de la grippe, une injection répétée pendant 2 ou 3 jours consécutifs modifiant le terrain.



En présence d'une grippe sérieuse, avec ou sans localisations pulmonaires injecter une à deux ampoules par jour en se guidant sur la courbe de température. Le Vaccin antigrippal jugule très rapidement les complications grippales : otites, mastoïdites, sinusites, pleurésies, etc..., il agit même quand de la purulence s'est manifestée. Nous insistons tout particulièrement sur le traitement des otites inflammatoires ou purulentes, dont l'injection sous-cutanée de vaccin a arrêté complètement l'évolution en empêchant la production de leurs complications habituelles.

Le Vaccin ANTIPNEUMONIQUE donne dans tous les cas de pneumonie, aussi bien dans la broncho-pneumonie infantile que dans la pneumonie franche de l'adulte et dans la broncho-pneumonie des vieillards, la guérison dans la presque totalité des cas. Injecté préventivement lors des opérations, il préserve des complications pulmonaires postopératoires.

Le VACCIN ANTIASTHMATIQUE, préparé selon les mêmes méthodes, amène d'après le Professeur MINET la guérison dans le tiers des cas traités et une très grande amélioration dans un autre tiers. Son emploi est donc des plus intéressants.

Tous ces résultats ont été consignés dans une série de Communications faites par le Professeur MINET à la Société médicale des Hôpitaux de Paris et ont été vérifiés en France depuis plus de cinq ans par un grand nombre de cliniciens français.

Ces Vaccins présentent le grand avantage de ne jamais amener d'accidents. Leur conservation est indéfinie.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

Laboratoire « STENE », 4, Place des Vosges, à PARIS, 4e

Adresse télégraphique : LABOGONIN, Paris. — Tél.: ARCHIVES 41-65

réel, c'est-à-dire un droit sur la chose du propriétaire qui peut le faire expulser. Est-ce là la réalisation de ses espoirs? Evidemment non; il semble que beaucoup ont été déçus lorsque la loi a vu définitivement le jour.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CONGRÈS

CONGRÈS DE L'ARTHRITISME A VITTEL (5 et 6 juin 1927, Pentecôte). — Sous la présidence de M. le professeur P. Carnot, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, un Congrès de l'arthritisme, organisé sous les auspices de la Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy et de l'Est et de la Société de médecine de Vittel, se réunira à Vittel les 5 et 6 juin 1927 (Pentecôte).

Rapports. — « La conception moderne de l'arthritisme, maladie précipitante. » Rapporteur : M. le professeur agrégé Loeper (de Paris).

« Foie et arthritisme. » Rapporteur : M. le professeur Perrin (de Nancy).

« Rein et arthritisme. » Rapporteur : M. le professeur Merklen (de Strasbourg).

« Appareil circulatoire et arthritisme. » Rapporteur : M. le professeur agrégé Doumer (de Lille).

« Arthritisme infantile et son traitement. » Rapporteur : M. le professeur Mouriquand (de Lyon).

« Les régimes chez les arthritiques. » Rapporteur : M. le professeur Marcel Labbé (de Paris).

« La cure de diurèse et les adjuvants de la cure, » Rapporteur : M. le professeur Castaigne (de Paris et de Clermont-Ferrand).

Les adhésions seront reçues jusqu'au 1er mai, dernier délai imposé en raison : 1° du temps nécessaire pour l'envoi des rapports avant le Congrès; 2° des demandes de billets de transport à tarif réduit.

Cotisations : 25 fr. pour les membres adhérents; 10 fr. pour les membres associés (internes, externes, étudiants et membres de la famille accompagnant les adhérents).

Les membres adhérents et associés recevront le texte des rapports et des communications ou un résumé de celles-ci fait par leurs auteurs.

Les communications (sur l'arthritisme seulement) devront être succinctes, ne pas dépasser 125 lignes de texte à 43 lettres par ligne, être dactylographiées, lues par l'auteur et remises en séance, corrigées très lisiblement et *ne varietur*, les épreuves ne pouvant être envoyées à correction aux auteurs.

Un résumé, en 30 lignes, de celles ayant trait aux questions rapportées pourra être inséré dans le fascicule contenant les rapports, qui sera envoyé avant le Congrès.

Les inscriptions pour communications et les résumés ci-dessus seront reçus jusqu'au 31 mars 1927 avec leurs titres exacts, pour être annoncés ou imprimés, au docteur M. Boigey, secrétaire général du Congrès, 81, rue Frère, à Bordeaux.

Toute la correspondance administrative (demandes d'inscription au Congrès et de renseignements divers, cotisations, conditions d'installation et séjour à Vittel, excursions, s'il y a lieu, etc.), sera adressée à M. Renard, Société générale des Eaux, à Vittel (Vosges).



NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC, COMPLICATIONS DE LA GRIPPE

I. Définition. — On désigne sous le nom de grippe, une maladie infectieuse, épidémique, essentiellement caractérisée par : la *fièvre*, la *courbature*, la *dépression générale*, et les *complications pleuro-pulmonaires*, qui en font une affection souvent redoutable.

II. Considérations épidémiologiques et étiologiques. — Connue du temps d'Hippocrate, la grippe a réalisé au cours des âges, dans tous les pays, de véritables *pandémies*. Parmi les plus récentes et les plus meurtrières, il faut citer celle de 1889 et de 1918.

La *contagiosité* de la grippe est très grande, il s'agit de contagiosité directe d'individu à individu, par l'air et surtout par des gouttelettes de salive.

Les grands mouvements de population, l'encombrement, favorisent le développement des épidémies et des formes graves (1918).

Les saisons froides et humides, les variations thermiques, jouent un rôle dans l'apparition des grippes *sporadiques*; par contre, les grandes pandémies grippales semblent indépendantes de ces facteurs.

La grippe frappe tous les âges, mais surtout les adultes au-dessous de quarante ans, les adolescents, les femmes jeunes. Les vieillards sont souvent épargnés, parce que, le plus souvent, ils jouissent d'une immunité relative conférée par une atteinte antérieure; les nourrissons semblent être particulièrement réfractaires.

Les microbes les plus divers ont été décrits comme agents spécifiques de la grippe. Les plus fréquemment rencontrés sont : le *Bacille de Pfeiffer*, le *pneumocoque*, le *streptocoque* (souvent du type hémolytique).

Bien que certains auteurs aient voulu les considérer comme agents déterminants, le plus souvent, ils jouent le rôle des « microbes de sortie », agents des infections secondaires et des complications. D'après des recherches de Nicolle et Bailly il semble que la grippe relève d'un *virus filtrant*.

ETUDE CLINIQUE

L'*incubation* est courte.

Le *début* se fait brusquement par des frissonnements, un état de malaise plus ou moins accusé de courbature annonçant la fièvre qui atteint d'emblée 39 à 40 degrés. Dans l'ensemble, la grippe est caractérisée par un ensemble de signes fonctionnels, nerveux, digestifs, respiratoires, contrastant avec le peu de signes physiques révélés par l'examen du malade.

Signes fonctionnels. — *a*. **Nerveux.** — L'*asthénie* est considérable et la *lassitude* très grande et le malade est incapable de faire le moindre effort.

Il se plaint de douleurs multiples et mobiles dans les différentes parties du corps.

Il existe un état de profonde *dépression* physique et intellectuelle.

b. **Digestifs.** — L'anorexie est complète, la constipation fréquente et souvent même opiniâtre.

Dans certains cas, on note des vomissements.

c. **Respiratoires.** — Ils consistent en larmoiement, éternuements, écoulement nasal, sensation de picotements au niveau du larynx, toux quinteuse, sèche, pénible.

Signes physiques. — L'examen du malade le montre *prostré*, photophobique, souvent couché en chien de fusil, présentant de la congestion et du gonflement de la face. Il ne crache pas ou peu.

L'examen de la gorge montre de la rougeur des piliers et des amydales.

Ces dernières sont parfois recouvertes d'un enduit pultacé.

La langue est saburrale, son aspect peut être caractéristique. Elle est légèrement étalée, humide, lisse, unie, blanchâtre, un peu bleutée; elle semble recouverte d'un mince enduit d'émail blanc bleuté réalisant l'aspect de la *langue porcelaine*.

L'examen des poumons révèle des râles ronflants et sibilants de bronchite.

Le foie est normal, ainsi que la rate. Pour certains auteurs (Potain, J. Teissier), elle serait hypertrophiée.

Les *urines* sont diminuées de volume, la recherche de l'albumine est souvent positive.

On ne trouve rien au cœur, mais le pouls est *instable*, *irrégulier*, parfois dissocié d'avec la température; dans certains cas, il existe de la bradycardie.

La tension artérielle est normale dans les formes bénignes; dans les formes graves, elle est toujours abaissée.

L'examen de la courbe thermique du malade ne fournit pas, en général, des renseignements très caractéristiques. Les courbes thermiques sont des plus variables. Irrégulière dans l'ensemble, la température peut ne pas dépasser 39 degrés dans les formes légères, mais atteindre, dans certains cas, 40 ou 41. On peut néanmoins isoler différents types :

a. **Le plateau grippal** se terminant par une chute en lysis.

b. **Le plateau grippal** s'abaissant brusquement en même temps qu'apparaissent des sueurs et une polyurie critique.

c. **La courbe en V** caractérisée par une ascension thermique brusque avec une défervescence survenant le troisième ou quatrième jour suivie d'une reprise. Cette courbe, pour certains auteurs, serait pathognomonique de l'infection grippale.

d. **Des poussées fébriles successives**, séparées par des périodes d'apyrexie relatives ou complètes.

Enfin, l'absence de fièvre est signalée par Potain, J. Tessier.

L'examen du sang montre de la leucocytose avec polynucléose.

ÉVOLUTION

La durée de la grippe est des plus variables.

Dans les formes simples, elle est de trois à cinq jours seulement. Quand aucune complication n'est survenue, tout rentre dans l'ordre; la température baisse, les phénomènes douloureux s'amendent, les urines augmentent, des sueurs apparaissent et le malade entre en convalescence. Si la maladie est brève, la convalescence est *longue* et *pénible*. Le malade reste longtemps *faible*, *déprimé*.

Formes cliniques. — 1° D'après la prédominance ou l'intensité de certains symptômes :

A. **Grippe à forme respiratoire.** — Elle est caractérisée par une exagération du catarrhe. Il existe une angine, de l'otalgie, des épistaxis parfois rebelles et des râles ronflants et sibilants dans la poitrine.

B. **Grippe à forme gastro-intestinale.** — Les troubles digestifs prédominent.

On peut, outre la fièvre, noter des vomissements, de la diarrhée, et selon l'intensité de tel ou tel symptôme la grippe pourra réaliser le tableau de l'embarras gastrique fébrile ou prendre le type de grippe à forme *typhoïde*, *cholérique*, ou *dysentérique*.

C. **Grippe nerveuse.** — Elle est caractérisée par l'exagération des phénomènes nerveux de la forme commune, se manifestant parfois dès le début même de l'affection (grippe apoplectiforme ou récidivante).

Dans d'autres cas, le retentissement de l'affection grippale sur le système nerveux se traduira par l'intensité de la céphalée, l'existence de signes méningés.

Certaines formes se caractériseront par du délire, d'autres par un état soporeux, une prostration complète.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


CACHETS "ROCHE"
DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0gr50
DE THIOCOL "ROCHE"
COMPRIMÉS ROCHE
DE
THIOCOL

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili. Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.

Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Nous donnons plus loin le texte de l'arrêté modifiant le règlement du concours des hôpitaux.

— Prix de l'internat. — *Médecine.* — *Erratum* : A l'épreuve orale M. Coffin a obtenu la note 18 et non 13.

Chirurgie. — *Epreuve orale.* — Séance du 22 janvier. — Questions données : « Calcanéum et astragale. — Coagulation du sang. — Abcès de la prostate. »

Questions restées dans l'urne : « Vaisseaux sanguins et lymphatiques de l'utérus. — Déglutition. — Tumeurs de la parotide. — La caisse du tympan. — Sucre pancréatique. — Pancréatite hémorragique. »

Lecture des copies. — MM. Iselin, 26; Banzet, 28; Meillière, 24; Ménégaux, 25.

Médaille d'or : M. Banzet, 74; médaille d'argent : M. Iselin, 72; accessit : M. Ménégaux, 69.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Notre excellent confrère le professeur Léopold Mayer, rédacteur en chef de *Bruxelles médical*, vient d'être nommé par le sultan du Maroc commandeur du Ouissam Allaouit.

Toutes nos bien sincères félicitations.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Le bureau de cette Société vient d'être reconstitué pour 1927 de la façon suivante :

Président : docteur F. Lemaître; vice-président : docteur M. Grivot; secrétaire général : docteur J. Rouget; trésorier : docteur A. Bloch; secrétaires annuels : docteurs Chatellier et Bouchet.

Au cours de la prochaine réunion qui aura lieu le mercredi 9 février, à l'hôpital Trousseau, à 10 heures, dans le service du docteur J. Rouget, une conférence sera faite par le docteur P.-E. Weil sur le sujet suivant : « A propos des hémorragies intéressant les oto-rhino-laryngologistes. »

ASILE DES CONVALESCENTS DE SAINT-MAURICE (SEINE). — Deux emplois d'internes stagiaires à l'Asile sont actuellement sans titulaires.

Traitement de 1927 : 3.000 francs par an, plus une indemnité pour l'asile Vacassy; avantages en nature, nourriture, logement, chauffage, éclairage, etc.

Les postulants sont invités à se présenter dans le moindre délai au secrétariat de l'Asile où tous renseignements complémentaires leur seront fournis.

ASILE DE DURY-LES-AMIENS. — Poste d'interne en médecine nouvellement créé à l'asile de Dury-les-Amiens, à pourvoir. Traitement de 3.600 à 5.000 francs, suivant aptitudes et inscriptions. Logement, npurriture et entretien.

NÉCROLOGIE. — C'est avec un profond regret que nous apprenons la mort du docteur Emile Pruvost, ancien interne des hôpitaux de Paris, directeur de l'enseignement à l'Association des dames françaises, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 84 ans. Nous prions son fils, le docteur Pierre Pruvost, médecin des hôpitaux de Paris, de recevoir l'expression de notre profonde et très affectueuse sympathie.

— Nous avons appris avec une douloureuse émotion la mort du docteur Paul Cornet, médecin en chef honoraire de la Préfecture de la Seine, secrétaire général de la rédaction du *Paris médical*, chevalier de la Légion d'honneur. Nous adressons à son fils le docteur Cornet (d'Amiens) et à la rédaction du *Paris médical* l'expression de nos très sincères condoléances.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Camille Thirionet (de Pont-à-Celles), Jean de Leval (d'Aubel), André Ponselle (de Paris) et de M. Lapie, recteur de l'Académie de Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Conférences d'obstétrique et de gynécologie. — Une

série de conférences publiques seront données au grand amphithéâtre, le jeudi soir, à 8 h. 45, pendant les mois de février et de mars 1927.

3 février. — M. Couvelaire, professeur de clinique obstétricale : Tuberculose pulmonaire et fonction de reproduction.

10 février. — M. Levant, accoucheur des hôpitaux : Les déviations pathologiques de l'utérus gravide.

17 février. — M. Brindeau, professeur de clinique obstétricale : Les myomectomies au cours de la puerpéralité.

24 février. — M. Abrami, agrégé, médecin des hôpitaux : Glycosurie et diabète pendant la gestation.

3 mars. — M. J.-L. Faure, professeur de clinique gynécologique : Le traitement du cancer de l'utérus.

10 mars. — M. Lévy-Solal, agrégé, accoucheur des hôpitaux : L'éclampsie.

17 mars. — M. Ecalle, agrégé, accoucheur des hôpitaux : L'inversion utérine puerpérale.

31 mars. — M. Jeannin, professeur de clinique obstétricale : Péritonites puerpérales.

Leçons sur la diphtérie. (Hôpital des Enfants-Malades.) — M. P. Lereboullet, agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le lundi 14 février 1927, à 10 h. du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de MM. Boulanger-Pilet et Gournay, anciens internes des hôpitaux, chefs de laboratoire, et de M. Pierrot, interne des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie, clinique de l'angine diphtérique et du croup, sérothérapie, tubage et trachéotomie, prophylaxie). Le cours sera complet en quinze jours.

Tous les matins : Visite, examen des malades.

Avant et après la visite : Leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de 12 à 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5), les lundis, mercredis et vendredis, de midi à 3 h. — Les élèves seront classés par séries de quinze. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

Conférence. — M. le docteur Cabanès fera le 12 février 1927, à 21 h., à la Sorbonne (amphithéâtre Richelieu), une conférence sur le sujet suivant : *La pluie et le beau temps d'après leurs rapports avec les événements politiques.*

DOCUMENTS OFFICIELS

Hôpitaux de Paris. — Concours des hôpitaux. — Les articles 200, 224 et 225 du règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 200. — Le nombre des places d'ophtalmologiste, d'oto-rhino-laryngologiste, de stomatologiste ou de pharmacien ne peut excéder trois pour chaque concours.

En ce qui concerne les médecins et les chirurgiens, il ne peut être ouvert par an qu'un seul concours d'admissibilité, en vue de pourvoir au nombre de places fixées par l'administration suivant les besoins, au début de chaque année, ce nombre étant déterminé pour les concours de chirurgiens des hôpitaux, dans les conditions fixées à l'article 225, paragraphes 5 et 6.

Art. 224. — Tout candidat inscrit à partir de la mise en vigueur du présent règlement, ne pourra prendre part au concours de chirurgien des hôpitaux que pendant dix ans, à compter du jour de sa première inscription.

Art. 225. — Les épreuves du concours pour les places de chirurgiens des hôpitaux comprennent des épreuves d'admissibilité et des épreuves de nomination jugées chacune par un jury distinct.

Le jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité comprendra sept chirurgiens; celui chargé de juger les épreuves de nomination est composé de sept membres, dont six chirurgiens et un médecin; ils sont pris parmi les chirurgiens et médecins-chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les chirurgiens et médecins des hôpitaux non encore titularisés comme chefs de service, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

A moins que l'Administration n'ait en sa possession, avant le tirage au sort du jury, une demande régulière de congé de maladie, tout chirurgien chef de service ou des hôpitaux qui ne pourra accepter de faire partie du jury, chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours pour lequel le sort l'a désigné, n'aura pas son nom mis dans l'urne pour le tirage au sort du jury de nomination pendant deux années consécutives.

Les membres du jury du concours d'admissibilité ne pourront faire partie du jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours suivant. Toutefois, leurs noms seront remis dans l'urne pour le tirage au sort du jury de nomination.

Le jury de sept membres ne peut procéder qu'à la nomination de deux chirurgiens des hôpitaux.

S'il y a lieu de pourvoir dans l'année à la nomination des deux premiers chirurgiens des hôpitaux, aussitôt après la nomination des deux premiers chirurgiens, un nouveau jury sera constitué devant lequel passeront tous les admissibles.

Tout chirurgien ou médecin ayant fait partie d'un jury de nomination n'aura pas son nom mis dans l'urne pour le tirage au sort d'un jury de même nature pendant deux années consécutives.

Il pourra toutefois faire partie du jury du concours d'admissibilité suivant, à moins qu'il ne se trouve récusé par les dispositions du paragraphe 4, alinéa 1er du présent article.

Art. 225 bis. — Épreuves d'admissibilité. — Les épreuves d'admissibilité du concours de chirurgien des hôpitaux sont réglées comme suit :

1° *Une composition écrite anonyme sur un sujet d'anatomie et de pathologie chirurgicales.* — Il sera accordé trois heures pour cette composition.

Les compositions devront être écrites à l'encre et ne porter ni signature, ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux.

La lecture des copies sera faite par un interne des hôpitaux désigné par l'Administration durant le temps dont le jury disposera pendant les épreuves de consultations écrites anonymes : (temps employé par les candidats pour l'examen des malades et la rédaction de leur consultation écrite anonyme).

Les copies seront numérotées dans l'ordre des lectures. En aucun cas, les membres du jury ne prendront en main les copies des candidats. A cet effet, les lecteurs se tiendront à leur disposition jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance, les notes sont votées après délibération et inscrites en toutes lettres au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'Administration.

(*Voir la suite, p. 151.*)

REVUE GÉNÉRALE

LES SCLÉRODERMIES[1]

T. LAENNEC et J. DELARUE

Internes des hôpitaux de Paris.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions fondamentales de la sclérodermie siègent, bien entendu, au niveau de la peau, des vaisseaux et nerfs inclus dans le tissu cellulaire sous-cutané et des organes sous-jacents.

Les lésions des autres organes, qui ont été observées au cours des différentes autopsies, sont inconstantes. Elles ont surtout servi de base aux différentes théories pathogéniques que nous étudierons plus tard.

Dans un premier stade, alors que la sclérodermie est à son début ou à la *limite d'une plaque sclérodermique extensive*, on observe déjà un certain envahissement du derme par le tissu conjonctif et des amas de cellules rondes, du type lymphocytaire ou fusiforme [Alquier et Touchard (1), Achard]. Elles sont parfois en amas isolés, parfois disposées en manchons périvasculaires. C'est là un témoin (Achard) du processus inflammatoire. Rasmüssen (2) et Hébra avaient pris ces cellules périvasculaires pour des cellules lymphoïdes gorgeant des vaisseaux lymphatiques dilatés.

A un stade plus avancé, les lésions sont constituées, et la coupe d'un fragment de peau, prélevé par biopsie, montre tout d'abord une hypertrophie considérable du tissu conjonctif du derme et de l'hypoderme. Cette *dermosclérose* s'étend aux couches sous-papillaires et papillaires du derme. Elle y forme un feutrage épais de faisceaux conjonctifs élargis; les fibres peuvent être normales ou granuleuses et réfringentes. Les fibres élastiques, les fibres musculaires lisses participent parfois à l'hypertrophie; le derme est considérablement épaissi.

L'*épiderme* est généralement atrophié, parfois kératinisé et épaissi; on peut y trouver même de petits amas cellulaires. Les glandes et les follicules pilo-sébacés sont atrophiés au point de disparaître complètement. Les gaines épithéliales du follicule pileux ont disparu, tandis que les gaines conjonctives sont épaissies [Matsui (3)].

Les dépôts de **pigments** sont abondants dans le tissu conjonctif du derme et surtout à la limite de l'épiderme et du derme. A cette pigmentation très exagérée fait place souvent dans les aires de sclérose cicatricielle de la leucodermie (Matsui).

On voit parfois se déposer dans la peau à un stade assez avancé de la maladie des cristaux de phosphate ou de carbonate de chaux qui peuvent s'agglomérer et former de véritables nodules capables de s'abcéder, comme on en observe dans l'affection décrite sous le nom de syndrome de Profichet; ce syndrome serait d'ailleurs une variante symptomatique de la sclérodermie [Bertolotti (4), Guelpa (5), Thibierge, Spillmann et Weissenbach (4)].

Le *tissu cellulaire sous-cutané* est diminué d'épaisseur, aplati et envahi de tissu fibreux. Il participe à la sclérose; on peut y retrouver sur les coupes de nombreux amas cellulaires comme dans le derme.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 7, p. 109.

On conçoit que dans cette sclérose envahissante de la peau les organes qui s'y trouvent, vaisseaux et nerfs, soient touchés; les lésions qu'ils présentent ont fait l'objet de nombreuses études.

Les **artérioles** participent très rapidement à la sclérose. Après le stade d'infiltration cellulaire périvasculaire la paroi elle-même du vaisseau est lésée. D'après Vidal (6), Méry (7), Dinkler (8), il s'agit d'un anneau de péri-artérite avec tuméfaction de l'endothélium dans la lumière du vaisseau thrombosé. On a constaté plus récemment des lésions englobant à la fois les trois tuniques des artérioles : infiltration par de petites cellules qui sont probablement des cellules conjonctives jeunes (Achard); épaississement hypertrophique de la musculature de la tunique moyenne; épaississement fibreux de la tunique interne.

Ces artérioles peuvent être parfois complètement oblitérées. Touchard l'a constaté rarement, et seulement dans les zones où la sclérose était extrêmement intense et ancienne. Crooker, Goldschmidt, Arnozan (9) l'ont signalé même en dehors d'une sclérose très accentuée, et même dans la morphée avec fluxion collatérale au niveau de la zone de l'anneau lilas. Parfois cette artérite peut complètement manquer (Darier, Goldschmidt).

Les **veines** peuvent être également touchées : lésions de phlébosclérose plus ou moins intenses avec hypertrophie des tuniques; il est tout à fait exceptionnel de rencontrer des oblitérations de la lumière de la veine.

Les **nerfs** sont toujours atteints. « L'absence d'altération nerveuse, disaient Thomas et Leredde (10), dans des tissus aussi profondément altérés, serait incompréhensible »; au contraire de l'opinion de Lagrange (11) et de Bouttier (12) il semble que les filets nerveux périphériques ne sont atteints que secondairement, étouffés dans la sclérose, puis atteints de lésions dégénératives, discrètes d'ailleurs et seulement au niveau de la sclérose (Darier). Il semble de même, que les troncs nerveux situés au niveau des *bandes* de sclérodermie le sont par le processus de sclérose envahissante locale.

Les **muscles** participent aux lésions. Cette myosclérose, étudiée par Méry, débutant pour Touchard d'abord autour des vaisseaux, se manifeste avant tout par une atrophie assez considérable, parfois énorme faisant penser à la lèpre nerveuse [Chenet et Jumentié (13)]. Puis la myosclérose progresse, et peut même aboutir à la calcification des tendons (Bertolotti).

Mais les atrophies et scléroses musculaires se retrouvent parfois en des points plus ou moins éloignés de la lésion dermique. C'est ainsi : qu'on a signalé des sclérodermies associées à de véritables myopathies [Gilbert Ballet et Delherm (14), H. Roger (15)]; qu'on a vu des sclérodermies associées à une hémiatrophie faciale [Pierre Kahn et Barück (16)], à une déviation du regard par myosclérose des muscles moteurs du globe oculaire (Raymond et Guillain).

Le **squelette** participe également au processus pathologique. Nous avons vu, au cours de l'étude clinique, comment la radiographie pouvait en déceler les lésions.

Enfin dans les **viscères** des zones de sclérose ont été signalées un peu partout. Meyer a signalé

pour la première fois des scléroses rénales par îlots; mais c'est surtout dans les séreuses : péricarde, plèvres, synoviales articulaires, que les scléroses ont été constatées. Mais ne sont-ce pas là des séquelles d'une infection localisée (tuberculose, rhumatisme, syphilis).

En somme la lésion majeure de la sclérodermie est l'épaississement fibreux du derme. Les autres lésions sont inconstantes, variables surtout suivant le degré de la maladie et la forme envisagée. Qu'y a-t-il de commun par exemple entre la sclérodactylie à lésions profondes, mutilantes, avec ulcérations cutanées, et la plaque de morphée, qui est une atteinte presque exclusive du derme (Radcliffe Crocker)?

PATHOGÉNIE

Les lésions propres de la sclérodermie, les lésions trouvées en d'autres organes — centres nerveux, glandes endocrines — en même temps que les modalités cliniques des sclérodermies, leurs conditions d'apparition et leurs associations morbides ont servi à échafauder différentes théories pathogéniques.

Mais, « la part de l'hypothèse reste grande dans la pathogénie de la sclérodermie, et les théories invoquées restent limitées dans l'application, qu'on tente d'en faire à l'ensemble des cas observés » (Achard).

Nous ne ferons que signaler :

a. La théorie de Rasmüssen faisant de la sclérodermie la conséquence d'une stase lymphatique, reprise par Spiegler, Sawil et Green;

b. L'opinion de Rossbach, qui rattachait la sclérodermie à la maladie d'Addison à cause de la mélanodermie;

c. Enfin celle de Zambaco, après Grasset (1879) qui, se basant sur les lésions des nerfs périphériques, englobait dans une seule étiologie la lèpre, la maladie de Morvan et la sclérodactylie, celle-ci étant d'après lui une forme atténuée de la lèpre nerveuse.

Les autres théories ont plus d'importance. Ce sont les théories : nerveuse, vasculaire, endocrinienne et sympathique.

I. **Théorie nerveuse.** — Horteloup (1865), puis Lagrange et Bouttier pensent que la sclérodermie est due à une névrite périphérique. Raymond (1) Lancereaux, Brissaud (2) rattachent même les troubles vasculaires à un trouble trophique (Anangiotrophie) : La sclérodermie serait un trouble trophique de la peau.

Cette théorie nerveuse est surtout basée sur des *constatations anatomiques et cliniques*.

A. Anatomiques. — L'autopsie de certains malades, atteints de sclérodermie, a pu montrer des lésions médullaires : sclérose des cordons latéraux (Charcot et Luys), tabes (Méry), poliomyélite antérieure (Hellion), lésions péri-épendymaires [Arnozan A.P₉], cavités syringomyéliques [Jacquet et de Saint-Germain, Doumer et Mlle Alphand (3)], dégénérescence des racines antérieures (Schultze), myélite cavitaire (Jacquet).

De même on a pu constater la coexistence de sclérodermie et de spina bifida occulta (Queyrat, Léri et Engelhard), et la présence chez une malade atteinte de sclérodermie de lymphocytose rachidienne (Lortat-Jacob, Legrain et Beaudoin (5), Jeanselme et Touraine).

B. Faits cliniques. — Certains faits cliniques plaident aussi en faveur de l'hypothèse de lésions nerveuses : la distribution métamérique [Thibierge et Drouin (6)], la disposition des sclérodermies sur un territoire nerveux périphérique [Palmieri, Thibierge et Gastinel, etc... (voir Clinique)], la coexistence de troubles de la sensibilité exceptionnellement objectifs, mais surtout subjectifs (paresthésies, douleurs), la coexistence d'atrophies musculaires, d'hémi-atrophie faciale (Emminghaus, Lépine), et enfin les associations avec des affections du système nerveux [tabes, maladie de Parkinson (Luizetto)].

Mais les lésions des centres nerveux sont trop inconstantes, pour qu'on puisse leur attribuer un rôle certain dans la genèse de la sclérodermie, et d'ailleurs la sclérodermie ne peut pas être considérée comme un trouble trophique du tabes, ni de la syringomyélie, ni des scléroses médullaires, car elle se voit dans ces affections à titre tout à fait exceptionnel; quant aux lésions des nerfs périphériques elles sont probablement secondaires au processus de sclérose.

II. **Théorie vasculaire.** — Bazin faisait rentrer la sclérodermie dans l'artériosclérose. En 1875 Vidal, plus tard Méry, Dinkler ont remarqué des lésions d'artérite; nous avons suffisamment insisté sur elles au cours de l'étude des lésions de la sclérodermie. Nous avons vu que certains auteurs (Raymond, Alquier, Touchard) avaient étudié les lésions des artérioles en deux phases : l'une de début, l'autre plus tardive, dans laquelle on peut voir des oblitérations vasculaires. De plus le syndrome de Raynaud est fréquemment observé au début des sclérodermies, et surtout des sclérodermies des extrémités. Enfin le fait que la sclérodermie survient parfois aux points de pression (Kümerling) ou après traumatisme [Burnier (7)], serait en faveur de cette théorie pour expliquer la localisation. Cette théorie vasculaire expliquerait les scléroses viscérales, les myoscléroses, les altérations nerveuses.

Mais les phénomènes de syncope locale sont loin d'être constants (Brissaud); ils manquent même complètement dans certaines formes (sclérodermie diffuse, sclérodermie en plaques). Les phénomènes d'artérite peuvent manquer, comme nous l'avons vu, complètement (Darier, Marianelli, Goldschmidt), ce qui donnerait à penser que les lésions vasculaires sont secondaires et dépendantes du processus de sclérose locale.

Et d'ailleurs, si l'artérite est tout, pourquoi l'artério-capillarite fibreuse ne donne-t-elle pas de sclérodermie, pourquoi l'artérite de la sclérodermie engendre-t-elle des troubles trophiques tels qu'on n'en voit jamais survenir de semblables dans aucune forme d'artérite connue.

Enfin les phénomènes vasomoteurs observés n'ont-ils pas une origine nerveuse commune [« troubles angioneurotrophiques », Sawil (8)], ce qui nous ramènerait à la théorie précédente.

III. **Théorie endocrinienne.** — On n'a pas pu ne pas être frappé par la coexistence de la sclérodermie avec des syndromes endocriniens uni ou pluriglandulaires. La sclérodermie serait due à un trouble de fonctionnement d'une ou de plusieurs glandes endocrines. « A l'appui de cette théorie un peu vague » (Achard), on invoque des faits cliniques. Ce sont surtout des syndromes thyroïdiens qui ont été observés avec la sclérodermie :

1° Coexistence de sclérodermie avec maladie de Basedow [von Leube, Jeanselme, Raymond, Dupré et Guillain, Ziegel, Dubreuilh (9)].

2° Coexistence de sclérodermie avec hypothyroïdie ou atrophie du corps thyroïde [Singer, Arcongeli, James, Déhu, Claude Rose et Touchard, Chantemesse et Courcoux (10), Darier, Ferrand et Mlle Mircouche (11)].

3° Survenue d'une sclérodermie après une thyroïdectomie [Victor Pauchet (12)].

4° Diminution du métabolisme basal dans la sclérodermie [Louste et Le Clerc (13)].

5° Améliorations possibles par le traitement thyroïdien.

Mais la thyroïde n'a pas toujours été seule incriminée. La sclérodermie a pu coexister parfois avec des *troubles hypophysaires* : acromégalie, nanisme hypophysaire [Heimann-Hatri (14), Bénard et Coulaud (15)]. On a trouvé parfois des hypertrophies de l'hypophyse (Bertolotti).

La sclérodermie a pu coexister avec des *insuffisances surrénales*, avec *troubles ovariens* (troubles menstruels).

Enfin on a pu observer des cas, où il s'agit de *syndromes pluriglandulaires* associés à la sclérodermie.

Mais cette théorie ne peut être basée que sur des cas, qui ne sont pas très fréquents. L'étude des tests endocriniens chez les sclérodermiques ne donne aucun résultat probant (Froment, Vincent et Evaltier), et l'opothérapie commencée avec Lancereaux (iodothyrine) uni ou pluri-glandulaire, si elle a pu donner des succès, a compté de nombreux insuccès.

IV. **Théorie sympathique.** — Les bases en ont été jetées par Brissaud lorsqu'il a émis l'idée que les troubles vasculaires, qu'il y ait ou non une lésion thyroïdienne, pourraient avoir leur origine dans le troisième ganglion sympathique.

Un certain nombre de faits plaident en faveur de l'altération du sympathique :

1° La présence fréquente de mélanodermie associée à la sclérodermie, *mélanodermie* parfois à disposition métamérique (Balzer et Fouquet; Charvet et Carl; Laignel-Lavastine), témoigne de cette atteinte.

2° Les *troubes vasomoteurs* : syncope locale, acroparesthésie, érythromélalgie, syndrome de Raynaud. Ces « troubles angioneurotrophiques » de Sawil, peuvent être sous la dépendance d'un trouble de l'innervation vasculaire par le sympathique.

3° L'association de la sclérodermie, avec des maux perforants, douloureux, sans syphilis, ni diabète [F. Bezançon et Et. Bernard (17)], ou avec des maux perforants et une cataracte double précoce [Guillain, Alajouanine et Marquézy (18)], avec une hémiatrophie faciale, semble indiquer le rôle important joué par le sympathique.

De même, le fait que les sclérodermies sont souvent associées à un dysfonctionnement uni ou pluriglandulaire, est en faveur d'une altération de ce système sympathique, qui a des rapports si étroits avec les glandes à sécrétion interne.

Il n'est pas jusqu'aux lésions de la moelle — aux lésions périépendymaires citées par Arnozan — qui ne puissent être invoquées à l'appui de cette théorie.

Comme on le voit par l'étude de cette pathogénie, le domaine de l'hypothèse est encore vaste. A côté de la lésion fondamentale ; sclérose de la peau, des vaisseaux et des nerfs y inclus et sous-jacents, on a retrouvé les altérations d'autres organes, qui ne sont ni assez concluantes, ni assez constantes pour permettre une doctrine pathogénique sûre. « Les faits ne sont pas disparates, disait Brissaud il y a vingt ans, mais pour la plupart incomplets. A défaut de preuves anatomiques et expérimentales, qui entraîneraient la conviction, c'est encore la clinique qui nous fournira les meilleurs arguments. »

Ces mots conservent encore toute leur valeur. Bien que le rôle du sympathique ait pu être étendu, il reste certain que les troubles vasculaires localisés dans les formes localisées rendent « peu acceptable l'hypothèse d'un trouble général des humeurs, tel que celui qui résulterait d'un agent toxique ou de produits endocriniens viciés ou insuffisants » (Achard).

D'autre part, on ne peut s'empêcher d'être frappé par les rapports des lésions avec le système nerveux au moins pour leur localisation : disposition métamérique ou en rapport avec un nerf périphérique. Enfin, s'il s'agit d'un trouble sympathique, pourquoi les symptômes sensitifs manquent-ils souvent, pourquoi, à l'inverse du syndrome de Raynaud, où l'asphyxie et la gangrène sont le phénomène primordial, la sclérose est-elle l'élément majeur, ainsi que l'avait montré Darier?

Quant à la **NATURE DE L'AFFECTION CAUSALE**, elle reste très discutée.

Il semble que la **syphilis** soit parfois en cause. De nombreuses observations ont été publiées de sclérodermie survenant chez des syphilitiques héréditaires, des syphilitiques acquis avec ou sans lésions nerveuses, ou même au cours de la période secondaire [Brocq, Fernet et Maurel (19)]. Le traitement a pu parfois donner quelques résultats favorables par l'arsénobenzol et le mercure (Marfan et Mlle Rabuteau (20); Lortat-Jacob, Legrain et Beaudoin (21)]; par le bismuth et le mercure [Léri, Barthélemy et Mlle Linossier (22)].

En revanche, dans d'autres cas, le traitement n'a donné aucun résultat [Brocq, Fernet et Maurel (19), Milian (23)].

A propos d'une observation de tabes avec sclérodermie, Guillain et Celice (24) exprimaient l'idée, que s'il ne paraissait pas y avoir de relation de causalité directe entre le tabes et la sclérodermie, on pouvait du moins envisager l'origine syphilitique commune du tabes et de la sclérodermie. Jeanselme et Touraine (25) donnent trois hypothèses pour expliquer la sclérodermie chez les syphilitiques : ou bien la syphilis agit par le corps thyroïde (sclérodermie du Basedow), ou bien il s'agit d'une artériocapillarite syphilitique, ou bien ce sont des lésions syphilitiques des zones radiculo-spinales.

La syphilis peut donc être en cause et les sclérodermies reconnaissent assez fréquemment comme étiologie l'infection syphilitique. Il convient de rechercher cette étiologie dans la sclérodermie, de faire un Bordet-Wassermann, de rechercher une hyperalbuminose, une légère lymphocytose rachidienne (Guillain et Alajouanine).

La tuberculose avait été invoquée depuis longtemps. On a vu se développer la sclérodermie parallèlement à un lupus érythémateux ou une tuberculose pulmonaire (Hallopeau). Celle-ci n'est pas rare chez les sujets atteints de la forme diffuse. Milian (26) a étudié les rapports de la sclérodermie et de la tuberculose à propos des cicatrices sclérodermiques de la peau et a fourni la preuve de la nature tuberculeuse de certaines formes de lésions sclérodermiques.

Enfin, la coexistence avec des scléroses viscérales post-inflammatoires (Laignel-Lavastine), avec des ankyloses articulaires, avec des rhumatismes déformants (Poncet), plaide aussi en faveur de la nature tuberculeuse.

D'autres étiologies ont été invoquées : arsénicisme chronique (Samuel Aires), alcoolisme, des infections aiguës : érysipèle (Chauffard), diphtérie (Marsh), typhoïde ou même streptococcémie dans un cas de sclérodermie aiguë [Laignel-Lavastine, Coulaud et Largeau (27)].

Enfin, le rhumatisme articulaire aigu pourrait agir par l'intermédiaire de la thyroïde (du Castel).

De nombreux cas de rhumatisme chronique déformant, associé à la sclérodermie, ont été signalés [Besnier, Brissaud, Dercum, Claude, Rose et Touchard (28)]. Leur signification paraît obscure, il semble bien que cette association mette encore en évidence le rôle du sympathique.

Quant au rôle joué par le *traumatisme* (Burnier, Lebard et D. Routier; Thibierge), il semble difficile de l'expliquer.

Ici encore, rien n'est certain. L'importance que peut jouer la syphilis par différents processus semble devoir être mise en valeur.

TRAITEMENT

En présence d'une affection d'étiologie et de pathogénie aussi obscure, on conçoit fort bien que de nombreux traitements aient été essayés. Ils semble bien que certains aient donné quelques résultats, mais dans l'ensemble « la sclérodermie est une maladie rebelle à la thérapeutique ».

I. Traitement médical. — 1° Au premier rang de celui-ci, il faut faire une place importante à l'*opothérapie* qui a donné des résultats très variables.

L'*opothérapie thyroïdienne* a été la plus employée et ses résultats ont pu être assez encourageants pour qu'elle soit considérée comme un des traitements de choix de la sclérodermie.

On a utilisé, soit l'*extrait thyroïdien*, soit la thyroïdine ou l'iodothyrine (Lancereaux).

De nombreux auteurs ont vanté l'emploi de cette thérapeutique; elle peut donner des améliorations considérables — rarement elle permet d'obtenir une guérison complète (Darier, Ferrand et Mlle Mircouche, *loc. cit.*).

Pour Ménétrier et Louis Bloch (1), elle semblerait seulement utilisable dans les formes œdémateuses de la sclérodermie.

Mais à côté des résultats favorables, nombreux sont les cas de sclérodermie où la médication thyroïdienne est restée inefficace [Boulloche (2)].

L'*opothérapie hypophysaire* a pu donner parfois des améliorations (Izar). Signalons en particulier l'observation de Bénard et Couland (3) sur l'heureuse influence de l'extrait hypophysaire dans un cas de sclérodermie.

D'autres auteurs enfin ont préféré l'*opothérapie pluriglandulaire* (hypophyse, surrénale, thyroïde) et Lereboullet (4) a signalé les bons effets de cette association.

En somme, si l'opothérapie a pu dans quelques cas, constituer une thérapeutique efficace, les insuccès qu'elle compte sont nombreux et rendent incertains les résultats qu'on peut habituellement en attendre.

2° Le *traitement médicamenteux*, essayant de s'adresser aux troubles profonds de la nutrition générale associés à la sclérodermie a été très varié. On a employé les iodures, la strychnine, la valériane, la quinine, les toniques généraux (arsenic, fer). Quant à la *thiosinamine* elle a été employée dans de nombreux cas, en injection sous-cutanée, à distance des lésions sclérodermiques ou au niveau de celles-ci, parfois avec succès, souvent avec insuccès [Apert et P. Vallery-Radot (5)].

La thiosinamine semble en tout cas contre-indiquée par toute lésion tuberculeuse chez le sujet à traiter [J. Hallé (6)].

A côté de ces traitements médicamenteux généraux, il faut faire une place importante au *traitement antisyphilitique*. Nous avons vu le rôle qu'on peut faire jouer à l'infection tréponémique dans l'étiologie des sclérodermies. On a employé avec des résultats variables les arsénobenzols, le mercure et le bismuth.

Cette thérapeutique, efficace dans certains cas, est restée souvent sans action [Brocq (7), Milian (8)].

3° Le *traitement par les agents physiques*, est aussi employé :

Dans les cas de *sclérodermie généralisée*, on recommande l'hydrothérapie, les courants électriques continus (Guilleminot); la galvanisation de la moelle et du sympathique à la région cervicale (Erb-Hallopeau). Dufour et M. Debray (9) ont observé une amélioration de sclérodermie généralisée par le réchauffement continu.

Dans les *sclérodermies partielles*, on a recommandé l'électrolyse négative (Brocq), en conseillant d'espacer les piqûres et de n'employer que de faibles intensités; pour les sclérodermies des membres on a préconisé les *bains de paraffine*, comme moyen de préservation contre le froid.

L'ionisation iodée (solution d'iodure de potassium), selon le procédé de Bourguignon, est très employée à l'heure actuelle et Jeanselme, Bourguignon et Lucas (10) d'une part, et Louste et Thibaud (11) d'autre part, ont présenté des cas très nets d'amélioration par l'ionisation.

Cottenot a conseillé l'ionisation au moyen d'une électrode imbibée de salicylate de soude.

La radiothérapie a été employée dans certains cas.

Enfin, le traitement par les *rayons ultraviolets* a eu dans quelques cas une action favorable et on est en droit de se demander si cette action est purement symptomatique ou si elle est plus profonde, agissant sur la cause même de l'affection, en particulier, s'il s'agit de la tuberculose [Janichewski (12)].

II. Traitement chirurgical. — Leriche, M. Wolff et R. Fontaine (13) ont apporté leurs résultats d'opérations sur le sympathique pour sclérodermie. Il s'agit d'un cas évoluant depuis quatorze ans. Une première fois, ils pratiquèrent de chaque côté une sympathectomie périhumérale qui eut une heureuse influence sur la *sclérodactylie*. Quatre mois plus tard, ils enlevèrent le ganglion cervical supérieur droit et à gauche pratiquèrent la section des rameaux communicants cervicaux inférieurs. L'amélioration, précédemment constatée aux mains, s'étendit à la face. On peut donc poser en principe de la façon suivante les indications des opérations sur le sympatique en cas de sclérodermie :

Si la sclérodermie existe seule, une sympathectomie périhumérale suffit.

Si la face est envahie, il est nécessaire d'intervenir sur la chaîne cervicale du sympathique.

Il sera souvent nécessaire, pour obtenir une quelconque amélioration, d'essayer plusieurs traitements consécutifs, visant la lésion elle-même ou sa cause. On est en droit de le faire, dans l'incertitude où l'on est des causes premières de la maladie et des processus par lesquels elles agissent dans son déterminisme.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Clinique. — (1) BERTOLOTTI. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, juillet-août 1913.
(2) THIBIERGE et WEISSENBACH. *Ann. de dermat.*, mars 1911. — THIBIERGE, SPILLMANN et WEISSENBACH. *Congrès franç. de méd.*. juillet 1925.
(3) Pr. MERKLEN, WOLF et VALETTE. *Réunion dermat. de Strasbourg*, juillet 1924.
(4) HALLOPEAU. *Soc. de biol.*, 7 déc. 1872.
(5) RAYMOND et GUILLAIN. *Soc. méd. des hôpit.*, 6 mars 1908.
(6) BALL. *Soc. de biol.*, 1872.
(7) BOUTTIER. *Th. de Paris*, 1872. — LEWIN et HALLER. *Die Sclerodermie*, Berlin 1895.
(8) DELHERM, MOREL-KAHN et COUPUT. *Soc. de radiol. méd. de France*, 21 avril 1925.
(9) WILSON. *Diseases of the Skin*, Londres 1867.
(10) SARVONAT. *Ann. de méd. inf.*, 1906, t. IX.

Anatomie pathologique. — (1) ALQUIER et TOUCHARD. *Soc. de biol.*, 23 déc. 1905. — TOUCHARD. *Th. de Paris*, 1906.
(2) RASMÜSSEN. *Hospitalstidende*, 1867.
(3) MATSUI. *Mitteilungen aus d. Med. Fak.* (Tokio), avril 1924.
(4) BERTOLOTTI. Loc. cit. — THIBIERGE, SPILLMANN et WEISSENBACH. Loc. cit.
(5) GUELPA. *Soc. de méd. de Paris*, 25 juin 1921.
(6) VIDAL in BALL. Art. SCLÉRODERMIE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1875.
(7) MÉRY. *Th. de Paris*, 1889.
(8) DINKLER. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1891.
(9) ARNOZAN. *Congrès de dermat. et de syph.*. mai 1889.
(10) THOMAS et LEREDDE. *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept. 1878.
(11) LAGRANGE. *Th. de Paris*, 1874.
(12) BOUTTIER. *Th. de Paris*, 1886.
(13) CHENET et JUMENTIÉ. *Soc. de neurol.*, 4 nov. 1909.
(14) Gilbert BALLET et DELHERM. *Revue neurol.*, 1903, p. 441.
(15) H. ROGER. *Revue neurol.*, 1919, p. 408.
(16) P. KAHN et BARUCK. *Soc. de neurol.*, fév. 1918.

Pathogénie. — (1) RAYMOND. *Semaine méd.*, 1898.
(2) BRISSAUD. *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1899, 2e série.
(3) DOUMER et Mlle ALPHAND. *Réunion méd.-chir. des hôpit. de Lille*, 18 mai 1925.
(4) QUEYRAT, LÉRI et ENGELHARD. *Soc. méd. des hôpit.*, 11 mars 1921.
(5) LORTAT-JACOB, LEGRAIN et BEAUDOUIN. *Soc. franç. de dermat.*, 6 juillet 1922.
(6) DROUIN. *Th. de Paris*, 1898.
(7) BURNIER. *Soc. franç. de dermat.*, 13 nov. 1919.
(8) SAWIL. *Lancet*, 1901, t. I, p. 1518.
(9) DUBREUILH. *Soc. franç. de dermat.*, 17 mai 1921.
(10) CHANTEMESSE et COURCOUX. *Soc. méd. des hôpit.*, 26 juin 1914.
(11) DARIER, FERRAUD et Mlle MIRCOUCHE. *Soc. franç. de dermat.*, 12 juin 1919
(12) V. PAUCHET. *Soc. de chir.*, 16 nov. 1920.
(13) LOUSTE et LECLERC. *Soc. franç. de dermat.*, 11 juin 1925.
(14) HEIMANN-HATRY. *Med. Klin.*, Berlin, 17 juillet 1925.
(15) BÉNARD et COULAUD. *Soc. méd. des hôpit.*, 1922.
(16) FROMENT, VINCENT et EVALTIER. *Soc. méd. de Lyon*, 9 déc. 1924.
(17) F. BEZANÇON et Et. BERNARD. *Soc. méd. des hôpit.*, déc. 1923.
(18) GUILLAIN, ALAJOUANINE et MARQUÉZY. *Soc. méd. des hôpit.*, 2 nov. 1923.
(19) BROCQ, FERNET et MAUREL. *Soc. de dermat.*, 3 juillet 1913.
(20) MARFAN et Mlle RABUTEAU. *Soc. de dermat.*, 15 juin 1920.
(21) LORTAT-JACOB, LEGRAIN et BEAUDOUIN. *Soc. de dermat.*, 8 nov. 1923.
(22) LÉRI et BARTHÉLEMY. *Soc. de dermat.*, 10 avril 1924. — LÉRI, BARTHÉLEMY et Mlle LINOSSIER. *Soc. méd. des hôpit.*, 10 janv. 1925. — LÉRI. *Soc. de dermat.*, janv. 1925.
(23) MILIAN. *Soc. de dermat.*, 3 juillet 1913.
(24) GUILLAIN et CELICE. *Soc. méd. des hôpit.*, 28 nov. 1924.
(25) JEANSELME et TOURAINE. *Soc. de dermat.*, 3 juillet 1913.
(26) MILIAN. *Soc. méd. des hôpit.*, 22 mars 1907.
(27) LAIGNEL-LAVASTINE, COULAUD et LARGEAU. *Soc. méd. des hôpit.*, 1922.
(28) CLAUDE, ROSE et TOUCHARD. *Soc. méd. des hôpit.*, 16 mars 1907.

Traitement. — (1) MÉNÉTRIER et L. BLOCH. *Soc. méd. des hôpit.*, 17 fév. 1905.
(2) BOULLOCHE. *Soc. de péd.*, 20 oct. 1908.
(3) BÉNARD et COULAUD. *Soc. méd. des hôpit.*, 1922.
(4) LEREBOULLET. *Soc. méd. des hôpit.*, 22 juillet 1921.
(5) APERT et Pierre VALLERY-RADOT. *Soc. de péd.*, 18 mai 1920.
(6) J. HALLÉ. *Soc. de péd.*, 18 mai 1920.
(7) BROCQ. *Soc. de dermat. et de syphil.*, 3 juillet 1913.
(8) MILIAN. *Ibid.*
(9) DUFOUR et DEBRAY. *Soc. méd. des hôpit.*, 21 janv. 1921.
(10) JEANSELME, BOURGUIGNON et LUCAS. *Soc. de dermat. et de syphil.*, 6 juillet 1922.
(11) LOUSTE et THIBAUT. *Soc. de dermat.*, 12 juillet 1923.
(12) Prof. JANICHEWSKI. *Presse méd.*, 17 juin 1925.
(13) LERICHE, M. WOLFF et R. FONTAINE. *Réunion dermat. de Strasbourg*, mai 1925.

OUVRAGES CONSULTÉS

ACHARD. *Cliniques médicales de l'hôpital Beaujon*, t. I.
ALQUIER. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 17 sept. 1904.
BOUTTIER. *Th. de Paris*, 1886.
BROCQ. *Pratique dermatologique.*
BROURRDEL et GILBERT. *Traité de médecine*, Art. Gaucher et Barbé.
Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit., années 1900 à 1926.
CHARCOT-BOUCHARD. *Traité de médecine*, art. Thibierge.
CLAUDE. Maladies du système nerveux, in *Précis de pathologie médicale*, Coll. Gilbert et Fournier.
DARIER. *Précis de dermatologie.*
Presse médicale, années 1900 à 1926.
SERGENT, RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX. 1° *Pédiatrie*, t. II, art. L. Rivet ; 2° *Dermatologie*, art. du Castel.
TOUCHARD. *Th. de Paris*, 1906.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1927)

Sur l'attribution aux électrons secondaires de l'action des rayons X sur les microorganismes. — M. J.-J. TRILLAT.

Cinquième centenaire de la Fondation de l'Université de Louvain. — L'Académie désigne MM. Ch. Barrois, P. Sabatier et M. d'Ocagne pour la représenter aux fêtes du cinquième centenaire de la Fondation de l'Université de Louvain.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1927)

Rapport de M. Lapicque sur la question du pain. — Le rapport sur les succédanés dans le pain présenté au mois de novembre par M. Lapicque et demandant l'exclusion de toutes les farines non panifiables, telles que le riz et le manioc, a provoqué une levée de boucliers chez les importateurs de ces farines. L'Union coloniale française a adressé à l'Académie le procès-verbal détaillé d'une séance spéciale qu'elle a tenue pour protester contre les conclusions de M. Lapicque.

Celui-ci, aujourd'hui, résume et discute les arguments qui

lui sont opposés. Il note d'abord que le Congrès de la meunerie française, au contraire, s'est félicité de la condamnation des farines non panifiables.

Quant aux arguments des coloniaux, leurs attaques contre le seigle, insoutenables quand on va au fond des choses, ne visent manifestement qu'à éliminer un concurrent; leur défense du riz et du manioc aboutit à reconnaître que la réglementation actuelle en prescrit deux fois plus qu'on ne peut raisonnablement en tolérer; enfin, l'économie réalisée par l'adjonction du riz, qui déjà n'apparaissait pas bien grosse dans le calcul établi par les importateurs de cette denrée au moyen d'éléments partialement choisis, revient une fois corrigée de cette erreur systématique à un demi-centime par kilogramme de pain, c'est-à-dire pratiquement à zéro.

C'est pourquoi la Commission maintient intégralement les conclusions de son rapport précédent, en admettant toutefois que le riz et le manioc pourront être autorisés (et non pas imposés) dans certains cas particuliers, soit certaines régions voisines des ports, soit certaines collectivités (armée, hôpitaux).

Les expériences demandées, sans programme précis, par les coloniaux, semblent ne pouvoir donner aucun résultat qui ne soit déjà bien établi en ce qui concerne les effets des farines non panifiables sur les qualités du pain.

Les expériences intéressantes seraient celles qui porteraient sur l'amélioration du rendement du froment en bonne farine par l'étude méthodique et contradictoire des procédés de mouture. M. Lapicque se propose de revenir ultérieurement sur ce point.

Au cours de la discussion à laquelle prennent part MM. Jeanselme et Quénu, M. Lapicque rappelle que s'il n'admet pas la farine de riz dans le pain il est cependant un partisan convaincu de la valeur alimentaire du riz, et qu'il a affirmé cette valeur dans de nombreux travaux.

L'Académie adopte ensuite l'ensemble des vœux proposés par la Commission. En voici le résumé :

1° L'emploi des succédanés n'est pas préjudiciable à la santé publique, mais l'emploi des succédanés non panifiables (riz, maïs, manioc) altère la qualité du pain quand on dépasse la proportion de 5 p. 100;

2° La réglementation doit être faite pour une durée assez longue, par exemple cinq ans, pour permettre les approvisionnements de farine;

3° Pour cette période l'extraction du froment doit être fixée aussi haut que possible. (C'est à dessein que l'Académie ne fixe pas de chiffre, laissant ce soin aux techniciens.)

4° La farine de seigle ou subsidiairement de sarrazin sera, dans tout le territoire, ajoutée à celle de froment dans la proportion de 10 p. 100;

5° Toutes les farines non panifiables, telles que celles de riz et de manioc, doivent être exclues du pain, sauf certaines conditions à déterminer.

Election de deux correspondants étrangers dans la première division (médecine et spécialités médicales). — M. Rousseau (de Québec) est élu par 53 voix.

M. Aloyso de Castro (de Rio-de-Janeiro) est élu par 38 voix.

Note sur la prémunition du nourrisson contre la tuberculose par injection sous-cutanée de B. C. G. (Bacille Calmette Guérin). — MM. B. Weill-Hallé et Turpin. Au cours de leurs recherches sur la vaccination du nourrisson contre la tuberculose, les auteurs ont été conduits, pendant ces trois dernières années, à substituer à l'ingestion de B. C. G. l'injection sous-cutanée, dans des cas déterminés.

Les nourrissons, vaccinés par cette méthode, appartiennent tous à des familles contaminées et n'avaient pu bénéficier de l'ingestion de B. C. G. dans les premiers jours de leur existence.

Après contrôle de l'absence d'imprégnation antérieure, chacun de ces enfants reçut une seule injection variant de 1/4 à 1 milligramme de B. C. G.

Les suites de l'injection sont très bénignes et ne retentissent en aucune façon sur l'état général ou le développement

du nourrisson. Une réaction locale se dessine vers la troisième semaine et aboutit à un petit abcès froid, qui se fistulise et se cicatrise spontanément.

La cuti-réaction tuberculinique devient assez rapidement positive et dans un délai qui varie de deux à trois mois.

De ces premiers essais, les auteurs concluent, avec les précautions nécessaires, à l'innocuité de cette nouvelle méthode. Reste à préciser encore la dose minimum nécessaire et efficace de B. C. G. à injecter, et à comparer rigoureusement les avantages relatifs de l'ingestion et de l'injection vaccinales.

Médaille de Vulpian. — M. Hayem qui a fait une médaille de Vulpian offre à ses collègues qui le désireraient d'en faire exécuter des reproductions.

Comité secret. — M. Couvelaire lit son rapport sur les candidats au titre de membre titulaire dans la deuxième section (chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales).

L'élection aura lieu mardi prochain.

DOCUMENTS OFFICIELS

(suite)

2° *Epreuve de consultation écrite anonyme.* — L'anonymat de cette épreuve est assuré de la façon suivante :

A chaque séance des épreuves de consultation écrite, le jury, après avoir choisi les malades, est isolé des candidats.

Deux censeurs choisis parmi les chirurgiens des hôpitaux (Bureau central) sont chargés :

1° De procéder au tirage au sort des candidats appelés à subir l'épreuve dans la séance;

2° De surveiller le candidat pendant l'examen du malade.

Les censeurs sont tirés au sort parmi les chirurgiens des hôpitaux (Bureau central). A moins de raisons majeures, ils doivent accepter obligatoirement de remplir ces fonctions.

Le candidat a un quart d'heure pour examiner son malade et trois quarts d'heure pour rédiger sa consultation. A cet effet il lui est remis un cahier analogue à celui adopté pour l'épreuve théorique anonyme, sur lequel il inscrit en haut et à droite de la première feuille ses nom et prénoms, puis l'angle droit de la copie est rabattu et cacheté de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'Assistance publique remet les copies dans la salle où siège le jury. Celui-ci fait procéder à leur lecture dans les mêmes conditions que pour l'épreuve théorique et les note immédiatement. A la dernière séance de l'épreuve de consultation écrite anonyme il sera réservé obligatoirement cinq candidats au minimum.

3° *Une épreuve clinique sur un malade.* — Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen du malade et la réflexion et quinze minutes pour la dissertation orale devant le jury.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves d'admissibilité est fixé ainsi qu'il suit :

1° Compostion écrite anonyme : 30 points;
2° Consultation écrite anonyme : 20 points;
3° Epreuve clinique : 10 points.

Une fois les trois épreuves du concours d'admissibilité terminées le jury se réunit en séance publique pour procéder à l'identification des copies de l'épreuve écrite et de l'épreuve de consultation écrite et au relevé dés points attribués à chacune d'elle; les deux notes obtenues par chaque candidat sont publiées séparément, puis additionnées pour le classement avec celles obtenues à l'épreuve clinique.

A ce total est ajoutée une majoration de :

1 point pour les candidats anciens internes des hôpitaux de Paris;

2 points pour les candidats aides d'anatomie ou anciens aides d'anatomie de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux ou de la Faculté de médecine de Paris;

4 points pour les candidats prosecteurs ou anciens prosecteurs de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux ou de la Faculté de médecine de Paris, ces points n'étant pas cumulatifs et le point le plus élevé étant seul attribué.

Élimination des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité. — Tous les candidats subissent les épreuves d'admissibilité.

Le nombre des admissibles sera égal à 4 ou à 6 suivant qu'il sera ouvert dans l'année un ou deux concours de nomination.

Classement des candidats. — Le classement des candidats est établi en additionnant au point de majoration les notes obtenues par chacun d'eux aux trois épreuves.

Dans le cas où plusieurs candidats auraient un nombre égal de points, le jury se base pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé *ex-æquo* avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part, le fait d'avoir participé à toutes les épreuves acquérant seul à ce dernier le bénéfice d'un concours, enfin sur l'ancienneté de doctorat.

Les candidats déclarés admissibles prendront part aux concours de nomination de la même année.

Ils perdront le bénéfice de leur admissibilité s'ils ne se soumettent pas à l'obligation qui pourra leur être faite de participer avec les chirurgiens des hôpitaux au service des remplacements pendant la période des vacances.

Le titre d'admissible leur conférera le privilège de passer à point égal avant les autres candidats dans les concours ultérieurs.

Tout candidat qui aura acquis deux admissibilités sera déclaré admissible définitif et rentrera de plein droit dans les concours ultérieurs pour les épreuves de nomination.

Le candidat qui n'aura pas acquis une admissibilité dans les cinq concours qui suivront sa première inscription sera éliminé définitivement.

Toutefois, un candidat qui, pour une raison reconnue valable par l'Administration, aurait été mis dans l'impossibilité matérielle de prendre part à un ou plusieurs concours ou d'en poursuivre jusqu'au bout les épreuves, aura droit de participer à un ou plusieurs concours supplémentaires sans que, dans aucun cas, il ne puisse concourir pendant plus de dix ans à compter de sa première inscription au concours.

Article 225 ter. — Epreuves de nomination. — Sont appelés à prendre part aux épreuves de nomination :

1° Les admissibles définitifs;
2° Les admissibles du concours de l'année.

En raison des admissibles définitifs la cote sera ramenée à zéro après les épreuves d'admissibilité.

Les épreuves de nomination comprennent :

1° *Une épreuve clinique sur un malade.* — Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen du malade et la réflexion et quinze minutes pour la dissertation orale devant le jury.

2° *Deux opérations sur le cadavre.* — A la suite de cette épreuve six candidats seulement seront admis à prendre part à la troisième épreuve qui consistera en *une épreuve clinique sur un malade* conforme à celle prévue ci-dessus.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour chacune des épreuves cliniques, 20 points.
Pour les deux opérations sur le cadavre, 30 points.

Dispositions transitoires. — Tout candidat actuellement titulaire de deux admissibilités ou de deux *ex-æquo* d'admissibilité est dispensé des épreuves d'admissibilité et déclaré admissible définitif. Il prendra part d'emblée aux épreuves de nomination.

Tout candidat actuellement titulaire d'une seule admissibilité ou un seul *ex-æquo* d'admissibilité doit acquérir une seconde admissibilité pour être déclaré admissible définitif.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.

Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOSPICES GALIGNANI ET BELŒIL. — Le docteur H. Maréchal, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique médicale de la Faculté, vient d'être nommé médecin chef des hospices Galignani et Belœil, en remplacement du docteur Jumentié, démissionnaire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — Un concours s'ouvrira le 20 octobre 1927 devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — M. Charléty, recteur de l'Académie de Strasbourg, est nommé recteur de l'Académie de Paris, en remplacement de M. Lapie, récemment décédé.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, le lundi 28 mars 1927, pour l'admission aux emplois de médecins directeurs et médecins chefs de service dans les asiles publics d'aliénés et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics d'aliénés.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à sept.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de services et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, jusqu'au samedi 26 février 1927 inclus. (*J. O.*, 27 janv. 1927.)

MINISTÈRE DES COLONIES. — Le *Journal officiel* du 29 janvier publie une instruction fixant les conditions des épreuves d'examen pour les élèves diplômés des écoles de médecine indigène de Hanoï, Tananarive et Dakar, candidats au grade d'officier de santé auxiliaire du cadre des officiers de santé auxiliaire et officiers de santé militaires indigènes.

UN LEGS. — Le *Lyon médical* nous apprend que M. le professeur J. Teissier a donné aux hôpitaux de Lyon une somme de 20.000 fr. et sa bibliothèque médicale, à la Faculté de médecine une somme de 5.000 fr., une collection de médailles et un portrait de Potain.

UNION MÉDICALE FRANCO-IBÉRO-AMÉRICAINE (UMFIA). — L'assemblée générale annuelle de l'Umfia a eu lieu le samedi 15 janvier, en l'hôtel des Sociétés savantes, sous la présidence de M. Dartigues, assisté de MM. Bandelac de Pariente, vice-président; Digeon, trésorier général; Berry, secrétaire général adjoint; Molinéry, secrétaire général et rédacteur en chef de la Revue.

Après la lecture du compte rendu financier par le docteur Digeon, le docteur Molinéry commence la lecture de son rapport annuel en demandant à l'assemblée générale de faire ratifier les candidatures nouvelles. Suivant les statuts rigoureusement et inflexiblement appliqués chaque candidat doit signer sa feuille de demande et celle-ci doit être apostillée par deux parrains déjà membres de l'Umfia; 470 membres nouveaux, dont la liste est à la disposition de l'assemblée ainsi que les feuilles individuelles, sont acclamés par l'assemblée.

Le Président félicite le docteur Bandelac de Pariente d'avoir, dans son dernier voyage en Espagne, fait inscrire 60 nouveaux membres, tandis que le docteur Reinburg, au

cours de sa mission en Amérique du Sud, recueillait 80 adhésions nouvelles.

Le docteur Bandelac de Pariente dit ensuite la participation de l'Umfia aux « Journées médicales de Bruxelles » et au « Congrès de pédiatrie de Madrid », et le docteur Molinéry rendit compte des diverses réceptions de l'Umfia aux « Journées médicales de Montpellier » ainsi qu'à celles de Tunis; le docteur Dartigues parla de celles de Paris.

Le Président dit un mot de la réception de l'A. D. R. M. de MM. Couto et Austregesilo, amis de l'Umfia, et lit la lettre officielle par laquelle le Comité d'organisation des « Journées médicales de Marseille » invite l'Umfia à participer à cette belle manifestation. Il annonce que M. le professeur Cuellar, doyen de la Faculté de médecine de Sucre (Bolivie), membre délégué à la Société des Nations, prendra la parole au nom de l'Umfia à Marseille dans une conférence qu'il fera sur l'un des sujets qu'il a traités à Genève.

Dans une large synthèse, le docteur Molinéry résume les travaux parus dans la Revue, annonce que celle-ci devient mensuelle à partir de janvier et fait appel à tous pour une collaboration effective. Grâce au docteur Berry certaines heureuses modifications seront apportées à la présentation de la Revue.

Le docteur Pierra entretient l'assemblée du futur Congrès de la Presse médicale latine, de son utilité, de son importance. L'Umfia apportera tout son concours à son organisation et soutiendra de tout son pouvoir les projets du docteur Pierra.

Le docteur Reinburg, qui avec le professeur Cunéo a été chargé de mission en Colombie et au Venezuela, narre, avec infiniment d'humour, le récit de son voyage, les incidents qui l'accompagnèrent, mais souligne de quelles marques de sympathie ils furent constamment entourés. Une fois encore les médecins auront été de véritables et habiles ambassadeurs.

C'est au tour du docteur Desfosses à venir exposer le projet qu'il soumet à l'assemblée de créer, dans la section des « Amis de l'Umfia », un Comité de dames qui, au moment des Congrès franco-ibéro-américains, sera tout indiqué pour faciliter aux familles des congressistes leur installation à Paris, la visite de la ville. Ce Comité organisera des réceptions privées, des thés, des lunchs où nos amis pourront apprécier l'hospitalité française et voir la femme française sous un jour un peu différent qu'il est accoutumé de le faire à l'étranger... Le rapport de M. Desfosses est approuvé. Une Commission va le réaliser immédiatement.

Le Secrétaire général fait alors connaître à l'assemblée que le docteur Dartigues a fondé une bourse de 2.000 fr., le docteur Bandelac de Pariente deux bourses de 1.000 fr. chacune, le docteur Victor Pauchet une bourse de 1.000 fr., le docteur Georges Luys un prix de 3.000 fr., le docteur Cathelin également un prix important, le docteur Voronoff un prix de 10.000 fr. et un second prix de 5.000 fr. pour les deux meilleurs mémoires sur un travail d'endocrinologie. Enfin, la Revue a créé un prix de 500 fr. pour l'internat de Paris, de 300 fr. pour l'internat de Toulouse et celui de Montpellier pour le meilleur travail obtenu sur une question déterminée par le règlement qui dirige ce concours.

Les élections statutaires amènent le renouvellement du tiers des membres du Conseil d'administration. Le bureau propose que MM. Noir, Crouzon, Crinon et Desfosses fassent partie du Comité d'administration ainsi que MM. Cuellar, Cuellar-Duran et Dominici pour l'Amérique latine. Il en est ainsi décidé. MM. Bandelac de Pariente et Mimbella sont réélus.

Notre ami Dartigues est réélu président par acclamations.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Tariel, interne des hôpitaux de Paris, mort victime du devoir professionnel, et de MM. les docteurs Henri Tissier (de Paris) et Daniel (d'Ollioules).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les docteurs P. Winter, N. Carréga et Harburger, chefs de clinique, commencera le lundi 7 février 1927, à 2 heures, et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 350 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — Un cours d'enseignement clinique complémentaire, qui aura lieu sous la direction du professeur P. Sebileau, à la clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière, commencera le lundi 7 février, à 10 h.

Il comprendra dix leçons.

Pour le programme, s'adresser au chef de clinique, hôpital Lariboisière.

Prix : 250 fr. — S'inscrire à la Faculté.

HÔPITAL SAINT-MICHEL [33, rue Olivier-de-Serre, Paris (XVe)]. — SERVICE MÉDICAL DE GASTRO-ENTÉROLOGIE. — *Concours sur titres pour une place d'interne titulaire et une place d'interne remplaçant pour une année* (entrée en fonctions le 1er mars). — Interne titulaire : Service de la consultation et des salles chaque matin, à partir de 9 h. Contre-visite chaque après-midi.

Interne remplaçant : Service deux fois par semaine. Remplacement du titulaire.

Appointements : titulaire, 300 fr. par mois; remplaçant, 100 francs par mois.

Demandes à faire parvenir avant le 10 février, au docteur Delort, chef du service de Gastro-entérologie.

Titres à exprimer sur demandes. — Concours de l'externat, rang et date de la nomination; concours de l'internat, notes obtenues au concours et admissibilité; internat de province ou d'hôpitaux autres que ceux de l'Assistance publique; examens de médecine déjà passés; services hospitaliers.

Renseignements et modèles de demandes à la disposition des candidats dans le service.

Liste de classement affichée le 15 février.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE. — DISPENSAIRE DE L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE (passage Dauphine, 20, Paris). — *Cours public de pathologie buccale.* — Le docteur Rousseau-Decelle, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de pathologie buccale à l'Ecole française de stomatologie, commencera le vendredi 11 février, à 17 h. 30, salle des conférences de l'Ecole, une série de leçons sur « Les infections générales dans leurs rapports avec la pathologie buccale ».

Cet enseignement, comportant cinq conférences, se continuera tous les vendredis, à la même heure.

Ces cours sont publics et gratuits. La direction de l'Ecole demande seulement aux auditeurs de s'inscrire à l'avance par simple lettre adressée au directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris (VIe).

CONFÉRENCE. — La conférence que M. le docteur Cabanès doit faire à la Sorbonne (amphithéâtre Richelieu), sur : *La pluie et le beau temps dans leurs rapports avec les événements historiques*, aura lieu le 10 février, à 21 h., et non le 12, comme nous l'avons annoncé par erreur.

L'INSUFFLATION TUBAIRE

PRATIQUÉE A L'HOPITAL BROCA AVEC L'APPAREIL DU DOCTEUR DOUAY

Par MM. Al. FLORESCO et Georges NAUM,
Anciens préparateurs à la Faculté de Cluj.

Nous avons assisté dans le service du professeur Jean-Louis Faure à un certain nombre d'insufflations tubaires.

Cette méthode peut donner des renseignements utiles dans deux circonstances :

1° Pour préciser le diagnostic étiologique de la stérilité et d'en permettre une thérapeutique efficace;

2° Pour renseigner le chirurgien sur l'état anatomique des trompes dans la salpingite chronique afin qu'il puisse pratiquer une opération conservatrice rationnelle.

Ces deux questions sont à l'ordre du jour. Il y a quelques années nos devanciers étaient satisfaits de guérir leurs malades même au prix de mutilation sérieuse. Aujourd'hui notre esprit est différent. Nous avons le désir de faire mieux et l'effort des chirurgiens tend de plus en plus vers les opérations conservatrices, toutes les fois que l'état anatomique laisse entrevoir cette possibilité. La notion de perméabilité ou d'imperméabilité de la trompe est capitale dans la chirurgie de cet organe car la trompe en dehors de sa perméabilité n'a pas sa raison d'être.

En principe une trompe perméable doit être conservée; une trompe oblitérée doit être opérée soit pour en rétablir la perméabilité, soit pour l'enlever, si la lésion est telle que le rétablissement de la perméabilité n'est pas possible.

En réalité, la question est complexe et ne peut être résolue de cette façon théorique, comme nous le verrons plus loin.

Dans le dernier Congrès de chirurgie, la question de la perméabilité des trompes a retenu l'attention des rapporteurs (1), qui ont surtout étudié les opérations conservatrices de la trompe capables d'en rétablir la continuité. Ces opérations de restauration fonctionnelle, nous disent-ils prudemment dans leurs conclusions, ne sont encore que des tentatives. Cependant ils nous invitent à poursuivre dans cette voie et surtout de chercher des précisions plus grandes apportées au diagnostic.

Pour obtenir ces précisions, nous avons deux méthodes à notre disposition, l'injection intra-utérine et intra-tubaire de lipiodol et la méthode de l'insufflation. Chacune d'elle maniée prudemment peut rendre des services. Nous verrons plus loin les renseignements donnés par l'insufflation.

La lutte contre la stérilité est une des plus ardues de la médecine : « Et lorsqu'on a vu l'insistance naïve et touchante avec laquelle certaines femmes, privées, à leur insu, par une opération, de leurs organes génitaux, ou d'autres mariées tardivement à la veille de la ménopause, viennent solliciter du médecin des conseils pour faciliter une fécondation qu'elles appellent de tous leurs vœux, on comprend combien est profond chez elles l'instinct de la maternité ». (J.-L. Faure.)

(1) G. de Rouville et Pierre Mocquot. Les opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes. *XXXVe Congrès de chirurgie*, 1926.

Parmi les multiples causes de la stérilité chez la femme, une des plus fréquentes serait l'oblitération de trompes, oblitération que Rongy et Rosenfeld ont trouvée dans une proportion de 42 p. 100 des cas, Jacoby 30 p. 100, M. L. Brandt 40 p. 100, Graaf dans plus de 50 p. 100.

L'insufflation tubaire permettant de reconnaître si les trompes sont perméables ou non, a contribué non seulement à faire ressortir l'importance et la fréquence, jadis insoupçonnée de l'oblitération tubaire, mais en précisant la nature et le siège de l'obstacle elle nous a permis d'améliorer de beaucoup nos résultats par un choix plus judicieux tant du procédé que des indications opératoires.

L'insufflation tubaire fut faite pour la première fois en 1919 par I. C. Rubin (de New-York), qui eut l'idée de pratiquer le pneumopéritoine par voie endo-utérine.

Son but était de supprimer la ponction abdominale; mais après quelques échecs dus à l'oblitération des trompes, il se rendit vite compte de l'importance de son procédé au point de vue gynécologique.

La méthode de pneumopéritoine par voie endo-utérine devait plus tard être abandonnée, mais le procédé de Rubin devait rester comme une belle acquisition de la chirurgie gynécologique.

Ce nouveau procédé se répandit rapidement en Amérique, et en Allemagne grâce à sa simplicité de technique et surtout grâce aux renseignements importants qu'il pouvait donner dans l'étude de la stérilité.

Dans le service du professeur J.-L. Faure, l'insufflation tubaire fut pratiquée pour la première fois par G.-S. Currier en juillet 1923, et depuis constamment employée comme moyen d'exploration et de traitement surtout par le docteur E. Douay, qui s'est spécialement consacré à l'étude de cette question.

Technique de l'insufflation. — Rubin réalisait l'insufflation endo-utérine grâce à un appareil ingénieux dont le principe est identique à ceux créés pour le pneumothorax artificiel.

De nombreuses modifications ont été apportées depuis à cette instrumentation principalement par Gillman Currier; R. Dickinson, Sellheim, Jacoby, Bethel, Solomons, F. Dawson, Pollaert, Sproat Heaney, Moussali, qui ont utilisé des appareils divers, les uns très ingénieux comme celui de Moussali, les autres très simples : une seringue de Guyon par exemple.

Comme le dit le docteur Douay, il ne faut pas simplifier les appareils à l'extrême, sous peine de s'exposer à des mécomptes, la méthode d'insufflation n'étant pas absolument inoffensive.

Dans le service du professeur J.-L. Faure nous employons un appareil très simple et précis que le docteur Douay a fait construire il y a deux ans et qui nous a donné toute satisfaction.

L'appareil du docteur Douay se compose d'un réservoir en verre à fermeture métallique étanche. Le couvercle est percé de trois orifices. L'orifice central est en communication avec un manomètre métallique de haute précision gradué de 1 à 300 millimètres de mercure.

Les deux autres, munis de robinets permettant leur fermeture communiquent par deux tubes en caoutchouc — l'un avec la poire d'insufflation et le ballon d'oxygène — l'autre avec la sonde utérine.

La sonde utérine métallique, à bout légèrement

courbé, présente à 3 centimètres environ de son extrémité un épaulement conique qui sert à obturer l'orifice du col.

L'appareil est construit de telle sorte qu'à chaque fois que le réservoir se vide une quantité de 30 à 40 centimètres cubes d'oxygène passe dans le péritoine.

La technique de l'insufflation est très simple. Elle ne nécessite aucune anesthésie et peut être faite dans n'importe quel cabinet médical.

Il faut d'abord s'assurer du bon fonctionnement de l'appareil et en particulier de son étanchéité absolue, après quoi on remplit le réservoir d'oxygène.

Après la toilette habituelle des organes génitaux, on enfonce doucement la sonde utérine dans le canal cervical en essayant d'adapter la courbure de l'instrument à la courbure de la cavité utérine. On doit exécuter ce temps de l'insufflation avec toute l'attention possible pour ne pas provoquer la moindre déchirure du col.

Si un suintement sanguin d'une certaine importance se produit il faut renoncer à l'insufflation que l'on fera le mois suivant.

On a exceptionnellement besoin de fixer le col avec une pince (manœuvre qu'il faut d'ailleurs éviter le plus possible) ou de remplir le vagin d'eau bouillie pour vérifier l'étanchéité de la sonde et du col.

L'appareil étant ainsi placé, on fait monter la pression dans le réservoir à 10 centimètres. On ferme alors le robinet du côté de la soufflerie et on laisse passer le gaz dans l'utérus en ouvrant le deuxième robinet.

Pendant ce temps, l'opérateur muni d'un stéthoscope bilatéral, fait maintenir les deux tambours, par la femme elle-même ou par un aide, sur la région ovarienne.

Si l'épreuve est négative, ce qui arrive habituellement avec 10 centimètres de pression, on recommence avec 15, 18, 20 centimètres.

On fait ainsi cinq ou six tentatives dans la même séance. Il est bon de retirer la sonde entre chaque essai pour que l'utérus puisse se reposer et se vider des gaz qu'il contient.

Quand les trompes sont fermées, la pression se maintient constante dans le réservoir; l'épreuve est négative et doit être refaite encore au moins deux fois à un mois d'intervalle avant de conclure à une oblitération complète et définitive des trompes.

Si, au contraire, les trompes sont perméables, on assiste aux phénomènes suivants :

1. La chute brusque de pression dans l'appareil qui passe de 18 ou 20 à 6, signe capital, à la condition naturellement qu'il n'y ait aucune cause d'erreur.

2. Un bruit particulier perceptible par l'auscultation des régions hypogastriques. Ce bruit dû au passage de l'air se produit du côté de la trompe perméable, comme un sifflement continu d'une tonalité basse au cas d'une large perméabilité; d'un timbre plus aigu quand la lumière du conduit est plus étroite.

Il peut encore revêtir la forme d'un bruit particulier et régulier produit par les bulles de gaz qui éclatent à la sortie du pavillon, si caractéristique qu'il ne peut être confondu avec les bruits passagers et sonores des gaz intestinaux.

3. La disparition de la matité hépatique, décelable par la percussion du foie, faite avant et après l'insufflation.

Cette disparition, qui apparaît vers 200 centimètres cubes de gaz devient plus apparente quand on fait asseoir la malade.

Elle est un signe de certitude de la perméabilité tubaire. En cas de doute, l'examen radioscopique peut être utilisé.

4. La douleur à la base du thorax et surtout dans l'épaule droite due à l'irritation du phrénique.

Cette douleur, d'apparition un peu plus tardive (5-10-15 minutes après l'insufflation), se produit dans les mêmes conditions que la sonorité préhépatique.

Elle est en général supportable et transitoire.

Si elle est plus violente, il suffit de recoucher la malade pour la voir disparaître.

Accidents de l'insufflation. — L'insufflation tubaire est une opération qui, bien conduite, et sur des cas judicieusement choisis, ne peut donner lieu à aucun accident.

Les rares cas d'accidents publiés sont dus tous à des erreurs de technique ou à des mauvaises indications opératoires, erreurs que nous savons mieux éviter aujourd'hui.

Les accidents que l'on peut voir survenir pendant l'insufflation peuvent être dus :

1° *A la rupture de la trompe par excès de pression.* — G. Currier aurait observé un cas de rupture à une pression de 250 millimètres.

D'après les expériences du docteur Douay et Wibaux, les trompes peuvent résister parfois très bien jusqu'à 300 et même 400 millimètres de mercure. En règle générale, elles commencent à se fissurer à 350 millimètres.

Sur des trompes malades à parois amincies, le docteur Douay et Wibaux ont vu la fissuration se produire même à 250 millimètres.

Donc, vu les altérations toujours possibles des parois, en pratique, il est prudent de se maintenir bien au-dessous de 250 millimètres.

La pression maxima à atteindre à la première séance est de 200 millimètres.

Lorsqu'on renouvellera l'insufflation, le mois suivant, on pourra monter la pression jusqu'à 220-230 millimètres.

Dans ces conditions, on évite à coup sûr, la rupture de la trompe par excès de pression.

2° *A l'infection.* — On peut infecter la malade par les manœuvres endo-utérines.

C'est une faute que l'on doit savoir éviter.

Quant à l'infection du péritoine par les mucosités septiques que l'air peut chasser devant lui, l'expérience montre qu'un courant régulier de gaz traverse les trompes sans entraîner aucune mucosité et ceci pour la bonne raison qu'elles adhèrent davantage à la paroi de la trompe qu'à la paroi des bulles de gaz.

L'importance du facteur infection est d'autant moins à craindre que toute infection aiguë du tractus génital est une contre-indication formelle de l'insufflatien. Nous reviendrons, d'ailleurs, sur cette question à propos des indications de l'insufflation.

3° *A la syncope respiratoire.* — Par irritation du phrénique ou du vago-sympathique.

C'est un accident bien rare que l'on évite en poussant le gaz lentement, et en ne dépassant jamais une quantité d'environ 200 centimètres cubes d'oxygène.

4° *A l'embolie gazeuse.* — C'est le plus fréquent des accidents observés. Aujourd'hui, nous savons l'éviter.

L'expérience nous a montré que toute lésion de la muqueuse utérine est une contre-indication à l'insufflation.

Il ne faut jamais traumatiser le col ni la muqueuse. Si pareil accident se produit, il faut ajourner l'insufflation.

L'emploi de l'oxygène marque, d'ailleurs, à ce point de vue un réel progrès, tous les accidents publiés étant observés par l'emploi de l'air.

Indications. — La méthode de l'insufflation tubaire trouve ses indications non seulement comme moyen d'exploration et de diagnostic préopératoire, mais aussi comme agent thérapeutique de premier ordre contre la stérilité d'origine tubaire dont nous connaissons mieux aujourd'hui et l'importance et l'extrême fréquence.

Dans ces cas de stérilité tubaire, ni l'étude des antécédents, ni le toucher le plus attentif, ni même l'examen opératoire le plus minutieux ne permettront de déceler le siège et la cause de la stérilité. Seule l'insufflation permettra de reconnaître avec facilité la lésion oblitérante des trompes.

Son importance est considérable surtout dans les cas où, presque sans symptômes, une infection gonococcique latente vient obstruer les trompes par une poussée de salpingite assez souvent méconnue.

Les multiples indications de l'insufflation tubaire peuvent être divisées en indications chirurgicales, médicales et thérapeutiques.

Indications chirurgicales. — L'insufflation peut être employée par le chirurgien pour décider son acte opératoire, pour le contrôler pendant son exécution, pour vérifier les résultats de son intervention.

Avant une opération pour annexite chronique, l'insufflation permettra de diriger l'acte opératoire du côté de la trompe oblitérée et de respecter la trompe perméable.

Observation. — Mme H..., vingt-sept ans, sans profession, entre à l'hôpital le 12 mai 1924 avec une salpingo-ovarite gauche très douloureuse. Aucun antécédent pathologique notable. Premières règles à treize ans et demi, normales. Mariée en octobre 1919. Grossesse normale en 1921 avec accouchement à terme d'un enfant du sexe masculin (juin 1921). Postpartum sans incidents. Depuis, stérilité malgré vif désir de maternité.

Examen. — On perçoit dans le cul-de-sac de Douglas, à gauche, une tumeur annexielle assez volumineuse, douloureuse à la palpation. Aucune amélioration, sauf une légère diminution des douleurs après vingt-cinq séances de diathermie. Devant l'échec de cette thérapeutique, la malade demande elle-même une intervention. Auparavant le docteur Douay fait la recherche de la perméabilité des trompes.

Insufflation le 17 mai 1924. Appareil de Douay. Oxygène. On fait plusieurs tentatives en faisant monter la pression progressivement jusqu'à 150 millimètres de pression. A ce moment, l'auscultation indique la perméabilité de la trompe droite.

Opération le 19 mai 1924. Ablation de l'annexe gauche. L'annexe droite est laissée en place. Appendicectomie. Fermeture du péritoine et de la paroi par le procédé habituel. Suites opératoires normales. La malade quitte l'hôpital le 1er juin 1924 complètement guérie.

La malade est revue le 23 octobre annonçant un retard des règles de quinze jours, puis le 14 novembre, où l'absence des règles confirmée fait penser à une grossesse possible. Au 2 avril 1925, grossesse de sept mois normale.

Accouchement le 16 juin 1925 à terme d'un enfant bien portant.

Nous avons vu bien des femmes traitées par des opérations plastiques sur le col ou sur l'utérus chez lesquelles l'insufflation nous a montré le vrai obstacle à la fécondation sous la forme d'oblitération tubaire. Voici un autre exemple :

Observation. — Mme P..., vingt-quatre ans, mariée depuis trois ans (spermatozoïdes). Réglée à treize ans et demi. Durée cinq à six jours douloureuses. Pas de pertes blanches.

Examen. — Utérus petit, mobile sans inflammation. Orifice du col petit. Isthme très étroit. L'hystéromètre ne passe pas, mais la bougie fine n° 8 passe avec difficulté.

Diagnostic. — Sténose isthmique.

Opération. — Le 23 juillet 1924. Anesthésie générale (Schleich). Dilatation aux bougies de Hégar n° 34.

Curettage. Incision bilatérale du col et mise en place d'un tube d'Iribarne. Suites normales. Sort de l'hôpital le 28 juillet.

Revue le 13 mars 1925, très beaux résultats plastiques, règles normales non douloureuses, durée deux à trois jours. Mais pas de résultat désiré.

Revue le 2 décembre 1925. Pas de retard de règles. Col très beau, facilement perméable (6 centimètres et demi).

Insufflation. — Le 8 janvier 1926, première épreuve à 200 millimètres négative; deuxième épreuve à 200 millimètres, l'auscultation montre une perméabilité à droite, peu nette. Baisse de pression très lente jusqu'à 150; troisième et quatrième épreuve, la pression tombe doucement jusqu'à 100 millimètres. A la cinquième épreuve 200 millimètres, la pression tombe très rapidement. Perméabilité bilatérale perçue avec le stéthoscope bi-auriculaire. Sonorité hépatique.

Petite douleur au lever sous le sein droit. Dix minutes après douleur d'épaule avec sensation de constriction thoracique et gêne respiratoire très supportable.

Pendant l'opération l'insufflation permettra au chirurgien de vérifier son acte opératoire plastique en lui montrant la perméabilité de sa néostomie, mais dans ces cas il ne faut employer qu'une quantité minime d'oxygène et ceci avec toute l'attention requise en raison de la possibilité d'une embolie gazeuse toujours à craindre.

Dans les mois qui suivent l'intervention, l'insufflation pourra être employée non seulement pour vérifier la perméabilité tubaire, mais surtout pour entretenir et consolider cette perméabilité par des insufflations cathétérisantes répétées.

Ainsi, donc l'insufflation permet au chirurgien de diriger plus judicieusement les malades vers la salle d'opérations, de choisir son acte opératoire, de le contrôler et de le stabiliser après.

Indications médicales. — Dans un cas de stérilité sans lésion apparente, l'insufflation seule permet de voir l'état des trompes et par conséquent de diriger la thérapeutique en connaissance de cause, soit du côté de l'utérus ou de l'ovaire, soit du côté des trompes.

Si les trompes sont perméables, le médecin fera porter son attention vers l'opothérapie ovarienne ou vers un traitement utérin ; si, au contraire, l'insufflation montre l'imperméabilité des trompes le médecin essaiera avant tout de les déboucher par tous les moyens connus : massages, diathermie, cures hydrominérales, etc., et surtout par la répétition de l'insufflation.

Observation. — Mme G..., vingt-deux ans, entrée à l'hôpital Broca au mois d'octobre 1925, consulte parce qu'elle n'a pas d'enfants. Grand désir de maternité. Souffre le premier jour de ses règles.

Examen. — On trouve à l'examen un utérus petit, rétrofléchi et une métrite légère. Le docteur Douay pratique une insufflation tubaire qui rétablit la perméabilité des deux trompes comme le montre l'auscultation.

On confie ensuite la malade à Mlle le Dr Moeurs pour le

massage. Le traitement commence fin octobre consistant en quinze séances environ.

Au mois d'avril 1926 la malade est revue avec absence de règles de trois mois. On porte le diagnostic d'utérus gravide.

Accouchement au mois d'octobre, à terme, d'un enfant vivant et bien portant.

Dans ces cas, qui sont d'ailleurs beaucoup moins rares qu'on ne suppose, l'insufflation a un effet thérapeutique réel étant seule capable de déboucher une trompe oblitérée.

Il s'agit probablement dans ces cas d'une agglutination des franges du pavillon, ou d'adhérences assez lâches mais suffisantes pour fermer la lumière du canal tubaire et qui cèdent à la pression répétée du gaz, et notre statistique personnelle comprend un nombre considérable de pareils cas d'oblitérations tubaires guéries par des insufflations répétées (1).

Il y a des cas où la désobstruction survient dans une seule séance à la troisième ou à la quatrième tentative; il y en a d'autres plus difficiles où le gaz ne passe qu'à la deuxième, troisième ou quatrième séance.

Voici un exemple :

Observation. — Mme B..., vingt-cinq ans, mariée depuis trois ans, règles régulières de quatre jours sans douleurs, pas de pertes blanches, pas de troubles d'insuffisance ovarienne.

Examen. — Col ouvert, utérus facilement perméable à l'hystéromètre.

Insufflation. — Faite le 30 mai 1925. Appareil de Douay (oxygène). Les cinq premières épreuves sont négatives à 200-205 millimètres. A la cinquième épreuve, 210 millimètres, un peu d'oxygène semble passer du côté droit. Douleur légère.

A la sixième, 210 millimètres, l'oxygène passe librement. On ausculte et on entend à droite le bruit caractéristipue. La malade perçoit la pénétration du gaz. L'auscultation à gauche au contraire reste négative. En se levant la malade ressent une douleur entre les deux épaules et au creux épigastrique.

Conclusions. — Trompes fermées. La droite est devenue perméable sous l'influence de l'insufflation.

Il ne faut jamais se presser de diagnostiquer une oblitération tubaire définitive. Au contraire, il faut répéter au moins quatre fois, à un mois d'intervalle l'insufflation, avant de conclure à la nécessité d'une opération, et nous avons vu la perméabilité se rétablir presque toujours en quelques mois sous l'influence du traitement médical et de l'insufflation répétée.

Pour obtenir de l'insufflation tous les bons résultats que l'on peut espérer, il faut non seulement la pratiquer avec toute l'attention possible, mais il ne faut la faire que dans les cas et les moments où elle est vraiment indiquée.

D'après notre expérience, la meilleure époque pour cette épreuve se trouve environ huit jours après la fin des règles. C'est le moment où la cavité virtuelle de la trompe peut être plus facilement distendue. Il ne faut jamais pratiquer l'insufflation qu'après un examen gynécologique très attentif.

Tout utérus saignant, toute infection cervicale, toute annexe douloureuse et enflammée, tout état fébrile doivent être considérés comme des contre-indications (Douay).

A la condition de respecter ces contre-indications et de la faire prudemment, l'insufflation tubaire est une méthode d'exploration bénigne et inoffensive, capable de donner des indications et des résultats appréciables, et dont le droit de vie dans notre arsenal thérapeutique semble définitivement acquis.

(1) Voir la Thèse de Wibaux, Paris 1926.

[Pour la bibliographie, voir la Thèse de Wibaux. *Stérilité d'origine tubaire*, Paris 1926, M. Vigné.]

ACTUALITÉS

LE TRAITEMENT DES VARICES PAR LES INJECTIONS SCLÉROSANTES

L'idée de traiter les varices par l'injection de médicaments provoquant leur oblitération n'est pas récente puisque, dès 1853, Chassaignac avait tenté des injections de perchlorure de fer et, qu'en 1855, Desgranges injectait dans les veines variqueuses une liqueur iodotannique. Mais les produits choisis l'avaient été pour leurs propriétés coagulantes; le manque d'asepsie avait provoqué des phlébites graves. Les embolies qui se produisaient pour ces deux raisons et les accidents infectieux firent tomber dans un discrédit prolongé une méthode qui paraissait pleine de promesses.

En 1894, Delore montra que les succès obtenus étaient dus non à la coagulation sanguine mais à la réaction de la paroi veineuse; mais toujours sous la crainte de l'embolie, les méthodes employées par Tavel, puis Schiassi, furent purement chirurgicales.

En 1916-1917, Sicard nota le premier l'effet oblitérant, sans coagulation ni infection, que possédaient les injections répétées de produits arsénicaux hypersodiques. Il y avait là un rappel du processus naturel de guérison de certaines varices et l'origine en fut par cet auteur rattachée aux effets sur l'endoveine de la soude libre contenue dans le médicament. Les arsénicaux furent abandonnés et remplacés avantageusement par une série de produits plus maniables.

Effets anatomiques et physiologiques. — 1° Les substances actuellement employées n'agissent pas par coagulation sanguine. — Au taux où on les emploie, ce sont en effet des anticoagulants, *in vivo* comme *in vitro*.

2° Le médicament exerce sur la paroi veineuse une action caustique. — Dès le début, on observe une modification de l'endothélium veineux dont les cellules deviennent globuleuses et font saillie dans la lumière, leur noyau s'hypertrophiant et s'arrondissant. En même temps, se produit un caillot, surtout fibrineux qui se produit par stratification au contact de la paroi (Montpellier et Lacroix). Puis les cellules endothéliales prolifèrent par division directe, se superposent en plusieurs assises et reviennent peu à peu au type mésenchymateux. Elles envahissent le caillot laissant entre elles des îlots de fibrine, des hématies, des leucocytes.

Le caillot se transforme graduellement en un cordon fibreux dense, enclavant quelques leucocytes et quelques hématies en voie de destruction; ce cordon régresse lui-même lentement, et il ne persiste plus que quelques amas de pigment ocre.

Le mélange de collargol au salicylate a montré à Jentzer que, dès le début, le produit diffuse dans la musculaire et dans l'adventice et parfois au delà; d'où participation de ces tuniques : périphlébite et mésophlébite avec aspect globuleux des fibres musculaires suivi de leur retour au type mésenchyma-

teux; plus tard se produit la fragmentation des fibres élastiques; toutes réactions qui demeurent aseptiques.

Le mode de production et d'organisation du caillot expliquent qu'on n'ait jamais encore signalé d'embolie. Jentzer a, de plus, montré radiographiquement que dans les veines atteintes, le courant sanguin était inversé et d'autant plus que l'insuffisance valvulaire était plus prononcée. On peut y trouver un motif de plus à la rareté des embolies, même au début.

Indications de la méthode. — Les injections sclérosantes semblent devoir donner des succès dans les cas suivants :

Varices superficielles *douloureuses ou avec gêne fonctionnelle.*

Varices en imminence de complications : ruptures variqueuses, eczéma, dermites pré-ulcéreuses.

Varices compliquées : Troubles trophiques de la peau ou des ongles, hyperhydrose, eczémas suintants ou écailleux.

Varices sans signes fonctionnels *mais d'un volume disgracieux.*

Le traitement peut aussi être employé mais à titre adjuvant seulement dans des varices par troubles endocriniens.

CONTRE-INDICATIONS. — *Varices symptomatiques* : grossesse, fibrome, kyste ovarien.

Varices diffuses télangiectasiques.

Varices s'accompagnant d'*infiltration éléphantiasique* ou d'un ulcère calleux.

Varices autrefois infectées ou s'accompagnant d'induration veineuse et de placards de périphlébite où l'injection pourrait causer une reprise d'infection.

Les sels employés. Toxicité. — I. Le sel *le plus employé* actuellement est le SALICYLATE DE SOUDE qui est habituellement bien supporté en injections intraveineuses. On l'utilise le plus souvent en *solution à 30 p. 100,* mais parfois aussi à 20 ou 40 p. 100, s'il faut, soit examiner la tolérance du sujet, soit encore exercer une action irritante plus intense. On peut employer en une séance 8 centimètres cubes à 30 p. 100 ou 4 centimètres cubes à 40 p. 100.

Les solutions seront faites avec un sel cristallisé chimiquement pur, dans de l'eau bidistillée, tyndallisées à 100 degrés trois jours de suite et conservées dans des ampoules en verre dur inattaquable, aussi remplies que possible. Toute solution teintée sera rejetée.

Le salicylate est peu toxique en lui-même puisque 10 grammes et plus en vingt-quatre heures sont sans résultats dangereux; or, pour traiter les varices, 1g20 tous les deux jours est habituellement suffisant.

II. D'autres corps sont moins souvent employés.

CARBONATE DE SOUDE. — Le premier produit employé par Sicard (1916-1917). On emploie le sel cristallisé de formule $CO^3Na^2 + 10 H^2O$ qu'on dissout comme le salicylate dans de l'eau bidistillée et conservé dans des ampoules en verre spécial.

Stérilisation par tyndallisation à 80 degrés quatre jours de suite.

On emploie habituellement *la solution à 10 p. 100* plus rarement celles à 5 et à 15 p. 100. Le sel, malgré diverses actions secondaires intéressantes, n'est plus guère employé à cause de ses propriétés escharrotiques. On injecte *10 centimètres cubes* par séance de la solution à 10 p. 100 qu'on répartit sur trois points différents; les séances se font *tous les deux jours* pendant six à huit semaines. Malgré ces doses élevées, on n'a guère cité d'accidents toxiques; la maniabilité chez l'animal est grande : dose toxique : 8 grammes par kilogramme.

CITRATE DE SOUDE. — (Troisier 1917.) En *solution à 30 p. 100* ou au plus 50 p. 100; on injecte au plus *8 centimètres cubes par séance*, deux séances par semaine. La toxicité en est très faible et la dose ainsi administrée est très inférieure à celle qu'on emploie contre les phlébites et les artérites.

BIIODURE DE MERCURE. — (Montpellier et Lacroix.) On emploie la solution dans l'eau physiologique contenant *par centimètre cube 1/2 centigramme de biiodure* et 1/2 centigramme d'iodure de sodium, solution conservée en ampoules colorées et dans l'obscurité. On donne, en général, *1 à 3 centimètres cubes*; ce produit semble peu escharrotique en cas d'injection défectueuse.

La marge d'emploi est grande puisque 10 centigrammes en une injection sont, en général, bien supportés.

CHLORHYDRATE DE QUININE. — (Génévrier.) On emploie la même solution que contre le paludisme :

Chlorhydrate de quinine....	} *ãã* quarante centigr.
Uréthane..................	
Eau distillée....................	3 centim. cubes.

On injecte 3 centimètres cubes par séance répartis en deux ou trois injections; les séances sont hebdomadaires. Il s'agit donc de doses très inférieures à celles que reçoivent les paludéens.

Choix du produit à injecter. — LE MÉDICAMENT DE CHOIX SEMBLE ACTUELLEMENT LE SALICYLATE DE SOUDE mais c'est un escharrotique assez énergique lorsqu'il est hors de la veine; il est en général bien toléré mais on voit parfois s'établir une accoutumance. C'est cependant le produit qu'il faut essayer d'abord.

Le biiodure est en général peu douloureux et peu caustique mais il est souvent moins actif; chose paradoxale, les petites doses sont quelquefois plus actives que les grosses. Néanmoins on peut lui donner la préférence chez des spécifiques mais il faut toujours se méfier de poussées extensives de veinite qui lui semblent propres.

La quinine est bien supportée et assez régulière dans ses effets; on peut la préférer chez les paludéens. A noter qu'elle peut compléter ou réveiller l'action du salicylate (Delater), mais c'est beaucoup moins que les autres un traitement ambulatoire en raison de douleurs tardives.

Le citrate et le carbonate de soude semblent actuellement moins intéressants.

Manuel opératoire. — INSTRUMENTS NÉCESSAIRES. — Une seringue de Luer de 2 centimètres cubes est suffisante pour les injections de biiodure ou de salicylate. Une seringue de 10 centimètres cubes est nécessaire pour les injections de quinine, de citrate de soude ou de carbonate de soude. Lorsqu'on emploie ce dernier produit il est avantageux d'employer d'abord une seringue de 2 centimètres cubes pleine d'eau physiologique pour vérifier l'exacte mise en place de l'aiguille à la piqûre.

Il est indiqué d'aspirer la solution médicamen-

teuse avec une autre aiguille que celle qui sert à l'injection.

L'aiguille d'injection est une aiguille de 6/10 de millimètre de diamètre intérieur, bien affilée et à biseau court, du modèle établi pour intraveineuses.

Il est bon d'avoir à sa disposition un garrot de caoutchouc d'emploi d'ailleurs exceptionnel, et de l'adrénaline au cas d'accidents nitritoïdes.

Attitude du malade. — On pratique rarement l'injection dans le décubitus à cause de la flaccidité veineuse qui en résulte. On peut la pratiquer debout lorsque la veine est enrobée de graisse abondante ou que ses parois tendent à s'accoler.

L'attitude habituelle est la *position assise*; il est expédient de faire asseoir le malade sur une table ou un divan pour le mettre immédiatement en décubitus s'il est nécessaire.

Il est en général préférable d'éviter la trop rapide dilution par le sang du médicament en comprimant la veine légèrement au point d'injection et en y favorisant la stase.

Lieu d'injection. — On pratique en général plusieurs injections (deux ou trois) dans la même séance en plusieurs points espacés d'une même veine; procéder au cours du traitement par injections centripètes.

L'injection. — *Il est indispensable qu'elle soit rigoureusement intraveineuse.* — L'injection doit être poussée lentement et ne donner ni boule d'œdème, ni douleur, ni turgescence appréciable de la veine. Il est dans certains cas avantageux pour certains auteurs d'empêcher par compression de la veine la dilution immédiate du médicament par le sang; l'injection doit être poussée lentement.

Ces prescriptions générales sont plus importantes encore lorsqu'on emploie le carbonate de soude. A cause de son action escharrotique certains auteurs recommandent de faire la ponction veineuse avec une aiguille montée sur une seringue de 2 centimètres cubes pleine de sérum artificiel. Le reflux du sang dans la seringue, l'absence d'anomalies au lieu d'injection lorsqu'on refoule le mélange montrent que l'aiguille est bien en place. C'est seulement alors que changeant de seringue on injecte le carbonate de soude.

L'injection faite il est bon de *comprimer la veine* après avoir retiré l'aiguille pour éviter toute filtration de retour.

Sauf incidents le malade peut au bout de deux minutes se lever et marcher le cas excepté où l'on emploie la quinine qui donne souvent des douleurs tardives.

Effets de l'injection. — Les effets locaux sont sensiblement les mêmes avec les divers produits injectés, peut-être plus intenses avec le carbonate de soude.

Dès l'injection se produit une *vaso-constriction* nette de tout le segment veineux sus-jacent au siège de l'injection avec parfois de l'horripilation. Quelques secondes après apparaît une *crampe* qui demeure en général supportable malgré sa vivacité; elle dure plusieurs minutes et s'étend parfois dans une zone notable.

L'*oblitération* se déclenche dès le lendemain de l'injection en l'absence habituelle de toute douleur. La veine demeure pendant une semaine environ noyée dans une zone d'empâtement dur; elle-même forme un cordon qui évolue en un mois environ vers l'atrophie; il ne reste qu'un peu d'induration sans relief; parfois plusieurs injections peuvent être nécessaires pour arriver à ce résultat.

Effets généraux. — Ils sont en général à peu près nuls. Ils sont cependant parfois accentués avec le carbonate de soude : congestion de la face et des conjonctives, larmoiement, vertiges, céphalée, salivation, sensation de constriction pharyngée, barre épigastrique, tachycardie à 120. Quoique émotionnants ces signes sont sans gravité et de peu de durée; ils sont une raison de préférer l'emploi d'un autre sel.

Résultats cliniques. — Ils sont habituellement *bons* et d'une surprenante *rapidité* au point de vue fonctionnel. L'algie et le malaise du début passés, les douleurs disparaissent faisant place à une sensation de légèreté du membre qui se maintiendra; les dermites disparaissent; les ulcères même torpides se cicatrisent rapidement.

Incidents. — Ils semblent rares; en dehors de l'état syncopal du début, on peut observer surtout avec le biiodure des poussées extensives de veinite, ennuyeuses malgré leur bénignité. On peut aussi observer une exagération de la périveinite qui cède rapidement à l'application de cataplasmes. Plus graves sont *les escarres*, rebelles à la cicatrisation et douloureuses qui sont dues à une injection mal faite; complication qui peut compromettre les bons effets du traitement. Il ne faut pas considérer comme une complication la poussée douloureuse qui survient au bout de quelques jours lorsqu'on emploie la quinine.

Il semble donc que les injections sclérosantes soient un appréciable progrès dans le traitement de nombreuses formes de varices; la variété des produits employés a l'avantage de permettre d'utiliser les actions secondaires des divers produits. Ce sont en effet des adjuvants souvent utiles; non moins utiles à titre accessoire sont — et demeurent — les autres traitements des varices, opothérapie, cures thermales, interventions sur le sympathique même que ne remplacent pas les injections sclérosantes seules et qui permettent d'assurer ou de compléter le succès thérapeutique. R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1927)

Dégénérescence gélatineuse pseudo-kystique du tissu conjonctif juxta-articulaire et du tissu tendineux. — M. Lecène apporte trois nouvelles observations pouvant aider à préciser nos connaissances sur ces curieuses lésions de dégénérescence kystique du tissu cellulaire péri-articulaire qui ne doivent plus à l'heure actuelle être interprétées comme des hernies de la synoviale articulaire.

Angio-fibrome de la langue. — M. Auvray fait un rapport sur un nouveau cas de tumeur de la langue enlevée par M. Chastenet de Géry; l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un angio-fibrome.

A propos des ruptures traumatiques de l'urètre. — M. Marion pose la question de savoir à quel moment il faut réparer l'urètre; il a renoncé à en pratiquer la suture immé-

diate; il pratique une cystostomie, tout au plus incise s'il y a lieu l'hématome périnéal et rapproche approximativement les deux bouts de l'urètre qu'il ne répare que six semaines après par suture. Le succès des opérations ainsi exécutées est constant.

Trente-trois opérations ostéoplastiques pour subluxations et luxations congénitales de la hanche. — M. OMBRÉDANNE fait un important rapport sur un travail de M. LANCE, au sujet des résultats de trente-trois opérations de butées ostéoplastiques; il étudie les indications de l'opération qui, pour lui, sont surtout la douleur, la fatigue à la marche, la boiterie d'origine mécanique; et les affections qui déterminent les appuis anormaux de la tête fémorale sur l'os iliaque, causes de douleur et de fatigue; M. Ombrédanne analyse ensuite les circonstances dans lesquelles M. Lance a exécuté ses opérations et revise la question de la technique opératoire (décrite en détail dans la *Presse médicale* du 15 juillet 1925). Le rapporteur présente une série de radiographies montrant les admirables résultats donnés par cette méthode qui est certainement une des plus belles conquêtes de la chirurgie réparatrice moderne.

(SÉANCE ANNUELLE DU 19 JANVIER 1927)

M. AUVRAY, président sortant, prononce le discours d'usage. Il rappelle le souvenir des membres décédés pendant le cours de l'année : M. le professeur Le Dentu, membre titulaire depuis 1873; Roux (de Marseille), Gauthier (de Luxeuil), Jeanne (de Rouen), correspondants nationaux; Thomas Jonnesco (de Bucarest) et O. Bloch (de Copenhague), membres associés étrangers.

M. Auvray salue encore le nouveau président, M. Michon, et les membres élus pendant l'année qui se termine. Il montre le gros effort scientifique accompli pendant les derniers mois, et insiste une fois de plus sur la nécessité d'élargir les cadres de la Société.

Après le rapport de M. PROUST, secrétaire, sur les travaux de l'année, et la proclamation des prix décernés par la Société (voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 7, p. 105), M. LENORMANT, secrétaire général, prononce l'éloge de Simon DUPLAY.

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1927)

Les platyspondylies. — M. SORREL fait un rapport sur un travail de M. LANCE.

A propos des ruptures traumatiques de l'urètre. — M. LEGUEU apporte les résultats de son expérience sur ce sujet, basée sur 47 observations personnelles; il passe en revue les avantages et les inconvénients des méthodes pratiquées jusqu'à ce jour, pour la réparation de l'urètre périnéal rompu; méthodes de la suture sur sonde à demeure, par cystostomie hypogastrique avec incision de l'hématome, enfin, cystostomie avec suture de l'urètre et du périnée; il étudie les causes d'échecs de la suture (infiltration profonde du périnée, trop grand écart des bouts ou contusion des bords de l'urètre) et il conclut en recommandant la cystostomie immédiate avec incision de l'hématome, suture de l'urètre dans les cas favorables; dans les mauvais cas, il vaut mieux pratiquer l'urétrostomie périnéale.

Les troubles de la coagulabilité sanguine dans les splénomégalies chroniques. — M. P.-E. WEILL apporte 32 examens de sang au point de vue de la coagulabilité et du temps de saignement dans les rates hypertrophiées (anémies spléniques ictères splénomégaliques, maladies de Banti, de Vaquez, sarcome, maladie de Hogdkin, leucémies myélogènes, leucémies lymphatiques splénomégaliques, etc...).

Dans ces cas, le temps de saignement est prolongé: le sang coagule avec un retard marqué, le caillot ensuite ne se rétracte pas. Ce syndrome sanguin, analogue à celui que l'on observe au cours des affections chroniques du foie (syndrome hémorragique) explique la fréquence des hémorragies spontanées chez les malades atteints de maladies spléniques, et la fréquence des hémorragies opératoires et post-opératoires chez ces mêmes sujets. L'auteur conseille, dans ces cas, de faire deux heures avant l'intervention une transfusion de sang.

A propos du drainage à la Mickulicz (*suite et fin de la discussion*). — MM. SAUVÉ et DE MARTEL utilisent le drainage à la Mickulicz et distinguent les cas dans lesquels il semble donner les meilleurs résultats.

M. J.-L. FAURE, dans une longue communication, clôture brillamment la discussion qu'il avait ouverte à ce sujet. Apôtre du drainage à la Mickulicz, il fait un nouveau et très éloquent plaidoyer en faveur de cette excellente méthode, regrettant que les membres de la Société n'aient pas répondu en plus grand nombre à son appel, et n'aient pas apporté à la tribune leurs observations et leur opinion sur ce sujet.

Pour lui, l'importance de la question est capitale; c'est par milliers que des vies humaines ont été sauvées depuis que la technique de ce drainage a été mise au point; nous devons reconnaître que depuis que la majorité des chirurgiens a systématiquement adopté pour le drainage après les opérations pour cancer du col utérin le tamponnement à la Mickulicz, les statistiques ont été transformées. M. FAURE voudrait étendre sa méthode à la chirurgie des côlons; la mortalité opératoire après les résections du côlon est élevée, cette chirurgie est très septique, les malades meurent le plus souvent d'infection et M. FAURE ne voit pas de raison de traiter différemment les opérés des côlons, du rectum, et les opérées de cancers utérins. Il répond à M. DUVAL et apporte avec de nouveaux arguments en faveur de la thèse qu'il soutient, ses statistiques très complètes de chirurgie intestinale, qui montrent à quel point dans ce domaine, le tamponnement a diminué la mortalité post-opératoire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1927)

Influence des conditions locales et générales sur l'évolution des éléments pancréatiques. — M. RETTERER. Chez les cobayes inanitiés (mais dont la sécrétion externe du pancréas est intacte) les îlots de Langerhans augmentent de nombre et de volume, les cellules épithéliales des acini évoluent en tissu conjonctivo-vasculaire. D'autre part dans un pancréas de singe dont on a lié les canaux excréteurs et qui, après quatre mois ne présentait que de minuscules îlots (quoique pendant la vie on n'ait pas constaté de glycosurie) l'examen histologique montre que les acini sont hyperplasiés, transformés en traînées de protoplasme granuleux qui à la périphérie s'ordonne en tissu réticulé ou en masse hyaline. Donc les cellules épithéliales des acini sont sujettes à de grandes transformations et suivant les conditions locales et générales, visent au tissu réticulé ou hyalin.

Du métabolisme hydrocarboné des cellules cancéreuses. — M. BLANCHETIÈRE. De la constatation dans les tissus cancéreux d'une glycolyse intense, certains auteurs ont conclu que l'absence d'oxygène était nécessaire au développement du cancer. Les cellules non glycolysantes disparaîtraient dans ces conditions, et seules survivraient les cellules dans lesquelles le clivage du sucre et acide lactique, prédomine sur les oxydations, qui sont précisément des cellules jeunes embryonnaires. Or les recherches de M. Blanchetière, faites selon une méthode plus précise avec un volume plus grand de tissu cancéreux provenant du sarcome de la souris, ont vérifié la glycolyse considérable qui s'exerce dans les tissus cancéreux mais — contrairement aux conclusions antérieures — établissent que cette glycolyse n'aboutit pas exclusivement à la formation d'acide lactique. *Plus de 50 p. 100 du glucose au contraire ne se retrouve pas sous cette forme.* L'auteur se propose de déterminer les substances de désintégration formées, qui sont peut-être des polysaccharides du type glycogène.

La scarlatine expérimentale chez le lapin. — MM. ROSEN et KRITCH (présentés par M. Champy) ont inoculé dans la muqueuse buccale de 37 lapins des produits scarlatineux filtrés ou non. Ils ont obtenu 31 inoculations positives. Parmi ces animaux 22 ont présenté une fièvre cyclique avec desquamation et erythème : presque tous les animaux ont présenté des lésions de parakératose, d'hypertrophie lymphatique et de néphrite.

Dans un petit nombre de cas on a retrouvé dans le sang le streptocoque hémolytique, dans tous les cas il a été constaté dans les convulsions d'organe. Les auteurs en concluent que la scarlatine est d'origine streptococcique et que les résultats positifs obtenus avec des produits pathogènes filtrés montrent que le germe possède des formes filtrantes virulentes.

Alimentation des enfants de quatre à quinze ans. — M. Ch. Richet fils d'après l'étude d'une série de cas constate que l'enfant normal de quatre à quinze ans a besoin pour son alimentation proportionnellement à son poids d'une ration deux fois plus riche en matières protéiques et en calories que l'adulte.

Des rapports entre la tension veineuse et la tension du liquide céphalo-rachidien. — MM. Arnault-Tzanck et Paul Renault, ont étudié par la méthode graphique la pression du liquide céphalo-rachidien comparativement à la pression veineuse. Les auteurs pensent qu'étant données des connexions anatomiques entre les plexus veineux périrachidiens et les espaces sous la pression doit être la même dans ces deux espaces. Ils notent d'autre part que tous les facteurs influant sur la pression veineuse influent sur la pression du liquide céphalo-rachidien. Une série d'expériences et de recherches viennent confirmer cette hypothèse. Ils mettent en lumière l'intérêt qu'il y a d'étudier comparativement ces deux pressions.

Election d'un membre titulaire. — M. Lacassagne est élu par 24 voix sur 42 votants.

NOTES DE PRATIQUE

On a dit avec raison que le traitement par la voie rectale valait certainement l'injection intraveineuse.

Il est hors de doute que l'absorption d'un médicament par les capillaires de l'intestin, entraîné ensuite par la veine-porte jusqu'au foie où il se trouve vitalisé, donne des résultats rapides et dans lesquels le schok n'a pas à intervenir, d'où activité et suppression de tout danger.

On se rappelle, d'autre part, la célèbre expérience de Levaditi montrant que les spirochètes vivent sans difficulté au milieu du bismuth, du sublimé, du mercure et de l'arsenic jusqu'à ce qu'une goutte de bile surajoutée vienne les foudroyer.

Il est nécessaire pour cela que la dose de médicament soit minime et que sa division soit parfaite.

C'est le cas des « Suppargyres du docteur Faucher » dosés à 4 centigrammes pour les adultes par suppargyre et 2 centigrammes pour les nourrissons et les enfants, supportés à tous les âges sans le moindre inconvénient.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 31 JANVIER AU 5 FÉVRIER 1927)

THÈSES

Mardi 1er février. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Claude, Guillain et Sicard. — M. Buisson (J.). Etude des fibromes après la ménopause. — M. Davesne (P.). L'homohémothérapie dans la démence précoce. — Mlle Tissérand (M.). Etude des infections pulmonaires du nouveau-né. — M. Rosenblueth. Deux cas d'hémispasme facial essentiel. — M. Decourt (Jacques). Etude des ataxies aiguës.

Vendredi 4 février. — Jury : MM. Delbet, président; Carnot, Lemierre et Proust. — M. Lafont (E.). Ostéites et ostéomyélites. — M. Troncin (J.). Les atteintes rénales dans la pneumonie.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC, COMPLICATIONS DE LA GRIPPE[1]

2° **Suivant la gravité.** — ETAT GRIPPAL (Huchard). — C'est une forme très atténuée de l'infection grippale se traduisant par des malaises, des indispositions de courte durée, quelques frissons, des douleurs vagues, de la fatigue et une courbature peu accusée. L'accès fébrile ne persiste que quelques heures; puis tout rentre dans l'ordre.

FORME HYPERTOXIQUE. — Dès les premières heures l'état général est très altéré, le facies plombé, les lèvres cyanosées, la langue sèche et rôtie, le pouls *accéléré, mou*. Les urines sont albumineuses, la tension basse. Le malade est agité, présente du délire et meurt dans des phénomènes de dépression cardiaque et d'insuffisance surrénale.

3° **Formes d'après l'âge.** — *A*. GRIPPE DU VIEILLARD. — Chez le vieillard les réactions générales sont moins vives, mais la gravité du pronostic est faite de la fréquence des complications pneumoniques.

B. GRIPPE INFANTILE. — Rappelle dans l'ensemble la grippe de l'adulte, peut donner lieu à une réaction méningée intense s'accompagnant de lymphocytose rachidienne.

C. GRIPPE DU NOURRISSON. — Le nourrisson semble particulièrement réfractaire. La grippe se manifeste surtout par de la somnolence et de l'abattement.

4° **Formes associées.** — Outre que les épidémies de choléra, de méningite cérébro-spinale, d'encéphalite léthargique précèdent, accompagnent ou suivent souvent les pandémies grippales, d'une part fièvre typhoïde et grippe peuvent évoluer conjointement, d'autre part la grippe peut réveiller les accès paludéens. Mais l'association la plus discutée est celle de la *grippe et de la tuberculose*. Pour certains, la grippe n'exerce aucune influence défavorable chez les tuberculeux. Pour d'autres, la grippe donne un coup de fouet aux lésions qui semblaient cicatrisées et peut être la cause d'une *poussée évolutive*.

Enfin, l'association de grippe et de *grossesse* semble particulièrement redoutable.

COMPLICATIONS

Les complications *pleuro-pulmonaires* de la grippe sont au premier plan, tant par leur fréquence que par leur gravité. Les manifestations broncho-pulmonaires sont d'une brusquerie et d'une brutalité qui ne sont égalées dans aucune autre maladie infectieuse, et il y a un polymorphisme extrême dans ces manifestations.

Nous les étudierons en premier lieu.

1° **Bronchite simple.** — Ses signes sont au maximum dès le deuxième ou troisième jour de la grippe. Ils consistent en râles sibilants et ronflants disséminés dans toute la poitrine. L'expectoration est du type muco-purulent.

Il y a peu de dyspnée, et ces manifestations ne donnent que rarement une forte poussée fébrile, mais peuvent maintenir un état subfébrile pendant plusieurs semaines.

2° **Congestions pulmonaires.** — Dans sa forme la plus habituelle la congestion pulmonaire grippale se manifeste par une élévation thermique, un point de côté léger, une expectoration grumeleuse.

A l'examen, la percussion révèle souvent peu de modifications. C'est surtout l'auscultation de la *base* ou de l'*aisselle* qui, pratiquée attentivement, permettra d'entendre *après la toux* quelques râles fins. Ce ou ces foyers expliquent souvent la persistance de la température. Ils cèdent en général assez rapidement à la révulsion.

Les congestions pulmonaires grippales peuvent prendre le type Voillez, le type spléno-pneumonique ou pleuro-pneumonique.

3° **Œdèmes aigus.** — Il s'agit d'œdèmes infectieux. Au cours de la dernière épidémie cet œdème a pris souvent le *type suraigu*. Le drame était rapide, en quelques heures, après une phase d'angoisse, de dyspnée, apparaissait une marée de râles montants de toutes sortes. Le poumon était envahi de la base au sommet. Une expectoration mousseuse abondante, saumonnée, survenait; et à moins d'une saignée abondante la mort arrivait dans l'asphyxie et la cyanose.

Il existe également des œdèmes pulmonaires *subaigus* dont la résolution est rapide. Enfin, dans d'autres cas, l'œdème pulmonaire peut affecter une allure traînante et simuler la tuberculose pulmonaire.

4° **Broncho-pneumonies grippales.** — La broncho-pneumonie est une complication fréquente au cours des grandes épidémies de grippe. D'une manière générale, elle affecte le type de broncho-pneumonie *pseudo-lobaire*, et son apparition est précédée d'une élévation de température.

Les signes physiques sont à peu près identiques dans tous les cas : l'auscultation révèle au niveau de zones submates ou mates des foyers de râles bulleux et du souffle tubaire. Les râles sont plus ou moins nombreux, plus ou moins humides.

L'*expectoration* est en général peu abondante. Elle peut manquer complètement, être franchement hémoptoïque ou purulente d'emblée.

L'intensité des signes fonctionnels et généraux donne une allure bien spéciale à la broncho-pneumonie grippale; on peut voir à côté de la *forme aiguë commune* :

a. Des formes foudroyantes suraiguës;
b. Des formes aiguës suppurées;
c. Des formes prolongées;
d. Des formes à rechutes.

Plus il y a de foyers, plus les lésions sont diffuses, plus le pronostic est grave.

5° **Pneumonie.** — Elle est due au pneumocoque.

Elle peut être très précoce ou survenir vers le dixième ou le quinzième jour.

Début. — *Insidieux*. — Ce sont les signes de grippe qui dominent. Le début de la pneumonie grippale n'a pas la solennité de la pneumonie habituelle.

Le point de côté manque souvent; on ne note que de légers frissonnements, les crachats n'ont rien de caractéristique. Ils restent souvent muqueux, ou muco-purulents, avec quelques stries sanglantes. Dans d'autres cas, elle peut s'annoncer par une élévation thermique et être reconnue par l'examen physique.

Etat. — La pneumonie grippale donne lieu à des signes fonctionnels et physiques différents de la pneumonie habituelle.

En général, le facies est souvent pâle, les yeux sont excavés, les lèvres cyanosées. La dyspnée peut être intense.

Localement, la matité est constante; par contre, le souffle, les râles sont peu nets, atypiques.

Evolution. — Elle est également atypique. Les signes physiques persistent assez longtemps; la défervescence est graduelle.

Ces pneumonies grippales peuvent se terminer par la mort; soit du fait d'une intoxication suraiguë, soit du fait d'une transformation purulente ou d'une autre localisation de l'infection pneumococcique (endocardite, méningite).

La *gangrène du poumon* est une complication rare, ainsi que l'*abcès du poumon*.

Manifestations pleurales. — Au cours de la grippe on peut voir survenir des pleurésies de siège et de nature très variables. Ces épanchements peuvent être séro-fibrineux ou purulents. Dans ce dernier cas, le streptocoque est fréquemment en cause. Dans la discussion de l'acte opératoire il faut tenir grand compte des *lésions pulmonaires sous-jacentes*. Une intervention très précoce n'est pas toujours d'un bon effet.

(*A suivre*.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 8, p. 135.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT
FRAEGER

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* **48-31**

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : **65** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili. Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : **75** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Instruction publique. — *Au grade de chevalier.* — MM. les professeurs Moitessier (de Marseille) et Pfersdorff (de Strasbourg).

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION A TITRE POSTHUME. — Le Gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. Tariel (Henri-Marie-Joseph), interne de l'hôpital Trousseau. S'est toujours distingué par sa conscience professionnelle et son dévouement. Au cours de son externat, s'est déjà prêté à une transfusion du sang pour ranimer un malade de son service. Affecté récemment aux soins des contagieux, a contracté une fièvre scarlatine dont il est décédé en quelques jours à l'âge de vingt-huit ans. (*J. O.*, 2 fév. 1927.)

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or est décernée à titre posthume à M. Tariel, interne de l'hôpital Trousseau, décédé victime de son dévouement.

TROUPES COLONIALES. — M. le médecin inspecteur Allain, adjoint au directeur du service de santé du corps d'armée coloniale, a été placé, à compter du 2 février 1927, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire des troupes coloniales. — (*J. O.* du 3 février).

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE D'HAUTEVILLE (AIN). — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Hauteville (Ain).

Le traitement alloué est fixé à 1.500 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès), leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références. (*J. O.*, 2 fév. 1927.)

AMICALE DES MÉDECINS DE LA CHAMPAGNE. — Le second dîner de l'Amicale des médecins de la Champagne aura lieu le mardi 15 février 1927, au restaurant des Centraux, 8, rue Jean-Goujon.

Pour adhésion et renseignements, s'adresser le plus tôt possible au docteur Xavier Colanéri, 61 *bis*, boulevard Beauséjour (XVIe), ou bien au docteur Villetard de Laguerrie, 11, rue du Lac, Saint-Mandé.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique médicale des enfants (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). — *Enseignement de vacances (Pâques 1927).* — Un cours de clinique médicale des enfants sera donné à l'hôpital des Enfants-Malades, sous la direction du professeur Nobécourt et de M. Lereboullet, agrégé, avec le concours des docteurs Babonneix et Tixier, médecins des hôpitaux; des docteurs Nadal, Paraf, René Mathieu, Janet et Pichon, anciens chefs de clinique; des docteurs Boulanger-Pilet et Lebée, chefs de clinique; du docteur Duhem, chef du service de radiologie de l'hôpital des Enfants-Malades; de MM. Bidot et Prétet, chefs du laboratoire de la clinique.

Il portera sur les questions actuelles de pédiatrie.

Il commencera le mercredi 20 avril 1927 et sera terminé le samedi 30 avril. Il sera complet en 20 leçons.

Les leçons auront lieu à 10 heures et à 16 heures.

Un cours de révision et de perfectionnement sera donné pendant les grandes vacances, du vendredi 22 juillet au vendredi 12 août 1927.

Sont admis à ce cours les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 200 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet 3), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1927)

Observations sur la similitude biologique. — M. Jules Amar.

Les innervations doubles dans l'organisme humain, découvertes par l'électrophysiologie pathologique et normale et contrôlées par l'anatomie. — M. Georges Bourguignon. La synergie de certains muscles est assurée, non seulement par les connexions entre les deux moitiés de la moelle, non seulement par l'égalité de leurs chronaxies, mais encore par une voie nerveuse périphérique qui unit les deux points moteurs des deux muscles synergiques.

Sur le pouvoir anticoagulant de certains colorants et d'arsénicaux. — M. G. Lefrou.

Sur le point d'attaque vasculaire des alcaloïdes de l'ergot. — M. Raymond-Hamet.

Principes généraux et technique du nouveau traitement de la maladie de Heine-Medin (paralysie infantile). — M. Bordier. Il s'agit de l'association de la radiothérapie médullaire et de la diathermie du ou des membres atteints, avec adjonction, quand cela est nécessaire, de l'électrothérapie (galvanisation) des muscles atrophiés.

Rappelant ses travaux antérieurs, l'auteur arrive à la conclusion suivante : « Sans guérir à coup sûr les formes les plus graves de la poliomyélite, où la réaction de dégénérescence totale existe sur un grand nombre de muscles, la radiodiathermothérapie en améliore considérablement le pronostic et l'évolution, et l'on peut dire que la majorité des formes à gravité moyenne ne résistent pas à son action puissante. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1927)

L'insuline; essai et posologie. — MM. Desgrez, Bierry et Rathery établissent que le seul abaissement de la glycémie est insuffisant pour déterminer la qualité d'une insuline. D'autres substances produisent un effet analogue aussi bien, d'ailleurs, que de simples extraits de pancréas pouvant renfermer des corps toxiques ou capables de provoquer des phénomènes d'anaphylaxie. La réaction d'hypoglycémie ne se présente avec toute sa valeur que si elle est produite par un poids infime de substance, 0mmg25, correspondant à « l'unité internationale ». Il conviendrait donc de formuler l'insuline en poids, comme les autres médicaments, ou que, s'il s'agit d'une solution, les fabricants indiquent les proportions du produit sec qui y sont renfermées.

Le contrôle des vaccins microbiens. — MM. G. Petit, R. Goldenberg et L. Panisset. Les vaccins microbiens sont très nombreux et très répandus. On peut s'étonner que de pareils médicaments ne soient l'objet d'aucun contrôle, pendant leur mise en vente et au moment de leur emploi, la seule garantie offerte au médecin et au malade est que le laboratoire qui prépare les vaccins doit être autorisé. Est-ce suffisant? Les auteurs ne le croient pas, ils proclament la nécessité d'un contrôle rigoureux des vaccins. Ils édictent les principes et les règles qui doivent présider à l'analyse bactériologique et physiologique des vaccins pour témoigner de leur bonne préparation, de leur innocuité et de leur efficacité.

L'habitude dans les symptômes morbides. — M. Ch. Fiessinger. L'habitude existe dans les symptômes d'une maladie comme dans les modes de penser. Le tableau d'une maladie continue de se dessiner quand la cause réelle en est éteinte. C'est ainsi qu'on voit des pouls lents permanents, d'origine lésionnelle, des albuminuries qui suivent des néphrites infectieuses guérir comme par enchantement lorsque la confiance a été rendue au malade.

Dans toutes les maladies chroniques l'habitude joue son rôle, il est malaisé de l'effacer. Une secousse émotive, comme celle qui est réalisée par les paroles affirmatives du médecin, est capable d'opérer le miracle. L'auteur cite plusieurs exemples de ce redressement subit qui s'opère parfois dans des maladies d'apparence redoutable.

L'insuline au cours de la cure thermale alcaline chez les diabétiques. — MM. R. Durand-Fardel, A. Mathieu de Fossey et M.-E. Binet apportent les résultats de leurs constatations cliniques, faites depuis trois ans, sur l'insulinothérapie pendant la cure thermale de Vichy, et spécifient la posologie pratique des deux traitements au cours de cette cure.

Il résulte de leurs observations que :

1° Les indications de la cure thermale et de la cure d'insuline sont différentes, la première donnant surtout de bons résultats dans les diabètes simples, sans dénutrition, où la seconde, sans être contre-indiquée, n'est pas indiquée; tandis que cette proposition peut se retourner lorsque se stabilise la période de dénutrition où la cure thermale, sans être contre-indiquée, n'est pas indiquée et où la cure d'insuline fait merveille.

2° La cure thermale alcaline ne renforce pas l'action du traitement insulinique ; elle ne peut être utile, au cours de la cure d'insuline, que considérée comme une phase de repos destinée à améliorer la glyco-régulation hépatique.

3° Il est préférable, en général, de ne pas conduire les deux traitements en même temps et d'adopter une méthode de cures alternées en supprimant seulement l'insuline pendant de courtes périodes de quelques jours au cours desquels on intercale la cure alcaline thermale.

4° En revanche, en cas de cessation du traitement insulinique, elle aide à la suppression du médicament; mais, pour que cette suppression ait chance de durer, il est nécessaire qu'avec une tolérance hydro-carbonée fixée, la glycosurie, la glycémie et l'acétonurie n'augmentent pas au moment de la suppression de l'insuline pendant la cure. Ensuite, l'étude des oscillations de la cholestérine sanguine et les variations du poids, dans le mois qui suit la cure thermale, indiqueront la valeur de celle-ci et ses indications.

Election d'un membre titulaire dans la deuxième section (chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales).

Classement des candidats : en première ligne, M. Auvray; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Gosset, Morax, Ombrédanne, Rouvillois et Terrien; adjoint à la liste de présentation, M. Cunéo.

Au premier tour de scrutin, M. Auvray a été élu par 61 voix sur 73 votants. M. Morax a obtenu 6 voix; M. Gosset, 1 voix; M. Rouvillois, 1 voix, et M. Terrien, 1 voix.

Nous sommes heureux d'adresser nos très affectueuses félicitations au vieil ami et au cher collaborateur que M. Auvray est pour la *Gazette des hôpitaux*.

REVUE GÉNÉRALE

LES DIVERSES CONCEPTIONS DU TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR L'INSULINE

SA MISE EN APPLICATION DANS LA PRATIQUE COURANTE

Par le docteur Emile AUBERTIN,
Chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

La découverte de l'insuline a amené dans le traitement du diabète sucré une telle amélioration, que le nombre des publications qui ont été consacrées à ce médicament depuis trois ans, dans les divers pays du monde, dépasse actuellement plusieurs milliers.

En faire une revue générale ne serait pas chose aisée, si, fort heureusement du reste, cette immense littérature ne comportait bien des redites. En fait, les méthodes utilisées par les divers auteurs se réduisent à un nombre relativement restreint. Malheureusement, les conceptions dont elles s'inspirent sont souvent si diamétralement opposées, qu'il est parfois bien difficile pour le profane de se faire une idée précise de la question. Je voudrais ici, cependant, montrer que la chose n'est pas impossible, et me plaçant surtout à un point de vue essentiellement pratique, indiquer les quelques règles très simples qu'il me paraît logique, et d'ailleurs efficace, d'appliquer actuellement dans la conduite du traitement du diabète par l'insuline.

A cet égard, j'étudierai successivement :

1° Les indications du traitement de fond du diabète par l'insuline;

2° Ses principes généraux;

3° Sa mise en application;

4° Ses résultats;

5° L'utilisation de l'insuline dans certains cas particuliers : coma diabétique, diabète compliqué, diabète infantile, l'insuline en dehors du diabète;

6° Les dangers de l'insuline.

I. LES INDICATIONS DU TRAITEMENT DE FOND DU DIABETE PAR L'INSULINE

a. Bien avant la découverte de l'insuline, Allen, en Amérique, avait admis que le diabète est la conséquence directe de la surnutrition, sous l'influence de laquelle les îlots de Langerhans deviennent insuffisants à leur tâche, et ne sécrètent plus la quantité d'hormone nécessaire au métabolisme normal des hydrates de carbone. Aussi, cet auteur cherchait-il, dans le diabète, à mettre au repos les cellules pancréatiques, en soumettant les malades à des régimes de misère.

Cette méthode de traitement du diabète par la sous-nutrition avait pour effet d'entraîner toujours plus ou moins un certain degré de dénutrition; mais l'insuline permet de parer à cet inconvénient, tout en assurant une mise au repos plus complète des cellules pancréatiques. Aussi Allen (2) préconise-t-il d'utiliser ce médicament dans tous les cas de diabète même légers; ce traitement n'étant pas seulement, dans son esprit, symptomatique, mais aussi et surtout curateur. Macléan, Frissel et Hayek, Cowie et Parson, Staub, Poulton et d'autres, se sont ralliés à cette manière de voir, que ne partage pas cependant la très grande majorité des auteurs. Outre qu'elle part d'un point de vue théorique discutable, cette méthode ne tient pas compte, en effet, des difficultés d'ordre pratique que comporte le traitement à l'insuline et qui doivent forcément en restreindre l'usage.

b. A l'inverse des auteurs précédents, d'autres estiment que l'insuline ne doit être employée que dans les cas graves de diabète ou même seulement dans le coma. Cette opinion, malheureusement un peu trop rapidement répandue, au début, en France notamment, a eu pour effet regrettable de prévenir beaucoup de praticiens contre l'emploi de ce médicament précieux, dans bien des cas où il aurait été utile, et de priver bon nombre de malades des bienfaits de cette thérapeutique.

M. Labbé (3) pose en principe que le régime seul suffit à réduire la glycosurie et que l'insuline ne doit être employée qu'en cas d'acidose. « L'indication, dit-il, est tirée non de l'abondance de la glycosurie, mais de l'existence et du degré de l'acidose; l'insuline n'est pas le médicament de l'hyperglycémie, mais celui de l'acidose. Quand on veut réduire la glycosurie, c'est au régime qu'on doit s'adresser. »

Cette opinion n'est généralement pas admise. Nombreux semblent, en effet, les sujets chez lesquels la diététique seule ne peut pas venir à bout de la glycosurie, même en dehors de l'acidose. Et l'on peut se demander, dans tous les cas, s'il n'est pas sans inconvénient de laisser les malades s'alimenter exclusivement, ou à peu près, de viandes et de graisses, surtout lorsqu'on connaît la facilité des diabétiques à contracter des néphrites. Les troubles apportés à la longue dans la nutrition par des régimes aussi déséquilibrés paraissent constituer un inconvénient plus grave que ceux qui peuvent résulter de la mise en pratique de l'emploi de l'insuline, qu'il semble excessif de limiter à ce point.

c. Pour l'immense majorité des auteurs, en effet, théoriquement tout au moins, *l'insuline doit être employée chez tous les diabétiques, acidosiques ou non, qui ne peuvent pas supporter, sans glycosurie et sans acidose des régimes mixtes, suffisants pour leur permettre de mener une existence en rapport avec les exigences de leurs charges.*

Malheureusement, l'insuline est un médicament coûteux, dont le mode d'administration est peu commode, d'autant plus que les injections doivent être répétées d'une manière indéfinie, puisqu'elles n'ont qu'un effet transitoire.

Aussi bien, sans perdre de vue l'idéal à rechercher, le médecin doit-il s'accommoder dans la pratique des difficultés qu'il peut y avoir à l'atteindre, et, lorsqu'il ne peut pas faire mieux, se contenter de restreindre les indications du médicament aux cas véritablement indispensables.

A cet égard, il me semble qu'on peut classer les diabétiques en quatre groupes :

1° Dans une première catégorie se rangent les malades atteints de diabète léger, chez lesquels la simple restriction du régime en hydrates de carbone suffit à faire disparaître la glycosurie sans nuire en rien à l'état général du malade. Il est évident que, dans ces cas, l'insuline est tout à fait inutile.

Cependant, certains malades, à qui la restriction des aliments est particulièrement pénible, demandent parfois qu'on les soumette à l'insuline, au moins pendant quelque temps, pour leur permettre de manger un peu plus. On ne voit vraiment pas pourquoi on leur refuserait cette satisfaction.

J'ajoute que chez certains diabétiques légers, astreints à fournir par périodes un travail plus intense qu'à l'ordinaire (préparation d'un concours, affaires importantes, voyage pénible, etc...), ce n'est pas aux malades à réclamer le médicament, mais au médecin a le proposer.

2° Dans une deuxième catégorie, se classent les diabétiques chez lesquels on ne peut faire disparaître complètement la glycosurie qu'en les soumettant à un régime de restriction sévère en hydrates de carbone, restriction à laquelle on est obligé, le plus souvent, d'adjoindre une diminution parallèle des viandes et parfois des graisses pour éviter la production de l'acidose.

Un tel régime est incompatible avec une existence d'une activité ordinaire. Et il est évident que dans ces cas l'emploi de l'insuline s'impose.

Dans la pratique, on y aura donc recours chaque fois que le malade y consentira. Mais, il arrivera très souvent que de tels sujets s'y refuseront, parce qu'ils ne sont pas autrement incommodés par leur diabète, pour peu qu'on les soumette à un régime mixte substantiel, avec restriction hydrocarbonée partielle; ce qui a pour effet sans doute de laisser subsister une glycosurie de moyenne intensité, mais assure du moins le maintien de l'état général.

Devant cette résistance de la part du malade, et bien qu'il ne soit pas recommandable de laisser persister de l'hyperglycémie et de la glycosurie, sources d'accidents très nombreux, il faut avouer cependant que, dans la pratique, ces cas sont de ceux dans lesquels le médecin peut se laisser fléchir. L'ancienne thérapeutique reprend d'ailleurs ici tous ses droits.

3° Dans un troisième groupe, sont les malades atteints de diabète consomptif. Ici, l'emploi de l'insuline est de rigueur. Et il doit être prolongé d'une manière indéfinie, car dès la cessation des injections, la marche progressive du diabète reprend son cours.

Cependant, il arrive que le malade se lasse du traitement qu'il trouve ennuyeux, et qu'il supporte à la fin d'autant moins, qu'il ressent sous son influence une amélioration plus trompeuse. Une interruption dans le traitement, en montrant au malade ce qu'il doit au médicament, suffit généralement alors à le convaincre de sa nécessité.

Mais, il arrive aussi que les ressources du patient ne lui permettent pas d'en user d'une manière continue. Le mieux est alors de poursuivre le traitement sous forme de cures d'insuline d'une durée d'un mois environ, séparées par des intervalles plus ou moins longs, pendant lesquels le malade perd une partie des bénéfices acquis sous l'action du médicament, jusqu'au moment où la cure suivante lui permet de se rétablir pour un temps. Il est possible, en procédant de cette façon, de maintenir parfois assez longtemps dans un état à peu près satisfaisant des diabétiques maigres, qui ne manqueraient pas de dépérir sans cela. Mais il est évident cependant qu'il ne s'agit là que d'un pis aller.

4° Enfin, dans un quatrième groupe, se rangent les malades chez lesquels le diabète n'est qu'un élément du tableau morbide général, et s'associe à d'autres troubles, souvent particulièrement compliqués. Ici aussi, l'insuline peut avoir ses indications; mais la tendance générale des malades de ce groupe est de demander au médicament beaucoup plus qu'il ne peut donner. Le devoir du médecin est de dissiper ces illusions, et dans certains cas même, où la partie semble perdue, non seulement du chef de diabète, mais aussi de toutes les affections associées, de déconseiller l'emploi de l'insuline, comme un traitement inutile.

Telles sont les indications qu'il me paraît logique d'attribuer à l'usage de l'insuline dans le traitement de fond du diabète. Nous verrons plus loin comment elles peuvent être posées dans la pratique.

II. LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DU TRAITEMENT DE FOND DU DIABÈTE PAR L'INSULINE

1° But du traitement. — Les deux troubles fondamentaux du diabète sucré étant l'hyperglycémie et l'acidose, c'est contre eux que le traitement doit être surtout dirigé en principe.

Tout le monde est d'accord pour admettre qu'il faut tendre à faire disparaître complètement la cétose.

Mais les avis diffèrent sur la rigueur qu'il faut appliquer à la lutte contre l'hyperglycémie.

Nous avons rapporté plus haut la conception d'Allen (2) qui fait de la fatigue des cellules pancréatiques sous l'influence de la suralimentation la cause du diabète; et de la mise au repos de ces cellules la condition de sa guérison. Or, l'activité du pancréas endocrine est fonction du taux de la glycémie; d'où il suit, d'après Allen et son école, que le véritable intérêt du traitement du diabète par l'insuline doit être de chercher à maintenir le taux du sucre du sang à un niveau toujours inférieur à la normale.

La lutte entreprise par Allen aux Etats-Unis contre la suralimentation chez les diabétiques a rendu d'incontestables services à la cause de ces derniers. Mais de même qu'il ne semble pas nécessaire d'avoir recours à la sous-alimentation pour lutter contre la suralimentation, il paraît également excessif de provoquer de l'hypoglycémie pour lutter contre l'hyperglycémie. Dans tous les cas, c'est un fait digne de remarque que les traitements d'Allen ont toujours été impuissants, jusqu'à ce jour, à entraîner la guérison du diabète; et il ne semble pas que l'on obtienne plus facilement de cette façon des augmentations de tolérance aux hydrates de carbone.

Macléan (4) notamment, qui maintient la glycémie de ses malades constamment au-dessous de la normale, n'a jamais observé qu'il fût possible de diminuer les doses d'insuline au cours de ses traitements, sans que la glycosurie réapparaisse.

L'hypoglycémie est d'ailleurs susceptible de provoquer des accidents, sur lesquels nous reviendrons, à la fin de ce travail. C'est pourquoi certains auteurs : Starling, Olmsted et Kahn, Erklentz, Sahli, Gugenheim, Hymans van den Bergh, allant à l'opposé des prescriptions d'Allen, recommandent de laisser subsister toujours un peu d'hyperglycémie et de glycosurie, réalisant ce que Foster (5) appelle le « Pufferzucker » ou sucre tampon.

D'autres, d'ailleurs, surtout en France, estiment que la persistance de l'hyperglycémie et de la glycosurie est secondaire chez un diabétique; et qu'il faut avant tout chercher par une alimentation substantielle à remonter l'état général des malades. Aussi, ne craignent-ils pas d'ordonner des régimes très riches en hydrates de carbone, quitte à employer des quantités importantes d'insuline. [Chabannier, Lobo-Onnel et Lebert (6)].

Nous ferons plus loin la critique de cette dernière méthode. Disons seulement ici qu'il ne nous semble ni nécessaire ni avantageux d'entretenir de l'hyper-

glycémie chez les diabétiques. Le sucre tampon de Foster ne nous paraît offrir qu'une barrière bien fragile contre les accidents hypoglycémiques, qui ne sont d'ailleurs jamais à craindre, même avec une glycémie normale, si l'on prend soin de faire suivre l'injection d'insuline d'un repas substantiel. Et il est illogique et quelque peu décevant pour le malade, de laisser persister des troubles, dont les inconvénients ne sont plus à démontrer, lorsqu'on a le moyen d'agir autrement.

Aussi bien *le but du traitement du diabète me paraît-il devoir être en principe de chercher à maintenir le taux du sucre dans les humeurs à un niveau qui ne soit ni au-dessus ni au-dessous du niveau normal, mais autant que possible au niveau normal lui-même.*

2° Les éléments du traitement. — L'action de l'insuline dépend évidemment de la valeur qualitative et quantative de l'alimentation. D'où il suit que deux éléments sont à considérer dans le traitement du diabète par l'insuline : le médicament lui-même, et le régime alimentaire du malade.

a. **L'insuline.** — *Titrage.* — L'insuline est titrée en unités cliniques. L'unité clinique est le tiers de l'unité physiologique. L'unité physiologique est la quantité d'insuline qu'il faut pour abaisser, en quatre heures, à 0,45 p. 1000 la glycémie normale (1/10) d'un lapin de 2 kilos, à jeun depuis vingt-quatre heures. Cette méthode d'étalonnage, comme toutes les méthodes biologiques, est peu rigoureuse. C'est ce qui explique que les divers échantillons d'insuline ne sont pas toujours comparables entre eux. Malheureusement il est actuellement difficile d'avoir recours à un titrage plus exact, la nature chimique de l'insuline n'étant pas connue.

Modes d'administration. — On a cherché à administrer l'insuline autrement qu'en injections. Mais toutes les tentatives effectuées jusqu'à ce jour dans cette voie n'ont pas donné de résultat pratique.

Per os, l'insuline est inefficace. Elle est neutralisée par les sucs digestifs.

Mendel, Witgenstein et Wolffenstein (7) en Allemagne, ont préconisé l'absorption par la muqueuse buccale; et avec Silten ont préparé des tablettes « d'Insulingual » que le malade doit sucer lentement. Mais l'absorption est faible et la quantité d'insuline nécessaire pour obtenir un effet appréciable très élevée. Peskind, Rogoff et Stewart (8) ont essayé l'administration rectale par lavement. Mais ici encore il y a des pertes énormes du principe actif.

Telfer (9), Wallgren (10), Alan Eustis (11) ont réussi à traiter des malades en leur faisant des onctions avec une pommade contenant de l'insuline. La méthode paraît efficace, mais coûteuse, toujours en raison des grandes déperditions d'insuline.

Il en est de même pour la méthode d'administration par inhalation, expérimentée par Rubitschek (12), Gansslen (13). Mais les effets obtenus sont plus notables, si l'on injecte l'insuline dans la trachée, comme l'ont préconisé Mauriac et Gandy (14) en France, Laqueur et Grevenstuck (15) en Allemagne. Ce mode d'administration n'est cependant pas de pratique courante; il faut d'ailleurs de plus grandes quantités d'insuline qu'en injections sous-cutanées pour obtenir le même résultat.

Muller (16) dit avoir obtenu des effets à la fois plus précoces et plus durables en injectant l'insuline dans le derme, et il donne de ce phénomène une explication que nous ne pouvons pas rapporter ici, mais qui paraît assez surprenante. En tout état, cette méthode ne peut se répéter indéfiniment; et doit céder le pas aux autres méthodes d'injections.

La voie intraveineuse est parfaitement utilisable; l'hypoglycémie se produit plus rapidement que par toutes les autres voies; de là l'indication d'utiliser l'injection dans les veines dans les cas d'urgence, comme dans le coma par exemple.

Dans la pratique on a recours plus simplement à l'injection intramusculaire, ou mieux encore sous-cutanée, qui est, en somme, la seule méthode utilisable d'une manière courante.

Elle n'est pas malheureusement sans inconvénient, surtout si l'on songe que l'effet de l'insuline est transitoire et qu'il faut répéter l'injection d'une manière le plus souvent indéfinie tous les jours, et pour le plus grand nombre de malades deux fois par jour, au moment des repas.

On a bien cherché, il est vrai, à faire des injections cumulatives, en s'efforçant de ralentir la résorption du médicament sous la peau. Ainsi Burgess, Campbel, Osman et Payne (17), Krogh (18) ont essayé d'incorporer l'insuline à une solution de gomme arabique à 20 p. 100; Lange et Schoen (19) à de la cholestérine; de Bertram (20) à une solution de caséine; Mauriac (1) à de l'huile d'olives; mais tous ces efforts ont été sans résultat, l'insuline étant absorbée aussi vite que lorsqu'elle est en solution aqueuse.

Bertram a cherché également à renforcer l'action de l'insuline en l'additionnant de substances albuminoïdes, mais ses résultats ont été infirmés par P. Mauriac et L. Servantie (57).

G. Bertrand et Macheboeuf (59) ont signalé que de très petites quantités de nickel et de cobalt augmentaient les effets de l'insuline. Mais cette observation n'a pas encore été poursuivie en clinique.

Aussi la répétition des injections finit-elle parfois par lasser la patience des malades, bien que les insulines actuellement livrées au commerce ne soient généralement plus douloureuses. On est alors obligé d'interrompre le traitement quelque temps, en s'efforçant de lutter de son mieux par les moyens ordinaires contre la glycosurie et l'acétonurie rebelles, et surtout d'amener le malade à recommencer les injections le plus tôt possible, lorsque son état s'aggrave d'une manière trop rapide.

Dans la pratique, le médecin ne peut guère se charger de faire les injections lui-même; ce qui aurait pour effet d'accroître d'une manière vraiment excessive les frais du traitement. Aussi est-il d'usage courant en Amérique, en Angleterre, en Allemagne, de dresser le malade ou une personne de son entourage à faire ces injections. Pour notre part, nous procédons de cette manière depuis longtemps; et nous n'avons encore jamais eu d'accident. Lorsqu'on a affaire à des sujets inéducables, la chose est plus délicate; mais avec ces derniers, les difficultés n'existent pas que sur ce point : elles surgissent aussi dans la mise en application du régime; et je serais presque tenté de dire que, dans ces cas, il vaut mieux, à moins d'urgence, ne pas entreprendre un semblable traitement, qui nécessite de la part du malade beaucoup de bonne volonté et un peu d'intelligence.

Horaire des injections. — L'insuline fait baisser la glycémie, et peut, en cas d'hypoglycémie notable, provoquer des accidents. Les repas produisent des

poussées d'hyperglycémie, qui entraînent une augmentation de la glycosurie chez les diabétiques. Neutraliser chez ces derniers l'hyperglycémie postprandiale par l'hypoglycémie insulinique et inversement, tel est l'idéal à obtenir. Toutes choses étant égales d'ailleurs, trois éléments surtout concourent à ce but : l'horaire des injections, les doses d'insuline et la valeur alimentaire des repas.

L'hyperglycémie alimentaire commence généralement à être notable une demi-heure après l'ingestion. La chute de glycémie ne l'est guère qu'une heure après l'injection d'insuline. Aussi la plupart des auteurs recommandent-ils, à juste titre, d'administrer l'insuline une demi-heure avant les repas.

Chez les malades qui conservent une tolérance aux hydrates de carbone assez élevée, mais qui relèvent cependant de l'insuline, on peut obtenir parfois la disparition de la glycosurie à l'aide d'une seule injection, faite par exemple avant le repas de midi; surtout si l'on prend soin de donner au malade à ce moment la plus grosse partie de sa ration hydrocarbonée. Cette pratique est notamment très recommandée par Polak et Doyer (21) qui s'efforcent de l'employer le plus souvent possible.

En général cependant, chez les diabétiques relevant du traitement par l'insuline, on est obligé de donner deux injections par jour. En France, en Allemagne, en Italie, en Espagne, on fait les injections avant les repas de midi et du soir. En Angleterre on les fait avant le déjeuner du matin et le soir au dîner. En Amérique Allen (2) préconise une injection à midi et une autre le soir au coucher, le plus tard possible, pour éviter que pendant la nuit, le malade ne reste trop longtemps soustrait à l'influence de ce médicament. Mais cette méthode peut être dangereuse et n'est généralement pas utilisée.

Dans les cas graves, il faut d'ailleurs avoir recours à trois injections d'insuline par jour. Dans le coma, nous verrons qu'il faut encore en faire davantage.

Posologie. — Certains auteurs, en Amérique surtout, craignant les accidents d'hypoglycémie, recommandent de tâter la susceptibilité de chacun avant d'employer des doses importantes. Ainsi Gilchrist, Best et Banting injectent d'abord une unité d'insuline, puis renouvellent cette injection de vingt minutes en vingt minutes jusqu'à ce qu'ils aient administré 5 unités. Joslin (22) donne 1 unité lors de la première injection, 2 unités lors de la seconde, 3 unités à la troisième, 4 unités à la quatrième et ensuite 5 unités par dose, qu'il renouvelle et augmente ultérieurement dans la journée si le traitement l'exige. Ces précautions cependant paraissent excessives à la majorité des auteurs qui, en général, n'hésitent pas à utiliser 10 unités et plus dès le début du traitement.

Il ne saurait toutefois y avoir de posologie uniforme dans l'administration de l'insuline :

a. Parce que l'effet recherché dépend de la qualité de l'insuline employée; et nous avons vu que les divers échantillons livrés dans le commerce ne sont pas toujours comparables, en raison de l'imperfection des méthodes de titrage actuelles;

b. Parce que les diabétiques ne présentent pas tous des troubles du métabolisme hydro-carboné d'égale intensité. Le traitement par l'insuline ne doit pas avoir d'autre but que de suppléer à l'insuffisance de la tolérance des malades aux hydrates de carbone, lorsqu'elle ne permet plus à ceux-ci d'assimiler la ration alimentaire nécessaire à son maintien. Aussi faut-il d'autant plus d'insuline que la tolérance est plus faible et inversement.

On a cherché à établir par empirisme, chez l'homme, quelle est la quantité d'hydrates de carbone qu'une unité d'insuline permet à un diabétique d'assimiler, en dehors de sa tolérance naturelle. Mais les résultats obtenus sont variables. Pour Wilder et Boothby elle serait de 1,45; pour Woodyatt de 1, à 1,5; pour Le Fever de 2; pour Russel, Bowen et Pucher de 2 à 3; pour Mac Cann, Hannem et Doodd, elle oscillerait de 0,5 à 3,6.

La diversité de ces résultats vient de ce que l'effet produit par l'insuline est essentiellement variable suivant les sujets, toutes choses étant égales d'ailleurs du côté des doses employées ou du régime institué. Il en est de l'homme à cet égard comme des animaux; un certain nombre de facteurs individuels (Mauriac et Aubertin), mal connus d'ailleurs, intervenant pour renforcer ou diminuer l'action de l'insuline. Et les difficultés que l'on éprouve pour étalonner l'insuline chez le lapin, se retrouvent pour régler la posologie du médicament chez l'homme. Tant et si bien que la conduite du traitement par l'insuline est une affaire de tâtonnement, qui est le fait du praticien pour chaque malade.

Dans tous les cas, *il faut tendre à employer les plus petites doses possible*, parce que l'insuline est un médicament coûteux, parce qu'elle est d'application ennuyeuse, parce qu'elle semble agir proportionnellement beaucoup moins à grandes doses qu'à petites doses. Joslin (23) s'efforce de n'utiliser que 10 unités par jour (doses moyennes). Sur une statistique de 83 malades en 1923, il n'avait eu recours à 100 unités qu'une seule fois. Allen (2), en dehors des cas de coma bien entendu, dit n'avoir jamais employé plus de 70 unités d'insuline. Les insulines anglaises et américaines sont d'ailleurs peut-être plus actives que les insulines françaises ou allemandes. Personnellement, en moyenne, les doses les plus fréquentes que j'ai employées oscillaient entre 20 et 40 unités par jour.

Tout ceci dépend d'ailleurs en grande partie du régime alimentaire du malade, qui revêt à cet égard une importance considérable.

b. **Le régime alimentaire.** — Il faut considérer successivement sa valeur calorique et sa teneur en hydrates de carbone, en protéines et en graisses.

α. Valeur calorique. — L'un des grands avantages de l'insuline est de permettre d'amener la glycémie des diabétiques à la normale et de faire disparaître l'acidose, tout en leur donnant des régimes de valeur calorique suffisante pour leur permettre de mener une vie ordinaire.

Mais comment savoir quelle doit être la valeur calorique d'un régime pour être suffisante? Les Américains, qui sont gens pratiques, ont institué toute une arithmétique d'après laquelle ils estiment donner à chacun ce qui doit précisément lui convenir.

Il existe en effet aux Etats-Unis, toute une série de tables : tables de Haub, de Du Bois, de Elmet, du Life extension Institut, de Barach, etc., qui permettent très aisément, en se basant sur le poids, la taille, la surface du corps, l'âge, le sexe du malade, de calculer le nombre de calories qu'il faut à un sujet, mis au repos, pour permettre à son organisme d'assurer sa nutrition dans un état d'équilibre convenable. Un régime comprenant ce nombre de calo-

ries correspond à ce que les Américains appellent le « régime de maintenance ». Celui-ci peut aussi être calculé en multipliant le poids des malades par un chiffre donné, qui varie suivant les auteurs, mais qui oscille autour de 20 à 30. Pour tous ces calculs, d'ailleurs, les Américains ne se basent pas sur le poids réel du sujet, mais sur le poids idéal qu'il devrait avoir et que donnent également des tables toutes faites, en fonction de divers éléments, et notamment de l'âge, de la taille et du sexe.

Ces procédés, malgré leur complication, au moins en ce qui concerne la théorie, donnent cependant de bons résultats dans la pratique, comme j'ai pu m'en assurer moi-même bien des fois. Mais ils ne valent que pour les malades mis au repos. Comment apprécier dès lors ce qui convient à ceux-ci, quand ils mènent une vie normale et travaillent?

Ici, les auteurs américains deviennent moins précis, et suivant leur expérience personnelle élèvent de tel ou tel pourcentage la valeur calorique du régime de base. Ainsi Wilder l'augmente de 30 p. 100 pour une personne menant une vie sédentaire et de 60 à 80 p. 100 pour un manœuvre.

Cependant, Allen estime que, puisqu'il faut passer du régime de base au régime de travail, sans autres indications que celles que peut fournir la méthode empirique, autant vaut d'employer celle-ci dès le début.

Cette remarque est évidemment judicieuse. Mais dans une diététique aussi complexe que celle du diabète, recommander aux praticiens la seule méthode empirique équivaut à peu près à leur dire de se tirer d'affaire comme ils peuvent!

Aussi bien, tout ne me paraît-il pas à dédaigner dans les renseignements que nous fournissent nos confrères d'outre-mer; et j'avoue m'être toujours bien trouvé, en ce qui me concerne, de prendre comme point de départ les données suivantes de Joslin (22) qui estime nécessaire pour un malade de 70 kilos environ :

Au repos : 25 à 30 calories par kilogramme, soit 1.750 à 2.100 calories;

Au travail léger : 35 à 40 calories par kilogramme, soit 2.450 à 2.800 calories;

Au travail modéré : 40 à 45 calories par kilogramme, soit 2.800 à 3.150;

Au travail dur : 45 à 60 calories par kilogramme, soit 3.150 à 4.200 calories.

D'autres auteurs, comme Jonas et Muser (24) arrivent d'ailleurs à des chiffres assez analogues, ce qui montre qu'ils ne sont pas si loin de la réalité.

Au demeurant, tout ceci ne doit évidemment servir que d'indications générales ; et c'est surtout au malade de sentir ses forces et au médecin de suivre le poids de ce dernier pour adapter la valeur nutritive du régime aux besoins réels du patient.

Une seule réserve est à faire à ce sujet. C'est qu'il se produit parfois chez les diabétiques soumis à l'insuline des rétentions hydriques avec œdème qui peuvent provoquer de brusques ascensions du poids, qu'il ne faudrait pas prendre pour une amélioration de l'état général. L'examen clinique du malade suffit, dans ce cas, à éviter toute méprise à cet égard.

β. *Hydrates de carbone.* — Nous avons vu plus haut que certains auteurs, et Chabannier en particulier, recommandent de donner de fortes rations en hydrates de carbone aux malades traités par l'insuline. Ils espèrent de cette manière, relever plus rapidement l'état général de leur patient.

En réalité, l'expérience montre qu'il n'est nullement nécessaire d'opérer ainsi pour obtenir un semblable résultat; et qu'il est très aisé de donner des régimes substantiels sans accroître, outre mesure leur teneur en hydrates de carbone, ce qui n'est pas sans inconvénient.

Plus la teneur en hydrates de carbone du régime est élevée, plus il faut, en effet, d'insuline pour les métaboliser; et plus il est difficile d'amener la glycémie à la normale. D'où il suit que l'emploi de l'insuline, en raison même de ses difficultés, ne dispense pas de la restriction des hydrocarbonés, qu'elle rend seulement moins rigoureuse. Tant en Amérique qu'en Angleterre, ces vérités fondamentales ont force de loi; et pour les malades, à tolérance naturelle assez faible, les divers régimes préconisés pendant le traitement à l'insuline ne contiennent guère plus de 40 à 80 grammes d'hydrates de carbone. Graham (25) préconise même systématiquement des restrictions de 15 à 20 grammes.

Une telle méthode permet aisément d'obtenir la disparition de l'hyperglycémie et de la glycosurie. On lui a reproché d'exposer les malades aux accidents hypoglycémiques, Mais ceux-ci, en réalité, ne sont ni très fréquents, ni très graves pour peu que l'on prenne des précautions. C'est ainsi que Joslin, dont les malades sont soumis à des régimes très pauvres en hydrocarbonés, n'a constaté de troubles, d'ailleurs passagers et bénins, que 83 fois sur 5.153 injections pratiquées sous sa direction en 1923. Personnellement, je n'ai vu se produire ces accidents que deux fois sur plusieurs milliers d'injections, et je me suis cependant rallié de bonne heure à la conception des Américains.

La restriction des hydrates de carbone, ne doit toutefois se faire qu'avec réserve, en cas d'acidose. Tout le monde est, en effet, d'accord actuellement pour reconnaître à cette classe d'aliments une propriété anticétogène. C'est ce que veut dire Axenfeld, lorsqu'il dit que les corps acétoniques se brûlent normalement « aux feux des hydrates de carbone ». Dans quelle proportion cette combustion s'opère-t-elle? Shaffer et Woodyatt ont essayé de la déterminer empiriquement. Et ils sont arrivés à cette conclusion qu'il faut environ 1 gramme de glucose pour neutraliser 1,50 de substances cétogènes.

Admettant que celles-ci sont représentées par la totalité des graisses, 10 p. 100 des hydrocarbonés du régime et 44 p. 100 des protéines, dont le reste est normalement transformé en glycose, ils estiment que, pour être convenablement équilibrée, une ration doit présenter la proportion suivante :

$$\frac{A}{C} = \frac{\text{Cétogènes}}{\text{Anticétogènes}} = \frac{\text{graisses} + 44 \text{ p. 100 des protéines} + 10 \text{ p. 100 des H. de C.}}{58 \text{ p. 100 des protéines} + 90 \text{ p. 100 des hydrates de carbone.}} = 1,5$$

Les calculs de Shaffer et de Wodyatt ont été refaits par d'autres auteurs, américains pour la plupart. Malheureusement, les résultats ne concordent pas. Ainsi, le rapport doit être de 1,3 pour Banting, Campbell et Fletcher; de 0.9 à 2,5 pour Mac Cann; de 1 à 2,5 pour Olmsted; de 3,5 pour Muller; de 4 pour Joslin; de 4 à 4,5 pour Wilder, Ladd et Palmer; de 6 pour Begg.

Ces chiffres, par leur opposition, montrent tout ce que cette méthode, en dépit de son allure mathé-

matique, comporte d'imprécision et d'erreur. Aussi, les Américains sont-ils à peu près seuls à s'y attacher; et d'une manière générale, la seule méthode préconisée ailleurs, consiste à opérer par tâtonnements et à n'effectuer les restrictions des hydrates de carbone dans le régime par rapport à sa teneur en corps cétogènes que dans la limite de la cétose, fréquemment et soigneusement recherchée au cours du traitement.

D'ailleurs, Shaffer accorde aux graisses un rôle cétogène beaucoup plus important qu'aux protéines; et il semble actuellement difficile de le suivre dans cette voie, comme nous allons le voir à présent.

γ. *Protéines.* — Elles sont à la fois productrices de glucose et de corps cétogènes. Ces faits sont actuellement admis par tout le monde; et contrairement à ce que l'on pensait autrefois, il n'est plus douteux, aujourd'hui, pour la double raison précédente, qu'il faut se garder d'exagérer l'usage des protéines chez les diabétiques.

Chez les acidosiques, il faut même n'en prescrire que le minimum nécessaire au maintien de l'équilibre azoté. Théoriquement, ce minimum est celui qui assure l'exacte compensation des pertes par les apports en azote. Pratiquement, il résulte des recherches empiriques poursuivies en Amérique, en Angleterre et en Allemagne, qu'il oscille de 0g50 à 1g50 par kilogramme de poids du corps du malade (Sherman, 0,50; Newburgh, Marsh, Holly, Cammidge, 0,66; Joslin, Woodyatt, Lenne, 1 gramme; Barack, 1,25; von Noorden, 1,50); personnellement, nous adoptons le chiffre de 0g75 qui nous paraît représenter une bonne moyenne, dans la pratique.

δ. *Graisses.* — Si la valeur cétogène des protéines n'est pas douteuse, celle des graisses est beaucoup plus discutée. Ainsi, Gelmuyden, Magnus Lévy, Landergren, Forner, Allen, Joslin, Ulkman les considèrent comme particulièrement cétogènes. Maignon, Arloing, Tanhauser et Metzger, Wilder, Boothby et Beeler, Newburgh et Marsh, Falta, Franc, Osborne et Mendel, Depisch et Högler, Smith et Carey leur contestent cette propriété. Petren et Odin vont même jusqu'à leur accorder un rôle anticétogène et préconisent un traitement de l'acidose par des cures de graisses!

En fait, il semble qu'il y ait à ce sujet des cas d'espèce; et si beaucoup d'acidoses s'accommodent fort bien de régimes très gras, d'autres, quoique beaucoup plus rarement à mon avis, nécessitent une restriction des graisses.

D'ailleurs, on me permettra bien de remarquer, que si l'on restreint la quantité des hydrates de carbone pour ne pas augmenter les doses d'insuline, et la quantité des protéines pour ne pas accroître l'acidose, et aussi ne pas augmenter l'apport en glucose du régime, on est bien obligé de donner des graisses en quantité suffisante pour fournir à l'organisme le nombre de calories dont il a besoin.

Et ainsi, on arrive à cette conclusion que *pour une quantité suffisante, mais d'autant plus restreinte de protéines qu'il s'agit de sujets plus acidosiques, il faut tendre à donner aux diabétiques, traités par l'insuline, le moins d'hydrates de carbone et d'insuline et le plus de graisses possible, dans la limite de la cétose.*

Ceci veut dire, notamment, qu'en cas d'acidose, il faut chercher, après avoir réduit au minimum la quantité des protéines, à établir une sorte de balancement entre les graisses et le système glucose-insuline, et à s'efforcer de fournir au malade une ration suffisante, en utilisant au maximum la valeur calorique des graisses et au minimum celle des hydrates de carbone.

A cet effet, d'ailleurs, aucune formule ne vaut; et c'est pour chaque malade, à chaque médecin, d'opérer par tâtonnement, en se basant pour cela, notamment, sur les indications d'ordre pratique qui se trouvent exposées plus loin.

3° Précautions à prendre avant la mise en application du traitement. — Elles sont au nombre de trois : il faut en effet :

1° S'assurer, d'après les indications précédemment énoncées, de la nécessité de l'emploi de l'insuline. Nous reprendrons cette question plus loin, à propos de la mise en application du traitement;

2° S'assurer également qu'il ne s'agit pas d'un diabète rénal, en faisant un dosage de la glycémie. Dans ce cas, celle-ci est généralement voisine de la normale, alors que la glycosurie subsiste souvent d'une façon notable. Les cas de diabète rénal pur sont d'ailleurs rares. Plus fréquents sont ceux où le diabète rénal complique le diabète hyperglycémique et rend la disparition de la glycosurie plus difficile. L'étude de la glycémie associée à celle de la glycosurie rend compte alors de ce fait;

3° Rechercher la cause du diabète, si possible, pour la combattre; et notamment suspecter la syphilis, dont le traitement pourrait entraîner l'amélioration du diabète et rendre parfois l'insuline inutile.

III. MISE EN APPLICATION DU TRAITEMENT DE FOND DU DIABÈTE PAR L'INSULINE

Les méthodes sont des plus variables, mais elles peuvent se réduire à trois grands types, suivant que l'on commence par soumettre le malade à un jeûne prolongé, à un régime restreint ou qu'on lui donne d'emblée un régime complet. Cette dernière méthode me paraissant la plus commode, j'insisterai plus spécialement sur elle, en cherchant à montrer comment elle peut être employée dans la pratique courante.

1° Méthode de traitement par le jeûne préalable. — Cette méthode consiste à mettre le diabétique à la diète pendant quelques jours, de manière à débarrasser l'organisme de tout le glucose et des corps cétoniques, qui imprègnent ses humeurs et ses tissus. Outre que la cure de jeûne semble généralement avoir d'heureux effets sur l'évolution du diabète, cette méthode a l'avantage de permettre au thérapeute d'apprécier plus rapidement la valeur de la tolérance naturelle du malade aux hydrates de carbone. Elle a l'inconvénient d'obliger le malade à abandonner ses occupations et à se mettre au lit, ou tout au moins au repos complet.

Graham (25), Mills (26) laissent ainsi le sujet deux ou trois jours au jeûne complet, à l'eau. Foster (5) pratique le jeûne mitigé en donnant un peu de lait au malade. Adams (27) se contente d'administrer un litre de jus d'orange par vingt-quatre heures. Joslin (22) n'établit pas le jeûne d'emblée; mais y arrive en quelques jours, en soumettant le malade à des régimes de valeur calorique de plus en plus réduite, jusqu'à ce que la glycosurie ait disparu.

Naturellement, le poids du malade diminue rapidement pendant la période de jeûne. Mais il remonte ensuite assez vite, surtout si l'on prend soin

de prolonger la mise au repos. Généralement ces quelques jours de jeûne suffisent pour faire disparaître la glycosurie et l'acétonurie. Il n'en est pas toujours ainsi cependant : parfois ces deux symptômes ne font que s'atténuer et persistent. D'autres fois, la glycosurie disparaît, mais l'acétonurie subsiste ou s'allume (acétonurie de jeûne). Enfin l'acétonurie peut disparaître et la glycosurie se maintenir encore.

De toute manière, il ne faut pas prolonger la période de jeûne au delà de trois ou quatre jours, période après laquelle il est temps de recommencer l'alimentation.

Pour cela, il existe trois façons d'agir :

a. Les uns opèrent d'une manière progressive : alimentant leurs malades peu à peu, en augmentant les quantités des divers aliments, jusqu'à ce qu'ils arrivent à obtenir un régime suffisant. En même temps, ils injectent des doses croissantes d'insuline dès que la glycosurie ou l'acétonurie réapparaissent, mais de manière à donner les doses les moins élevées possible de ce médicament. Ainsi opèrent Joslin (22) et son Ecole en Amérique; et en Angleterre, Graham (25), qui soumet systématiquement ses malades au régime-échelle suivant :

Premier et deuxième jours : jeûne, thé léger, café faible, soupe claire;

Troisième et quatrième jours : 5 œufs, 2 onces de beurre, 10 onces 1/2 de légumes verts;

Cinquième et sixième jours : même régime, plus 2 onces de viande;

Septième et huitième jours : 4 œufs, 2 onces de beurre, 10 onces 1/2 de légumes verts, 2 onces de viande, 2 onces de jambon;

Neuvième et dixième jours : 3 œufs, 2 onces de beurre, 10 onces 1/2 de légumes verts, 2 onces de viande, 2 onces de jambon, 2 onces de lard;

Onzième et douzième jours : même régime, plus 4 onces de lait;

Treizième et quatorzième jours : même régime, plus 1/2 once de pain;

Quinzième et seizième jours : même régime, mais 1 once de pain;

Dix-septième et dix-huitième jours : même régime, mais 1 once 1/2 de pain;

Dix-neuvième et vingtième jours : même régime, plus 1 once de graisses;

Vingt et unième et vingt-deuxième jours : même régime, mais 2 onces de graisses.

Le régime final comprend 37 grammes d'hydrates de carbone, 53 grammes de protéines ; et 180 grammes de graisses. Il représente une valeur totale de 1.900 calories, ce qui est peu. Mais rien n'empêche de continuer la progression.

b. Une autre manière de procéder consiste, aussitôt après le jeûne, à mettre les malades, d'abord au régime de maintenance des Américains, et secondairement à un régime de travail. L'établissement du traitement définitif se fait ainsi en trois étapes.

Nous avons vu plus haut à quoi correspond le régime de maintenance. Pour l'établir, on commence par déterminer, d'après les tables précédemment indiquées, le nombre de calories totales qu'il doit contenir. On calcule ensuite la quantité de protéines nécessaires, soit par exemple 1 gramme par kilogramme de poids du corps (Joslin). Chaque gramme de protéines représentant quatre calories, on peut aisément calculer la valeur calorique de la protéine entrant ainsi dans la constitution du régime.

Le reste des calories doit être fourni par les hydrates de carbone et les graisses. Les premiers donnent également quatre calories par gramme; les graisses en donnent neuf. Pour savoir quelle proportion il faut donner de l'une et de l'autre de ces deux substances alimentaires, on se base alors sur la notion du rapport $\frac{C}{A}$ et l'on applique celle des formules que l'on croit être la meilleure : celle de Schaffer ou de Woodyatt, par exemple.

Dans la pratique, il existe d'ailleurs des tables toutes faites : tables de Kellog, de Wilder, cartes de Leyton, règles à glissières, etc., qui permettent en une seconde, à l'aide de quelques renseignements élémentaires comme par exemple le poids idéal du malade, son âge, sa tolérance aux hydrates de carbone, de connaître le nombre de calories dont il a besoin, les quantités des divers aliments qui doivent entrer dans son régime; et même les doses d'insuline qu'il faut lui appliquer.

Ralph Major (28) opère d'une autre façon plus simple encore. Il divise par trois le poids du malade en livres, ce qui lui donne approximativement le nombre de grammes d'hydrates de carbone nécessaire. Il multiplie le chiffre obtenu par deux et on a ainsi la quantité de protéines; et par trois, ce qui donne celle des graisses. Un régime ainsi compris est conforme au rapport de Woodyatt.

Lorsqu'on a réussi à faire supporter au malade le régime de maintenance, sans glycosurie ni acétonurie et à l'aide de la quantité minima d'insuline, on augmente alors les doses des unes et des autres d'après les proportions indiquées plus haut, et l'on passe ainsi du régime de repos au régime de travail.

c. Enfin, après une période de jeûne, on peut mettre immédiatement le malade à un régime complet. Cette méthode a l'avantage d'écourter la période de dénutrition. Ainsi Foster (5) donne, aussitôt après le jeûne, un régime de trente-trois calories par kilo, comprenant 0,8 de protéines par kilo, 60 grammes d'hydrates de carbone, environ, et une quantité de graisses suffisantes pour que le rapport $\frac{C}{A}$, soit égal à 1,5. L'insuline est administrée au début à la dose de 5 unités trois fois par jour et augmentée ultérieurement.

Personnellement, après un jeûne de trois jours, nous avons l'habitude de soumettre aussitôt le malade à un régime complet type, que nous indiquons plus loin et que nous adaptons à chaque cas particulier, de la même manière que lorsque nous l'administrons d'emblée au malade.

2° Méthode de traitement par un régime restreint préalable. — Cette méthode, qui est la plus courante en Amérique, consiste à mettre le malade d'emblée au régime de maintenance, puis secondairement à un régime de travail.

Ainsi opère-t-on dans les hôpitaux de Toronto (29). On soumet d'abord les malades à un régime de base calculé suivant les règles habituelles; et l'on admet que si leur tolérance leur permet de supporter 500 calories de plus que n'en comporte ce régime, ils n'ont pas besoin d'insuline. Dans le cas contraire, on commence par 5 unités que l'on augmente progressivement, en se basant sur ce qu'une unité métabolise de 2 à 2g50 d'hydrates de carbone (Banting).

Allan, Wilder, Macleod, Jonas et Müser, Holmer et Cours, Holmsted et Kahn, Nixon emploient des

méthodes sensiblement analogues, mais avec quelques variantes.

En réalité, cette façon de procéder comporte une mise au repos du malade comme dans la méthode de traitement par le jeûne préalable; et elle ne présente pas les avantages de cette dernière. Aussi bien, me paraît-il beaucoup plus simple d'avoir recours tout de suite à un régime complet.

3° Méthode de traitement par un régime complet d'emblée. Sa réalisation pratique. — Cette méthode a ceci de commode, qu'elle peut être appliquée partout, à n'importe quel sujet, et n'exige nullement du malade un arrêt dans ses occupations.

Pour la rendre plus aisément applicable, j'ai instauré une sorte de régime moyen, basé sur les indications des auteurs précédemment rapportées, et aussi sur mes observations personnelles, et pouvant servir de type et de point de départ commode pour la conduite du traitement.

D'une valeur calorique suffisante pour la majorité des malades, ce « régime standard » contient une quantité d'hydrates de carbone, qui n'est ni trop forte pour qu'elle ne puisse pas être supportée par beaucoup de diabétiques, ni trop faible pour que l'on ne puisse pas, en cas de besoin, la réduire encore. Ce régime est le suivant :

TYPE DE RÉGIME STANDARD POUR DIABÉTIQUE

Petit déjeuner.

Pain.......... .... 20 gr.

Café noir ou thé : une tasse, avec ou sans saccharine.

A choisir un des aliments suivants :

Deux œufs avec 20 gr. de beurre; 60 gr. de fromage de hure avec 12 gr. de beurre; 80 gr. de pâté de foie; 80 gr. de saucisses; 75 gr. de jambon fumé; 100 gr. de Bondon avec 12 gr. de beurre; 80 gr. de Brie avec 12 gr. de beurre; 50 gr. de Cantal ou de Port-Salut avec 20 gr. de beurre; 50 gr. de Roquefort avec 22 gr. de beurre; 40 gr. de Chester ou d'Emmenthal avec 22 gr. de beurre.

Repas de midi.

Pain .... 35 gr.

Beurre frais ou incorporé aux aliments. .... 60 gr.

Vin ou cidre.. 100 cc.

Premier plat. — A choisir un des aliments suivants :

25 gr. de riz; 30 gr. de nouilles ou de macaroni; 35 gr. de lentilles ou de haricots secs, ou de pois cassés; 100 gr. de pommes de terre.

Deuxième plat. — A choisir : 200 gr. de l'un des légumes à 5 p. 100 ci-dessous désignés.

Troisième plat. — A choisir :

Ou bien 100 gr. de l'une des viandes suivantes, pesées sans os et sans déchets :

Bœuf (rôti au four, bifteck, filets et faux-filets); mouton (épaule, gigot de derrière); agneau (poitrine, gigot de derrière, gras moyen); veau, lardé avec 20 gr. de lard (carré, basses côtes, longe, poitrine); porc (rôti, pied, jambon cuit, andouillette grillée); dindon ou poulet, lardés avec 20 gr. de lard.

Ou bien 100 gr. de l'un des poissons suivants, mais en portant la ration de beurre de ce repas de 70 à 95 gr. :

Brochet, carpe, colin, anguilles de mer, crabes, crevettes, dorade, éperlan, escargots, goujons, grenouilles, homard, huîtres (200 gr., sans la coquille), maquereau, merlan, morue fraîche ou salée, moules, mulet, perches, raie, sardines fraîches, soles, tanches, truites.

Dessert. — A choisir l'un des aliments suivants :
100 gr. de petit Suisse; 150 gr. de crème fraîche; 50 gr. de noix ou de noisettes sèches, décoquillées.

Café. — Une tasse, avec ou sans un petit verre de cognac ou d'eau de vie.

Repas du soir.

Pain	30 gr.
Beurre frais ou incorporé aux aliments	50 gr.
Vin ou cidre	100 cc.

Potage. — 200 gr. de bouillon de viande (bœuf, veau, poulet), soigneusement dégraissé.

Premier plat. — A choisir : 100 gr. de l'un des aliments contenus dans le troisième plat du repas de midi (viandes, ou poissons, mais avec 25 gr. de beurre de plus dans le repas).

Deuxième plat. — A choisir : 200 gr. de l'un des légumes à 5 p. 100 ci-dessous désignés.

Dessert. — A choisir, comme à midi.

N. B. — 1° Les aliments doivent être pesés crus.

2° Les légumes à 5 p. 100 sont des légumes ne contenant pas plus de 5 gr. d'hydrate de carbone pour 100 gr. de leur poids.

Tels sont : laitues, concombres, cornichons, épinards, pissenlits, asperge, rhubarbe, endives, oseille, choucroute, feuille de betterave, cardon, céleri en branche, champignons, tomates, choux de Bruxelles, cresson, okra, choux-fleurs, aubergines, choux, radis, poireaux, haricots verts en cosses, chicorée.

3° Ces légumes à 5 p. 100 peuvent être remplacés par les légumes à 10, à 15 ou à 20 p. 100, à la condition de diminuer la quantité de légumes marqués dans le régime, de moitié, des deux tiers ou des trois quarts.

Légumes à 10 p. 100 : haricots mange-tout, citrouille, navets, choux raves, courge, betteraves, carottes, oignons, pois verts très jeunes, potiron, champignons.

Légumes à 15 p. 100 : pois verts, topinambours, panais, artichauts (fond).

Légumes à 20 p. 100 : pommes de terre, maïs verts, haricots verts.

4° Au lieu de beurre, on peut employer, en totalité ou en partie, des quantités équivalentes d'huile (d'olives, de noix ou d'arachide) ou de saindoux.

Ce régime contient environ 90 grammes d'hydrates de carbone, 80 grammes de protéines et 240 grammes de graisses. Il représente une valeur de près de 3.000 calories. Il permet au malade de varier à l'infini ses menus, sans rien changer dans la valeur nutritive de sa ration. De plus, rien n'est plus simple que de modifier sa teneur en l'une quelconque des trois variétés d'aliments qui le composent. Car, il est évident qu'il ne saurait être considéré comme un régime fixe; et qu'il ne doit servir que de base, à partir de laquelle on peut opérer des modifications pour adapter des rations convenables à chaque cas particulier.

Les principaux aliments contenant des hydrates de carbone dans ce régime sont le pain (85 grammes, soit environ 40 d'hydrates de carbone), les aliments du premier plat du repas de midi (qui représentent 20 grammes d'hydrate de carbone) et les légumes verts (400 grammes, soit 20 grammes d'hydrates de carbone). Les légumes verts bouillis à deux ou trois reprises dans des eaux différentes perdent d'ailleurs à peu près tout leur amidon et peuvent être mangés *ad libitum*.

La moitié de la quantité globale des protéines du régime, soit : 40 grammes, est contenue par parts égales dans les deux plats de viande du repas de midi et du soir.

Enfin, on sait que 100 grammes de beurre représentent 85 grammes de graisses environ.

Connaissant cela, il est aisé comme on le voit, de faire varier la teneur de la ration en chacune de ses trois variétés d'aliments.

La conduite du traitement s'effectue à l'aide de quelques règles très simples qui permettent aussi bien de décider dans la pratique de l'utilité de l'insuline que d'en régler l'emploi.

Pour cela, trois renseignements seulement sont nécessaires : la glycosurie, l'acétonurie et le poids du malade. Le dosage de la glycémie n'est utile que lorsque la glycosurie a disparu pour s'assurer que le sucre du sang est bien à la normale.

Le malade, étant soumis depuis quelques jours au régime, plusieurs cas peuvent se produire.

1° *Glycosurie et acétonurie disparaissent complètement.* Si le poids du malade ne baisse pas, il suffit de laisser celui-ci au régime standard ou à un régime équivalent. Dans le cas contraire, on peut augmenter la ration tant que la glycosurie et l'acétonurie ne se produisent pas.

2° *Glycosurie et acétonurie persistent.* Si le malade a trop à manger, on peut essayer de réduire ces symptômes par une restriction du régime portant surtout sur les hydrates de carbone et les protéines. Dans le cas contraire, ou en cas d'échec dans ce dernier cas, l'emploi de l'insuline s'impose.

3° *La glycosurie disparaît, mais l'acétonurie persiste.* Il faut alors augmenter les hydrates de carbone jusqu'à la limite de tolérance, et diminuer en premier lieu les albuminoïdes jusqu'à la quantité minima (2/3 de grammes à 0g50 environ par kilogramme de poids du corps) et, si c'est nécessaire réduire les graisses en deuxième lieu. En cas d'échec ou lorsque les restrictions nécessaires rendent le régime insuffisant; l'insuline doit être employée.

4° *Il n'y a plus ou pas d'acétonurie, mais la glycosurie persiste.* On diminue alors progressivement les hydrates de carbone, en augmentant les graisses, si besoin est, dans la limite de la cétose. L'insuline n'est indiquée dans ce cas que si celle-ci apparaît avant que l'on ait pu supprimer la glycosurie.

Au bout de quelque temps, huit ou dix jours, on voit ainsi si l'insuline est nécessaire. Lorsque les troubles persistants sont légers, on peut se contenter de faire tout d'abord une seule injection de 10 unités d'insuline avant le repas de midi, par exemple. S'ils sont plus prononcés, mieux vaut commencer d'emblée par deux injections de 10 ou 15 unités, avant chacun des deux principaux repas.

Ceci fait, on a simplement augmenté la tolérance naturelle du sujet d'une certaine valeur. Reste à savoir si cela peut suffire à l'alimenter d'une manière convenable, tout en supprimant les symptômes cardinaux du diabète. Pour cela, il suffit d'attendre encore quelques jours et d'observer à nouveau : la glycosurie, l'acétonurie, le poids. Les mêmes éventualités que précédemment peuvent se produire. Les mêmes remèdes y sont applicables; l'augmentation des doses d'insuline restant la dernière ressource à utiliser, lorsque les modifications du régime ne suffisent pas à elles seules à obtenir le résultat cherché.

Bien entendu, lorsque ce dernier est acquis, il faut se garder de considérer le traitement comme définitivement réglé. On doit exercer une surveillance périodique sur les trois symptômes précédents pour suivre les variations évolutives éventuelles du diabète. Mais, dans les cas ordinaires, point n'est besoin d'analyses journalières. Un examen tous les huit ou quinze jours suffit. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — RENNES. — Ont été nommés après concours :

Internes titulaires de médecine et de chirurgie : M. Brizais, Mlle Deschamps, MM. Esnoux, Le Tallec, Saucet.

Externe faisant fonctions d'interne : M. Coignerai.

Interne de la Maternité : M. Rault.

Internes titulaires de pharmacie : MM. Gire et Delin.

Internes suppléants de pharmacie : MM. Diore et Huet.

Externes de médecine et de chirurgie : M. Herbert, Mlle Lair (Madeleine), MM. Barre, Departout, Taillandier, Deshayes, Etienne, Favro, Dumans, Le Tohic, Taillard, Desvaux, Gatel, Mlle Huet, M. Colbert de Beaulieu.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le professeur agrégé Froment (de Lyon).

ANNULATION D'UN ARRÊTÉ DU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — L'Association corporative des étudiants en médecine s'est pourvue devant le Conseil d'Etat contre : 1° un décret du 20 mars 1922, permettant aux étudiants ayant été mobilisés dans certaines conditions, d'obtenir des dispenses d'examen; 2° un arrêté du 7 mars 1923, par lequel le ministre de l'Instruction publique, par application du décret précité, a dispensé le sieur X... de l'épreuve orale du premier examen de docteur en médecine.

L'Association soutenait que ce décret et la décision prise violaient le principe de l'égalité entre les étudiants; qu'en outre, la décision du 7 mars 1923 devait être annulée pour détournement de pouvoirs.

Le Conseil d'Etat a décidé que le décret du 20 mars 1922, ayant été rendu sans que le conseil supérieur de l'Instruction publique ait été consulté, est entaché d'excès de pouvoir, et que, par suite, l'arrêté attaqué, pris par application dudit décret, doit être annulé.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE. — La Société vient d'élire comme membres étrangers : MM. Bérard, Bégouin, Cunéo, Gosset, Lambret, Lecène, Leriche et Rouvillois.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÉGE. — M. le professeur Nolf fera le 15 février, à 17 h., à la Société médico-chirurgicale de *Liége*, une conférence sur le *Système nerveux autonome sympathique et parasympathique.*

FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS DES EXTERNES ET ANCINNS EXTERNES DES HÔPITAUX DE FRANCE. — Le IIIe Congrès annuel de la Fédération des Associations d'externes et anciens externes des hôpitaux de France se tiendra à Strasbourg les samedi 12 et dimanche 13 février prochain.

Les questions à l'ordre du jour sont :

1. Règlement des concours d'externat et d'internat et leur unification possible, par Max Giron, président de l'A. E. de Bordeaux.

2. Statut militaire des externes réservistes des classes 1918 et 1919, par M. Rousset, conseiller de l'A. E. de Lyon et commissaire général du dernier Congrès.

3. Soins gratuits dans les hôpitaux pour les anciens externes, par le docteur Labeau, vice-président de l'A. E. de Bordeaux.

4. Moyens légaux pour la défense du titre d'externe, par Justin Besançon, ancien président de l'A. E. de Paris et président de la F. A. E.

5. Création d'un Bulletin de la F. A. E., par Reymond, de Montpellier. A cet ordre du jour, déjà bien rempli, s'ajoutent naturellement le rapport moral du fonctionnement de la F. A. E. en 1926-1927, par le docteur F. Lepennetier, secrétaire général

de la F. A. E. et le compte rendu financier, par le docteur Béhague, trésorier de la F. A. E.

6. Le Congrès s'occupera d'autre part de la situation qui est faite aux externes des hôpitaux de Toulouse par leur Faculté qui veut les obliger à faire tous leurs stages de spécialités, chose presque impossible comme chacun sait. D'ailleurs dans toutes les autres Facultés le nombre des stages de spécialités est volontairement très réduit dans le règlement.

Un troisième jour consacré à des excursions à Saverne est envisagé. Des réceptions encadreront les séances du Congrès.

Les organisateurs sont : M. Schaeffer, président de l'A. E. de Strasbourg (Adresse. Clinique médicale A. de l'hôpital civil, Strasbourg B. R.) et le docteur F. Lepennetier, secrétaire de la F. A. E., 169, boulevard Saint-Germain, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec un bien vif regret la mort du docteur Marcel Briand, médecin honoraire des Asiles de la Seine, chef du service de neuro-psychiatrie du gouvernement militaire de Paris, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE (professeur : M. A. COUVELAIRE). — *Stage et cours de perfectionnement*, du 1er février au 9 avril. — Ces enseignements dirigés par le professeur Couvelaire avec la collaboration de MM. Rudaux, Devraigne, Le Lorier, Lévy-Solal, Levant, Vignes, Cleisz, Portes, accoucheurs des hôpitaux; Abrami, Aubertin, Marcel Pinard, médecins des hôpitaux; Verne, agrégé d'histologie, et Girand, chefs de laboratoire; Powilewicz et Desnoyers, anciens chefs de clinique obstétricale; Lacomme et Ravina, chefs de clinique obstétricale; Aurousseau, chef de clinique de chirurgie infantile; Blanche, assistant de radiologie des hôpitaux, sont réservés aux médecins et étudiants français et étrangers ayant déjà une certaine instruction obstétricale et désireux de se perfectionner au point de vue scientifique et pratique.

Ils comprendront : *a.* un stage clinique avec conférences de séméiologie et de pathologie; *b.* un cours d'opérations obstétricales; *c.* un cours d'anatomie, d'histologie et de physiologie obstétricales.

Les horaires sont combinés de façon à permettre aux élèves de suivre les cours dans leur ensemble ou l'un des cours à leur choix.

Des certificats seront délivrés aux élèves.

Les droits d'inscription pour chacun de ces cours sont de 250 fr.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le chef de clinique de la clinique Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. les docteurs Léon Fournier, médecin de l'hôpital Cochin; Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Tenon; Ecalle, agrégé, accoucheur des hôpitaux; Vaudescal, agrégé; Couinaud, Desoubry, Jacquet, Lantuéjoul, Mlle Labeaume, MM. de Peretti, chefs de clinique et anciens chefs de clinique; de Manet, ancien chef de clinique adjoint, assistés des moniteurs de la Clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le samedi 12 février 1927. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 16 h. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de Clinique, à la Clinique Tarnier.

Le droit à verser est de 150 francs.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

LIVRES NOUVEAUX

Le Mal héréditaire (1), par le docteur CABANÈS.

Je viens de terminer la lecture du *Mal héréditaire* et, une fois de plus, en fermant un livre de Cabanès, je me suis félicité de ne pas appartenir à une de ces familles historiques dont « le plus grand indiscret de l'histoire », si j'ose risquer cet à peu près, a pris pour tâche de dévoiler les tares.

Une question doit se poser : quelle est la limite de la documentation, et où commence l'indiscrétion? C'est affaire d'appréciation, qui ne peut se juger qu'en mesurant la sincérité de l'historien. La sincérité de Cabanès est évidente; elle n'est égalée que par l'art avec lequel il sait, sans y appuyer, effleurer les sujets les plus délicats.

Le *Mal héréditaire* est un chef-d'œuvre dans ce genre. La documentation, vraiment prodigieuse, de Cabanès lui permet de tirer de l'étude de Charles-Quint, de son ascendance et de sa descendance, des conclusions infiniment troublantes, et qui ont déjà soulevé des discussions.

Il faut lire son étude sur le stigmate des Habsbourg, ce prognathisme inférieur, si souvent cité, et interprété, notamment, par Galippe, et qui depuis Jeanne la Folle, mère de Charles-Quint, se retrouve chez tous les descendants du grand empereur. Il faut aussi lire les chapitres dans lesquels Cabanès étudie la psychose de Charles-Quint, les bizarreries de Philippe II, de Don Carlos et de leurs successeurs.

Enfin, on s'attardera avec plaisir aux pages dans lesquelles Cabanès nous montre Marie-Louise d'Orléans, vivant « la vie affreuse du Palais », tyrannisée par la *Camarera Mayor*, et très insuffisamment aimée par son singulier mari...

Cette dégénérescence des descendants de Charles-Quint sera-t-elle arrêtée par l'infusion du sang de la Maison de France? C'est ce que Cabanès nous apprendra dans un prochain volume.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 8 février. — Jury : MM. Balthazard, président; Bernard, Guillain et Duvoir. — M. ROMEYER (G.). La déclaration des enfants sans vie. — M. MERRILL (Th.). L'hygiène de l'enfant de dix ans. — M. GARCIN (R.). Syndrome paralytique des nerfs craniens.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Sergent, Bresson, Coquot, Maignon et Robin. — M. MURET. Ponction du cœur chez le chien. — M. AUBOURG. Arthrites aiguës chez le cheval.

Vendredi 11 février. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Couvelaire, président; Lemierre, Moussu, Panisset, Vallée et Robin. — M. SAVARIT. Renversement du conduit génital chez la vache. — M. BOUET. Essais de sérothérapie et vaccinothérapie. — M. TRUCHE. De la typhose aviaire.

(1) Un vol. in-8° avec 63 illustrations. Prix : 15 fr. — Paris, Albin Michel, éditeur.

NOUVELLES RECHERCHES

SUR LE

DÉVELOPPEMENT DU BACILLE TUBERCULEUX

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES (1)

PAR

A. VAUDREMER, E. PUTHOMME et J. PAULIN.

Dans une communication faite le 6 mai 1926, à l'Académie de médecine, nous avons décrit le développement du bacille tuberculeux et précisé l'aspect des formes que pouvait prendre ce bacille, depuis sa phase filtrante jusqu'à sa phase acido-résistante.

Mais, à dessein, nous avons omis de décrire une série d'expériences au cours desquelles nous avions obtenu des cultures en ensemençant sur gélose des bacilles de Koch authentiques soumis préalablement à l'action des substances élaborées par l'Aspergillus fumigatus.

Ce fait était trop inattendu et trop important pour être communiqué à l'Académie de médecine avant d'avoir été contrôlé. Ces contrôles, répétés pendant deux ans, ayant été tous concordants, il nous parut que les résultats expérimentaux primitivement constatés étaient justes, et qu'il nous était permis de les exposer ici.

Division de sujet. — Nous avons divisé cette étude en deux parties : la première biologique, la seconde clinique.

Les recherches cliniques ont été faites pendant trois ans ; 480 malades en ont été l'objet.

Des documents aussi nombreux n'ont pu être rassemblés que grâce à la confiance qu'a bien voulu nous faire M. le Professeur Gosset ; il nous a accueilli à la Clinique de la Faculté ; nous a permis d'y installer une consultation dans laquelle, depuis trois ans, de 60 à 80 malades sont venus se faire traiter deux fois par semaine. Un personnel d'infirmières dévouées a assuré le service. Les laboratoires scientifiques ont parfait les recherches. Avant d'aborder mon sujet je veux acquitter le devoir de reconnaissance dû par les malades et par moi-même en remerciant ici M. le Professeur Gosset.

I

RECHERCHES BIOLOGIQUES

Action des cultures filtrées d'Aspergillus fumigatus sur les bacilles tuberculeux acido-résistants pathogènes. — On sait que, dans la nature, certains germes favorisent le développement d'autres germes, ou lui nuisent. Nous avons montré en 1910 (2) que le bacille tuberculeux n'échappe pas à cette loi et qu'il est profondément modifié par le pyocyanique et par l'Aspergillus fumigatus. Ce dernier germe est particulièrement actif ; son développement parasitaire sur un voile de bacilles tuberculeux poussé sur du bouillon glycériné détruit la majeure partie du voile et la tuberculine du milieu. La connaissance de ce fait et son rapprochement avec nos constatations ultérieures nous ont conduit à poursuivre les nouvelles recherches que nous allons exposer.

Transformation et développement des bacilles de Koch dans le milieu de cultures aspergillaires filtré. — *Expérience.* — Une culture jeune d'Aspergillus fumigatus, poussée sur gélose au bouillon de haricots, est ensemencée sur du liquide de Raulin contenu dans des matras de Fernbach. Après un mois de séjour à 15 degrés dans l'obscurité, la récolte est mûre. A ce moment le liquide de culture est décanté et le mycélium est broyé à part, dans un mortier, avec du sable stérile. Le jus du broyage est reversé dans le liquide de culture décanté. Le mélange, filtré sur bougie L3, est réparti en ballons flambés. La réaction est P. H. = 7,5. Après avoir contrôlé la pureté du milieu ainsi préparé, on procède à son ensemencement en immergeant au fond du ballon de gros fragments de voiles de bacilles de Koch pathogènes poussés sur du bouillon glycériné.

Après cinq ou six jours d'étuve (à 38 degrés) les voiles immergés deviennent lourds, et leur couleur jaune pâle vire au brun. Si, à ce moment, on colore au Ziehl-bleu de méthylène un fragment de voile on voit, sur la préparation, des amas de bacilles acido-résistants granuleux, longs et grêles. Parmi ces bacilles, il en est qui présentent un granule terminal privé d'acido-résistance et colorable par le bleu de méthylène. Ces granules cyanophiles semblent être de même nature que d'autres granules *libres* qui entourent les amas acido-résistants. Ces éléments, très fins, dépourvus d'acido-résistance, prennent le Gram et sont colorables au bleu de méthylène. Quand on les examine à un fort grossissement on voit qu'ils ressemblent à des méningocoques qui prendraient le Gram (1).

De jour en jour, le voile immergé devient plus épais, le nombre des bacilles acido-résistants diminue, et, celui des granules cyanophiles augmente. A un moment donné, on ne voit plus, sur la préparation, que de rares amas de bacilles typiques. Ceux-ci sont remplacés par de nombreuses zooglées ovalaires composées de granules cyanophiles. Peu de temps après l'apparition de ces zooglées, le milieu de culture, demeuré clair jusqu'alors, prend un aspect trouble. A ce moment, le voile immergé diminue de volume, devient friable et se fragmente quand on agite un peu fortement le ballon qui le contient. Bientôt, des voiles ensemencés, il ne restera plus que de minces lamelles.

Il est à remarquer que la disparition quasi totale des voiles initiaux correspond au trouble apparu dans le milieu de culture. Ce trouble est produit par un développement massif de germes dont l'aspect varie avec l'origine des souches et avec leur adaptation plus ou moins ancienne aux milieux artificiels.

Les *souches anciennement acclimatées* donnent naissance aux formes granulaires que Pla y Armengol [de Barcelone] (2) a certainement vues et décrites dans les termes suivants que nous adoptons : « Il existe une forme d'attaque (du bacille tuberculeux) qui ressemble aux formes de beaucoup d'autres bactéries : coccus isolés, ou groupés, fréquemment en deux éléments, quelquefois en tétrades ou en courtes chaînettes ; plus rarement en éléments plus nom-

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 8 février 1927.

(2) VAUDREMER. Action des microbes sur le bacille tuberculeux, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars 1910.

(1) Nous avons signalé dans nos publications antérieures cette morphologie des granules tuberculeux qui nous a frappé depuis longtemps.

(2) PLA Y ARMENGOL. *Contribution à l'étude de l'hérédité tuberculeuse*, Barcelone 1926.

breux. Facilement colorables, non acido-résistants et presque toujours Gram positif, ces éléments poussent vite et bien sur les milieux usuels quand ils sont acclimatés. Ils sont toxiques et flogogènes. On voit comment il est possible de reconnaître dans ces germes les formes filtrantes du pus caséeux de Fontès, certaines des formes décrites par Vaudremer et probablement certaines formes filtrantes étudiées actuellement par divers expérimentateurs et par nous-même. »

Les *souches récemment acclimatées* poussent aussi dans le milieu aspergillaire, mais moins abondamment que les précédentes. Elles se développent sous la forme de bacilles longs, ramifiés, *granuleux*, qui ressemblent encore de très près aux bacilles classiques dont ils viennent. *Certains portent des granules acido-résistants terminaux* ou des bourgeons de fructification latéraux.

Toutefois, quel que soit le degré d'adaptation aux milieux artificiels des éléments que nous venons de décrire, il est à remarquer qu'ils ont tous un caractère commun : celui d'être formés de granules prenant le Gram.

Cultures sur gélose. — Les éléments apparus dans le liquide aspergillaire sont repiquables sur gélose, mais ils ne le sont qu'au moment où ils troublent le milieu du culture. Or, ce trouble dure peu, de huit jours à trois semaines, selon les souches. Quand il a disparu, on ne trouve plus d'autres traces de son existence antérieure qu'un fin dépôt pulvérulent et jaunâtre adhérent aux parois du ballon dans lequel il s'était développé.

Les cultures sur gélose poussent en vingt-quatre heures à 38 degrés. L'aspect des colonies varie selon que les ensemencements sont faits avec d'anciennes souches de laboratoire ou avec des souches nouvellement isolées.

Les souches anciennes sont composées de colonies fines, irisées, parfois un peu grasses. Les éléments qui constituent ces colonnes sont semblables à ceux développés dans le liquide aspergillaire et que nous avons précédemment décrits.

Les souches nouvelles poussent tout d'abord sous la forme d'un enduit blanchâtre, adhérent et difficile à cueillir avec le fil d'ensemencement.

Les éléments composant ces cultures, présentent une évolution curieuse. Tout d'abord, ils conservent sur la gélose la forme bacillaire granulaire sous laquelle nous les avons vus apparaître dans le liquide aspergillaire. Puis, au cours des repiquages successifs, ils se transforment en un feutrage cyanophile granulifère, dont l'aspect est semblable à celui décrit par Bezançon et Philibert dans leur étude sur le développement des cultures du bacille de Koch.

Après une dizaine de repiquages, le feutrage devient moins épais et, sur les préparations, on voit un grand nombre de granules libres cyanophiles; ceux-ci vont en augmentant au cours des repiquages successifs jusqu'au moment où le feutrage ayant disparu, on ne verra plus sur les préparations que des granules indépendants les uns des autres, ou paraissant l'être.

Dorénavant, la souche sera devenue *souche acclimatée* et les éléments composant ces cultures sur gélose seront pareils à ceux des vieilles souches de laboratoire.

Mort apparente et reprise des cultures sur gélose. — Les cultures sur gélose semblent mourir vite. Les souches bovines surtout, sont dans ce cas. Après un mois d'étuve, on ne voit plus sur la gélose que de rares colonies, fines et brillantes, qui ne sont plus repiquables sur le même milieu. Mais, huit ou dix mois plus tard, on constate que ces cultures, qui paraissaient mortes, ont redonné naissance à une « surculture » lamelleuse, sèche, développée au fond du tube. Dans celle-ci, on voit coexister de nombreux granules cyanophiles, des granules acido-résistants et des bacilles typiques. Ainsi, sur la même préparation, on peut suivre les différents passages du granule d'aspect banal, au bacille de Koch classique.

Perte et reprise du pouvoir pathogène. — Aucun des éléments poussés dans le liquide aspergillaire ou sur gélose ne détermine la tuberculose expérimentale typique du cobaye. Pour produire celle-ci il faut inoculer des *cultures régénérées* par passage sur un milieu d'origine animale, tel que le sérum de bœuf ou de cheval prélevé purement, non chauffé et glyceriné à 5 p. 100.

Les ensemencements faits de la gélose sur la pomme de terre imprégnée d'un sérum ainsi recueilli reprennent, après huit ou dix mois, acido-résistance et virulence, tout ensemble.

Ces cultures inoculées sous la peau des cobayes les tuent en huit jours. Les animaux meurent sans avoir présenté de lésions au point d'inoculation, mais les poumons et la rate sont envahis de tubercules. L'infection est transmissible en série. Les cobayes inoculés sous la peau avec du suc de rate broyée meurent de tuberculose généralisée à bacilles acido-résistants, dans un délai de huit à quinze jours.

Cette expérience montre la nature tuberculeuse des cultures sur gélose; elle montre aussi que la forme acido-résistante du bacille de Koch facteur du « tubercule » se développe en présence des substances organiques normales de l'animal en l'espèce *le sérum sanguin*.

Formation d'anticorps. — La nature tuberculeuse des cultures sur gélose est encore confirmée par l'étude expérimentale des réactions sanguines. Ces cultures, en effet, émulsionnées dans l'eau physiologique, chauffées vingt minutes à 56 degrés et inoculées à trois reprises, à un mois de distance à la dose de 1 centimètre cube, dans la veine marginale de l'oreille des lapins sains, provoquent l'apparition d'anticorps spécifiques, dans le sérum de ces animaux. Cette apparition est mise en évidence par l'antigène de Besredka, dans le service duquel cette recherche a été faite.

Conclusions. — Ainsi, les cultures sur gélose, quand elles vieillissent, reviennent au type classique, sans qu'il soit besoin de les repiquer sur des milieux spéciaux.

Ces cultures repiquées sur un milieu contenant du sérum normal de cheval ou de bœuf additionné de glyceriné, acquièrent une virulence exaltée. Les cultures sur gélose tuées par la chaleur peuvent provoquer, chez l'animal sain, la formation d'anticorps. Ces cultures chauffées inoculées sous la peau des cobayes leur confèrent dans 80 p. 100 des cas, une résistance accusée durant au moins quinze mois (1). Ce sont donc bien des formes modifiées de bacilles tuberculeux pathogènes.

(1) *C. r. de la Soc. de biol.*, t. XCIV, p. 425, 20 fév. 1926.

II

RECHERCHES CLINIQUES

Division du sujet. — Les faits expérimentaux que nous venons de décrire ont été l'origine des applications thérapeutiques dont l'exposé va suivre.

Ces essais ont été précédés de longues vérifications dont les premières ont été publiées en 1913 à la Société de biologie (1), reprises en 1919, elles ont été continuées sans interruption depuis lors.

Les essais de traitement ont été faits avec deux antigènes différents.

Tout d'abord, nous avons utilisé les fragments de voile, dont nous avons précédemment signalé la persistance au fond des ballons, après une macération de bacille de Koch dans le liquide aspergillaire filtré. Plus tard nous avons remplacé ces voiles par les cultures sur gélose.

Action thérapeutique des voiles bacillaires modifiés par les liquides aspergillaires. — Les premières applications faites à l'homme remontent à février 1924, nous les avons continuées pendant un an.

Le traitement consistait en injections sous-cutanées d'une émulsion faite avec les fragments d'un voile de bacille de Koch qu'une macération d'un mois en liquide aspergillaire filtré avait modifié sans le détruire complètement (2).

Cette thérapeutique a été appliqué à 128 malades, sur lesquels, 85 ont pu être suivis et étudiés. Ces malades, des deux sexes et d'âge très différents (douze à soixante-quinze ans), présentaient les symptômes cliniques classiques des différentes formes de tuberculoses externes. Certains d'entre eux étaient atteints de tuberculose pulmonaire fibreuse. Nous avons noté trois cas de tuberculose ulcéreuse, compliquée une fois d'un pneumothorax spontané.

Les résultats du traitement ont été : 37 guérisons, 35 améliorations, 5 stabilisations, 8 aggravations.

Les cas les plus améliorés ont été : les ostéites des petites articulations, les adénites, les épididymites, les péritonites et les annexites. Les résultats ont été moins bons chez les coxalgiques de tous âges, et chez les vieillards, quelles que fussent leurs lésions.

Les cas guéris n'ont été étiquetés qu'après disparition des signes subjectifs, objectifs et radiologiques des lésions. La guérison a été de plus confirmée par l'étude de la floculation faite sous la direction du docteur Vernes. Celle-ci a montré le passage d'un taux de floculation élevé (140) a un taux normal (30) au fur et à mesure de la régression des symptômes.

L'ensemble de ces faits montre l'intérêt du traitement employé. Celui-ci donnait des résultats rapides et l'on a vu des guérisons survenir après une ou deux injections quelquefois trois, sans hospitalisation des malades et sans appareil d'immobilisation sauf dans les lésions vertébrales.

Pourtant, les émulsions de voile, malgré leur valeur thérapeutique, avaient l'inconvénient de produire des abcès tardifs au point d'inoculation. Ces abcès ont été exceptionnels quand les émulsions injectées, étaient anciennes (un an). Mais les injections d'émulsions récemment préparées, bien que chauffées deux fois à 100, ont presque toujours produit des abcès. Ceux-ci se formaient lentement et certains, apparus un an après l'injection, avaient l'aspect d'un « tuberculôme aseptique ».

Dans ces conditions il fut souvent malaisé de faire comprendre aux malades que ces abcès tardifs, véritables abcès de fixation, étaient favorables à leur guérison et qu'ils étaient sans gravité, puisqu'une simple évacuation du pus y mettait fin. C'est pourquoi, devant cette difficulté pratique nous avons été amené à remplacer l'émulsion de voiles par une émulsion des cultures qui, provenant de ces voiles même, s'étaient développées sur gélose.

Action thérapeutique des cultures sur gélose. — *Préparation de l'émulsion.* — Huit souches de bacilles de Koch (quatre humaines, trois bovines, une équine) ensemencées sur gélose depuis quatre jours sont émulsionnées dans l'eau physiologique. Les émulsions mélangées sont chauffées une demi-heure à 56 degrés et réparties en ampoules. Celles-ci sont chauffées une deuxième fois à 56 degrés pendant vingt minutes.

La stérilisation est contrôlée par ensemencement sur gélose.

Mode d'emploi. — Le traitement comprend douze injections sous-cutanées de 1 à 2 centimètres cubes pratiquées tous les quatre à cinq jours.

Le soir des premières injections, on note de la céphalée, de la fièvre et parfois des vomissements, avec légère réaction focale, sans réaction locale. Après les trois premières injections, ces phénomènes cèdent. Généralement ils ne reparaissent plus pendant le cours du traitement. Mais il y a des exceptions. C'est ainsi que l'on voit parfois une poly-adénite accompagnée de fébricule survenir après la cinquième injection. Il faut alors interrompre le traitement et ne le reprendre qu'une fois le calme revenu. Ces signes de réaction ganglionnaire correspondent à une réaction humorale spécifique.

Réaction humorale. — Celle-ci a été étudiée par M. le docteur Guillot, chirurgien en chef des hôpitaux du Havre, et M. Daufresme, pharmacien en chef et directeur du Laboratoire des hôpitaux. Ces études ont été faites sur des malades atteints de mal de Pott, épididymites, néphrites, péritonites et annexites. Dans les cas observés, la déviation du complément par l'antigène de Besredka était faiblement positive avant le traitement : elle croissait après les deux premières injections et devenait massive après la troisième. Ce fait est le corollaire de celui précédemment décrit et qui montrait que, chez les animaux neufs, l'injection, par la voie sanguine, d'émulsion chauffée, provoquait la formation d'anticorps spécifiques.

Cas traités et résultats statistiques. — Les premiers essais thérapeutiques faits avec les cultures poussées sur gélose et tuées à 56 degrés remontent au début de l'année 1925. Le traitement a été appliqué à des malades en cure libre, venant se faire soigner à la consultation externe de la Clinique chirurgicale de la Faculté à la Salpêtrière. Tous ces malades ont eu une fiche clinique et bactériologique et des radiographies en série. Ces dernières vont être projetées ici ; 352 cas ont été traités. De ceux-ci nous soustrairons 92 observations en cours d'examen.

Les résultats obtenus chez les 260 malades complètement traités sont consignés dans le tableau suivant :

(1) *C. r. de la Soc. de biol.*, 1913, p. 278 et 752.

(2) Nous n'avons pas à donner plus de détails sur le mode de préparation de cette émulsion, celui-ci ayant été exposé avec précision en 1925 dans le n° 81 de la *Presse médicale*.

NATURE des cas traités.	NOMBRE des cas.	GUÉRISONS		AMÉLIORATIONS		STATIONNAIRES		AGGRAVATIONS	
		Nombre.	P. 100.	Nombre.	P. 100.	Nombre.	P. 100.	Nombre.	P. 100.
Tub. ganglionnaire....	123	103	83,4	18	14,87	2	1,8	»	»
Tub. artic. et synov...	87	55	63,22	22	25,40	7	8	3	3,40
Orchi-épidydimites....	21	20	95,24	1	4,26	0	»	»	»
Abcès ossifluents	17	10	58,76	5	29,4	0	»	2	12,4
Tuberculoses cutanées.	7	4	57,1	2	28,07	1	11,28	»	»
Tuberculoses rénales..	6	5	83,2	»	»	»	»	1	16,6
Péritonites.	2	2	100	»	»	»	»	»	»
TOTAUX.....	260	129	75,65	48	18,60	10	0,04	6	12,31

Considérations cliniques. — Les succès obtenus avec la deuxième émulsion sont plus nombreux que ceux fournis par la première, qui ne donnait que 48,8 p. 100 de guérisons et 48,6 p. 100 d'améliorations.

Il est intéressant de noter que les échecs ont été constants chez les hommes de couleur. Les Japonais et les Marocains n'ont retiré aucun bénéfice du traitement et l'on peut se demander si, dans ces cas rebelles, l'infection n'était pas due à des bacilles de souches différentes des nôtres. On doit aussi mettre en valeur ce fait clinique important : des malades atteints de tuberculose mixte (lésions externes et pulmonaires) supportent un traitement intensif sans réactions pulmonaires. Les lésions parenchymateuses peuvent même être améliorées par le traitement sous-cutané. *Mais ce n'est pas la règle.* En revanche il ne faut pas employer le traitement sous-cutané chez les tuberculeux pulmonaires ne présentant pas de lésions externes à cause des réactions vives qu'il provoque.

Il semble que la fixation périphérique de l'infection bacillaire chez des malades atteints de lésions mixtes atténue leur sensibilité au « schock ». Ce fait, qu'il nous a été donné de vérifier, a déjà été signalé par plusieurs auteurs et en particulier par le Professeur Bezançon. Il serait important d'en poursuivre l'étude.

Mais si l'emploi des émulsions bacillaires *fortes* est interdit par la voie sous-cutanée chez les tuberculeux exclusivement pulmonaires, ceux-ci peuvent bénéficier de la prise de l'émulsion par la voie buccale.

Il n'entre pas dans notre plan de décrire en détail ce procédé thérapeutique. Nous indiquerons seulement qu'il est d'un emploi facile et donne parfois de bons résultats comme le montrent les projections radiographiques.

Conclusions. — Du travail que nous venons de présenter on peut tirer deux sortes de conclusions :

Biologiquement, il montre que les substances, élaborées par l'Aspergillus fumigatus, modifient les caractères biologiques du bacille tuberculeux et lui permettent de se développer sous une forme nouvelle. Cette forme s'adapte aux milieux usuels de laboratoire sur lesquels elle pousse vite sans devenir tout d'abord acido-résistante et sans produire de tuberculine.

Pratiquement : les bacilles macérés dans le liquide aspergillaire et surtout les formes qui développées dans ce milieu, ont acquis la propriété de pousser sur gélose, provoquent la formation d'anticorps spécifiques même quand elles sont tuées par la chaleur. Dans ces conditions elles confèrent au cobaye une résistance durable, et ont une valeur thérapeutique. Cette valeur n'est pas absolue et « la tuberculose n'est pas vaincue » par ce moyen. Mais ce traitement basé sur des faits biologiques, jusqu'alors ignorés ou mal connus, a permis à des malades de guérir contre tout espoir, ou au moins, d'échapper à des interventions chirurgicales qui eussent, parfois, nécessité des mutilations redoutables.

ACTUALITÉS

LES SEPTICÉMIES D'ORIGINE BUCCO-DENTAIRE

En exposant l'année dernière le rôle de l'infection dans l'évolution des ulcères gastro-duodénaux (1), je signalais qu'à la suite des travaux de Rosenow on admet que les infections dentaires peuvent, par métastase infectieuse, donner naissance à un ulcus gastrique ou duodénal. Il nous faut aujourd'hui revenir encore sur cette question de la septicité bucco-dentaire et des accidents qu'elle entraîne parfois; trois thèses intéressantes viennent, en effet, d'apporter de nouvelles preuves que cette septicité peut être l'origine de conséquences graves pour la santé générale et de lésions dans les organes les plus divers (2).

Mais, avant d'aborder cette étude, il convient de rappeler brièvement que, si Rosenow et les Américains l'ont mise récemment à l'ordre du jour, ils n'ont fait que reprendre, développer, vulgariser une théorie déjà ancienne et d'origine française. Dès le début du XIXe siècle, Jean-Louis Petit, un peu plus tard Chassaignac avaient remarqué la gravité de l'infection bucco-dentaire, et Chassaignac avait même employé l'expression de « cachexie buccale » pour désigner les états pathologiques consécutifs aux complications de la carie dentaire ou des fractures du maxillaire inférieur. Puis c'est Richet (1865) qui présente à la Société de chirurgie des cas « d'intoxication putride » à la suite d'interventions portant sur la cavité buccale; Galippe qui montre l'influence fâcheuse de la pyorrhée sur les divers organes. Sébileau, Julien et Camille Tellier étudient les diverses formes cliniques des septicémies d'origine buccale. Dans ces dernières années, les stomatologistes américains ont admis que la source principale de grand nombre d'infections est la cavité buccale.

On sait qu'il existe dans la bouche une flore microbienne abondante et variée; d'après de Vecchis, un sujet dont la bouche est saine a, le matin au réveil dans sa cavité buccale, 3 milliards de bactéries. Combien de milliards de bactéries doit héberger une bouche malade? La carie dentaire avec suppuration de la pulpe, la pyorrhée alvéolaire, les gingivo-stomatites entretiennent un état permanent de sep-

(1) *Gaz. des hôpit.*, 9 juin 1926, n° 46.

(2) BASCOU. Contribution à l'étude de la septicémie d'origine bucco-dentaire (infection focale dentaire des Américains), *Th. de Paris*, 1925. — BAZIN. Des syndromes généraux consécutifs à la pyophagie d'origine dentaire. Traitement vaccinal; vaccin du docteur Goldenberg, *Th. de Paris*, 1925. — Angèle DEBOURG. Endocardites d'origine bucco-dentaire, *Th. de Lyon*, 1925.

ticité buccale; il en est de même en cas d'appareils de prothèse mal ajustés, d'obturations de caries mal terminées au niveau du collet des dents. Une des lésions les plus redoutables, comme foyer d'infection souvent méconnu, est le kyste péri ou para-apexien; c'est le « blind abcess » des Américains, appelé encore en France « granulome ». Rosenow, Billings ont étudié cette infection focale de l'apex; c'est surtout le streptocoque que l'on y rencontre (*streptococcus viridans*), plus ou moins virulent, et, si les abcès apicaux sont les plus dangereux des foyers dentaires, c'est parce qu'ils évoluent habituellement d'une façon insidieuse et parce que, situés dans un tissu osseux inextensible, ils ne peuvent se drainer que par le torrent circulatoire quand ils sont soumis à des pressions transmises par les dents au moment de la mastication. En présence de malades souffrant d'affections dont l'origine paraît obscure, il faut donc chercher systématiquement s'il n'existe pas un foyer d'infection passé inaperçu, en particulier une infection focale dentaire, et, ce foyer trouvé, sa suppression pourra améliorer et même guérir la maladie qui en était la conséquence. Sur 1.000 malades atteints de quelque affection chronique, Duke a trouvé un degré marqué de septicité buccale chez 66 p. 100 de ces malades; Thoma, dans des cas analogues, chez 88 p. 100. Sans aller jusqu'à ce pourcentage, qui paraîtra à beaucoup un peu élevé, on doit retenir la théorie des infections focales et en tenir très sérieusement compte en clinique.

Dans la thèse de M. Bazin, on trouve une bonne description des syndromes généraux consécutifs à la pyophagie d'origine dentaire. Le pus dégluti peut amener des troubles dans les phénomènes digestifs, voire des lésions du tube digestif (gastrite septique, entérocolite); si l'infection se porte ensuite vers le foie, on observe de l'angiocholite, de la cholécystite, c'est le syndrome bucco-entéro-hépatique. M. Bazin décrit encore un syndrome bucco-rénal (1) (néphrite aiguë, pyélo-néphrite), bucco-vasculaire (artérite aiguë ou chronique, phlébite, endocardite), bucco-respiratoire, bucco-cutané. A propos de ce syndrome bucco-cutané, il relate l'observation très curieuse d'une malade qui avait, depuis fort longtemps, de l'eczéma de la face et des mains; plusieurs traitements n'avaient donné aucun résultat, quand M. Lebedinsky constata, chez cette malade, de la pyorrhée alvéolo-dentaire ; il fit l'extraction des dents et des racines; l'eczéma disparut très rapidement.

M. Bascou montre également l'importance de la septicité buccale dans ses rapports avec la pathologie générale; il ne cache pas son opinion que les Américains ont érigé ces notions en doctrine par trop absolue à la suite de laquelle beaucoup d'exagérations ont été commises. Mais, cette réserve faite, M. Bascou estime que les foyers d'infection bucco-dentaire sont la cause directe de certaines maladies et, de plus, une cause fréquente d'aggravation d'autres maladies; une septicémie ne pourra être dite cryptogénétique que lorsqu'un examen sérieux de la région gingivo-dentaire, avec radiographie dans certains cas, aura été pratiqué, tout comme l'examen des autres régions de l'organisme et n'aura décelé aucun foyer infectieux. Voici, entre autres, une observation recueillie par M. Bascou : un homme de trente ans entre à l'hôpital amaigri, fatigué, ayant depuis cinq semaines une fièvre continue, entre 38 et 39 degrés; on redoute, chez lui, la tuberculose, mais l'examen des crachats est négatif; après quelques jours, on constate un abcès dentaire et des dents cariées; extraction de quatre dents et, le soir même, abaissement de la température; une semaine plus tard, extraction de cinq autres dents cariées. La fièvre diminue, l'appétit revient, l'état général s'améliore; au moment de la convalescence, nouvelle poussée de fièvre coïncidant avec un nouvel abcès dentaire; l'abcès guéri, la température est normale, le sujet reprend du poids, de la force et sort guéri de l'hôpital. M. Bascou insiste encore sur la surveillance de la bouche, sur la recherche de la septicité bucco-dentaire chez les malades qui doivent subir une opération chirurgicale, chez les femmes enceintes, car la septicité buccale peut alors devenir la cause de complications infectieuses; il rappelle une observation de Dufougère, celle d'une femme ayant eu, vers la fin d'une grossesse, de la carie avec arthrite alvéolo-dentaire d'une incisive; dès le lendemain de l'accouchement, cette femme a de la fièvre; l'involution utérine est normale, les lochies sans odeur; quelques jours plus tard, apparaît une pleurésie avec un liquide riche en polynucléaires, puis une septicémie, et la malade succombe après avoir présenté des signes d'endocardite. On peut, en pareil cas, admettre comme très vraisemblable que l'origine de l'infection était la pyorrhée alvéolo-dentaire.

Après avoir exposé les mêmes notions générales sur la septicité bucco-dentaire, sur la pyophagie et les foyers infectieux péri ou para-apexiens, Mlle Angèle Debourg s'attache plus spécialement à l'étude des endocardites d'origine bucco-dentaire; elle en rapporte six observations. Une des plus intéressantes est celle d'un homme ayant de la pyorrhée alvéolo-dentaire et qui fut pris de fièvre, présenta des signes de phlébite à la jambe gauche, puis d'endocardite avec insuffisance et rétrécissement aortiques; l'endocardite évolua d'une façon subaiguë; les reins furent ensuite touchés (oligurie, hématurie, azotémie, anasarque); le malade mourut d'urémie (Bonnamour et Delore). Chez un autre malade, ayant aussi de la pyorrhée alvéolaire, on constate un syndrome d'anémie pernicieuse terminé par une endocardite infectieuse et une septicémie à streptocoques; les rapports entre un abcès dentaire et la maladie consécutive paraissent certains; aucune autre cause de septicémie n'a pu être relevée (P. Courmont).

Une statistique de Coldmann, basée sur des observations recueillies à Londres dans un hôpital d'enfants, montre que 52 p. 100 de cas d'endocardite peuvent être attribués à des abcès dentaires avec le streptocoque viridans comme agent pathogène. Rosenow a d'ailleurs reproduit expérimentalement chez des lapins des lésions de l'endocarde et du péricarde par injections intraveineuses de streptocoques provenant d'infections dentaires.

Tous ces faits doivent être connus; ils nous prouvent la nécessité d'une hygiène minutieuse de la bouche et des dents pour prévenir les infections d'origine bucco-dentaire. La prophylaxie doit être le mot d'ordre, disent les auteurs américains (*Prophylaxis should be the watch word*). Nous ne pouvons entrer dans le détail des soins dentaires; c'est une question de pure stomatologie. Notons seulement que M. Bazin conseille, pour les sujets atteints de pyorrhée, un traitement vaccinal par le vaccin de Goldenberg (vaccin polygénique et polyvalent pré-

(1) Horace a adressé une de ses épodes à une femme qui avait « les dents laides » et « les jambes enflées ». N'était-elle pas atteinte d'un syndrome bucco-rénal?

paré avec des microbes de pus gingival); on en injecte une goutte dans la gencive ou l'articulation alvéolo-dentaire, à la seconde injection deux gouttes, puis trois gouttes et progressivement jusqu'à six gouttes; il a vu plusieurs cas ainsi traités, avec d'heureux résultats, dans le service de M. Lebedinsky à l'hôpital Cochin. M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1927)

Infection staphylococcique aiguë, diffuse, de la lèvre inférieure, à évolution bénigne. — MM. J. ROUILLARD et P. BARREAU présentent une malade qui a été atteinte d'une infection aiguë de la lèvre inférieure, provoquant la mortification et l'élimination du tissu cellulo-graisseux de toute la lèvre inférieure; la symptomatologie et l'évolution ont rappelé très exactement celles d'un furoncle.

Syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens par néoplasie basilaire d'origine rhino-pharyngée. — MM. Th. ALAJOUANINE, R. GARCIN et G. MAURIC présentent un malade chez lequel il existe une paralysie de tous les nerfs craniens du côté gauche à l'exception de la IIIe paire strictement unilatérale. Le point de départ de ces accidents est un lymphosarcome rhino-pharyngé dont l'extension aux os de la base du crâne peut être déclarée responsable de cette séméiologie comme en témoignent les examens radiographiques qui montrent l'altération étendue du massif osseux basilaire.

Ce cas est un nouvel exemple du syndrome qu'ils ont individualisé avec M. Guillain.

Un cas de mélancolie associée au vitiligo. — MM. PARHON et DERIVICI (de Jassy). Comme rien ne permet d'incriminer la syphilis, il paraît légitime de rapporter ici mélancolie et vitiligo à une hyperthyroïdie d'ailleurs cliniquement reconnaissable.

Neuro-syphilis acquise à forme mentale avec vitiligo. — M. LAIGNEL-LAVASTINE. A propos de la communication de MM. Parhon et Derevici, l'auteur montre une malade qui présente également une association de troubles mentaux et de vitiligo. Il existe ici des signes nets de syphilis, et les troubles mentaux relèvent vraisemblablement de lésions encéphaliques d'origine vasculaire syphilitique.

Acromégalie chez un syphilitique avec augmentation du métabolisme basal, hypocalcémie et vagotonie. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et MORLAAS insistent sur l'hyperglycémie et la glycosurie adrénaliniques, et rappellent que l'association hypermétabolisme basal, hypocalcémie, vagotonie, qu'ils ont relevée chez leur malade a déjà été constatée dans quatre cas par Waldorp.

Associations tardives éberthiennes. Hydatides dans un kyste hydatique du foie. Opération. Guérison. — MM. DUFOUR et GERNEZ. Il s'agit d'une femme de cinquante-six ans guérie d'une fièvre typhoïde depuis un an environ au moment de son entrée à l'hôpital Broussais.

Dans le courant de l'année qui suivit sa fièvre typhoïde, cette malade se plaignit de la région hépatique.

Lorsque les auteurs virent la malade fin 1926, leur attention fut attirée par quatre signes principaux : l'hypertrophie du foie, une douleur continue dans la région correspondante, un état subfébrile permanent et la présence d'un léger souffle à la base du poumon droit.

Au niveau de la région souffrante, une ponction exploratrice permit de retirer 1 centimètre cube de pus épais et verdâtre. Ce pus contenait du bacille d'Eberth.

On tomba sur une poche purulente dont l'ouverture donna issue à une quantité considérable de vésicules hydatiques baignant dans du pus. Il s'est agi d'un kyste hydatique du foie dont la suppuration a été provoquée par le bacille d'Eberth un an après la guérison d'une fièvre typhoïde.

Abcès du poumon à staphylocoques dorés. Guérison après autovaccinothérapie. — MM. Fernand BEZANÇON, André JACQUELIN et Jean CELICE présentent un cas de gros abcès pulmonaire ayant évolué en trois phases :

1. Une phase d'infection générale, d'allure typhique, pendant laquelle l'hémoculture est restée stérile;
2. Une phase où la localisation pulmonaire seulement ébauchée au début a pris l'aspect d'une broncho-pneumonie batarde, avec présence de staphylocoques dorés presque purs dans les crachats;
3. Une phase d'abcès collecté dans la partie moyenne du poumon droit et ouvert dans les bronches, avec état général très touché.

De nombreux examens de crachats ont confirmé la nature staphylococcique de cet abcès.

Découverte radiologique d'un abcès du poumon à pneumocoques. Guérison rapide sans traitement spécial. — MM. Fernand BEZANÇON, André JACQUELIN et Jean CELICE rapportent l'observation d'un malade chez lequel douze jours après le début de signes bronchopulmonaires d'apparence banale, une radiographie systématique fit découvrir un volumineux abcès du poumon.

L'examen direct du thorax ne faisait percevoir aucun signe cavitaire. Mais les crachats, quoique d'aspect assez banal et disposés en trois couches, contenaient des fibres élastiques et du pneumocoque à l'état de pureté. C'était le seul élément de diagnostic en faveur d'une collection purulente évacuée dans les bronches.

Les cancers et leurs complications. Etude clinique de leur évolution. — M. Maurice RENAUD fait hommage à la Société du livre qu'il vient d'écrire sur les cancers.

Ce livre expose une conception simple, logique et utile des cancers qui, basée sur les données précises de l'anatomie macroscopique, fait sans aucune hypothèse entrer le cancer dans les cadres généraux de la pathologie. L'histoire des cancers qui était jusqu'ici des plus obscures, en raison de l'amoncellement de faits disparates et de l'absence de vue d'ensemble, se trouve ainsi simplifiée et clarifiée dans une description synthétique qui est donnée pour la première fois.

Un cas de tuberculose de la rate accompagnée de polycythémie. — MM. A. COYON, WILLEMIN-CLOG et Mlle BRUN rapportent un cas de tuberculose de la rate s'étant accompagnée d'une polyglobulie à 7.900.000 et d'une myélocythémie légère de 4 p. 100. Ces auteurs ont noté au niveau de la moelle l'existence d'une réaction intense, dissociée, érythroblastique.

Les auteurs concluent à l'origine active médullaire, au moins pour une part, de la polycythémie, et considèrent qu'elle ne doit pas être considérée comme une contre-indication à la splénectomie, alors qu'on mettait la polyglobulie sur le compte d'une atteinte hépatique profonde.

Amaurose consécutive à une hémorragie gastro-intestinale. — MM. A. COYON, CELICE et WILLEMIN-CLOG insistent sur la gravité des complications oculaires survenant à la suite d'hémorragies abondantes le plus souvent gastro-intestinales ou utérines et qui, bien connues des ophtalmologistes, n'ont que rarement été rapportées par les médecins.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

POUR PROTÉGER MÉDECINS ET SAVANTS

La Confédération des travailleurs intellectuels, C. T. I., s'est réunie, comme nous l'avions annoncé ici le 8 décembre 1926, avec son Groupe parlementaire, à la Chambre, le 15 décembre 1926, en vue d'arrêter la prochaine loi destinée à indemniser les victimes dans les hôpitaux et les laboratoires. Le projet de loi de M. le ministre Durafour a été adopté par son rapporteur, notre confrère, le docteur Fié, député de la Nièvre. M. Durafour est venu clairement défendre ses idées, et a exposé la tactique rapide pour aboutir, la Chambre devant voter sans débats le projet, et le Sénat, où nous comptons des confrères et amis les docteurs Chauveau, Merlin; MM. Daus-

set, Chapsal, J.-L. Breton... fera vraisemblablement de même. Le personnel des hôpitaux, médecins, internes, externes, infirmiers, sera ainsi protégé, et ce ne sera qu'un commencement.

Les victimes d'aliénés, le docteur Froment, l'infirmière de Sainte-Anne, la mort de l'interne Vadon déjà amputé après inoculation de cancer au cours d'opération, les fièvres éruptives ayant tué d'autres internes ou externes..., ont tellement ému l'opinion publique que le projet de loi les visant, seuls pour le moment, va passer rapidement.

La C. T. I. a fait un projet plus vaste, car les victimes des laboratoires, ne sont pas encore, ne seront pas protégées; sa Commission formée de son délégué général, M. Romain Coolus, des ingénieurs Guiselin, Florentin, Dubois, de maître Lenoble (avocat du chimiste Demalander, comme maître Gallié, le fut de Demenitroux, victimes d'émanations radio-actives), de Mme Jacob (des travailleuses sociales), du docteur Foveau de Courmelles, se sont arrêtés à notre formule à laquelle tendront ensuite des modications législatives. Nous rappelons ce texte qui a paru à tous d'ordre très complet :

« Toute victime des radiations, des émanations, par contact, absorption, etc., ou d'une manière plus générale, des contagions, des accidents, dans les hôpitaux, les usines, les laboratoires, les œuvres privées, les administrations, etc., et incapable de travailler, recevra soit un salaire pendant la durée de son incapacité, soit une indemnité proportionnelle à l'importance de cette incapacité. Les familles des victimes décédées devront également être indemnisées. »

Nous ne reviendrons pas sur les salaires de base et autres importants détails, mais après l'exposé lumineux de M. Durafour, de son confrère du barreau M. Lenoble qui défendit cette formule, le Groupe parlementaire, et notamment les députés Emile Borel, membre de l'Institut, ancien ministre, président, Chazelles, Evain, Fié et Durafour, on décida de poursuivre la campagne pour qu'aux médecins qui vont être protégés, on puisse bientôt joindre tous les savants, les manipulateurs, les préparateurs...

A l'heure actuelle, voici l'article premier du projet de loi du docteur Fié nous donnant satisfaction :

« La législation concernant les responsabilités des accidents du travail est étendue aux hôpitaux, hospices, asiles d'aliénés ou autres établissements d'assistance ou de bienfaisance publics ou privés, au profit des médecins, chirurgiens, aliénistes, radiologues, chefs de clinique ou de laboratoire, assistants de médecine et de chirurgie, internes, externes, pharmaciens, chirurgiens dentistes, étudiants, sages-femmes, infirmiers, infirmières, et tous autres praticiens non dénommés, appelés à donner leurs soins moyennant une indemnité permanente ou provisoire, aux malades admis dans lesdits établissements, sous réserve des dispositions spéciales fixées à l'article 4. » (Cet article visant les victimes mariées ou non, avec ou sans ascendants encore vivants, à leur charge, âgés de plus de soixante ans ou infirmes...)

Nous avons insisté par ailleurs sur les savants, non moins intéressants, que certains laboratoires réunis assurent de leurs deniers, mais pour qui, il faut prévoir. Savants et médecins sont solidaires. De nouvelles victimes des radiations, des corps radio-actifs, attachés à nos Facultés, à nos usines, surgiraient, que nos juges seraient encore impuissants à indemniser les familles, comme ils le furent dans les cas des chimistes Demenitroux et Demalander. Les porter à « l'ordre du jour de la nation » ne sort pas les familles d'embarras. La cause est en appel, portée par les syndicats d'ingénieurs.

Ce dernier genre de victimes, qui tant intéresse le corps médical, surtout ceux de nos confrères indépendants qui pratiquent l'usage thérapeutique de toutes les radiations, est-il nombreux? Quelles précautions peuvent d'ores et déjà leur être indiquées? Questions importantes que les statistiques peuvent aider à résoudre. Pour cela, l'U. L. T. I. (Union Lyonnaise des travailleurs intellectuels, fondée sous la présidence de M. Ed. Herriot, et ayant à sa tête le professeur Latarget), nous a prié de nous adresser au professeur Balthazard et au docteur Dequidt, inspecteur général au ministère de l'Intérieur, directeur du *Mouvement sanitaire*.

* * *

Le professeur Balthazard m'a adressé à M. Frois qui m'a envoyé de suite en communication son rapport, encore inédit, au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, lequel on le sait, cherche à se documenter et nous prie de l'y aider (adresser toutes indications au 3e bureau, 80, rue de Varenne, Paris, VIIe).

Voici le résumé, avec quelques additions ou réflexions de notre part, de l'important travail de l'inspecteur divisionnaire du Travail, M. Frois. On y trouve rappelées les morts de MM. Demenitroux et Demalander : tout d'abord, ils ont été atteints de radio-dermites; ils manipulaient dans un local étroit, mal aéré, le thorium X ou thorix, produit d'existence brève, provenant de la désintégration du mésothorium; leur bureau d'études, très petit, n'isolait nullement d'eux-mêmes, par des masses de plomb, les corps radio-actifs. Tous les deux moururent de leucémie. Plus récemment, M. Danne, directeur d'un laboratoire, mourait, de même, d'anémie, faute de précautions, précautions et dangers encore si peu ou si mal connus!...

En 1925, mourait une femme chargée, dans une autre usine, de transporter en province les tubes contenant les produits radio-actifs; on attribua à ceux-ci le décès de cette employée qui plaçait les tubes à côté d'elle, même pendant son sommeil, ce que l'on conçoit, ces tubes ayant une telle valeur, que l'on ne tient pas à se les voir voler!

En 1926, dans la même usine, une femme chimiste aurait abandonné, se prétendant malade par les radiations.

Les premières fabriques de radium ne travailleraient plus de produits radioactifs, se bornant à en vendre; et une usine se serait restreinte à faire des cadrans radio-actifs lumineux : 1/20 à 1/100 de milligramme de sel radio-actif par gramme de sulfure de zinc, dose non dangereuse, et trois femmes sont employées à ce service (on a signalé cependant des nécroses des maxillaires, comme pour le phosphore, par la peinture de corps radio-actifs) ; seuls, directeur et chimiste préparent les tubes de radium et de mésothorium destinés aux médecins.

Une autre usine concentre les résidus de la fabrication des sels de thorium et de césium; 1 gramme de mésothorium et dérivés est produit annuellement, avec un seul ouvrier. Le chimiste opère les dernières concentrations, et c'est évidemment lui qui court les plus grands dangers.

Trois établissements sont donc seuls en activité avec trois femmes et cinq hommes, manipulant des doses très faibles, infinitésimales.

Les précautions à prendre sont la ventilation très large des locaux pour éviter la concentration si dangereuse de l'émanation, la séparation des locaux contenant les produits radioactifs concentrés, des murs en briques spéciales faites avec du sulfate de baryum.

Dans les laboratoires, dès 1923, M. Frois préconisait les mesures suivantes qu'il rappelle : là, encore, ventilation énergique, hottes largement ouvertes, au besoin, les mains simplement exposées, car passant à travers des vitres (comme cela existe déjà pour le maniement des poudres de céruse). On peut se servir de pinces en bois ou en métal de 10 centimètres de long, de gants, ou en caoutchouc, se servir de tubes ou de coupelles enlevant le rayonnement qui se fait surtout en ligne droite.

Pour les substances concentrées, des plaques de plomb de 6 centimètres d'épaisseur, de 15 à 20 centimètres de hauteur, de 10 à 20 centimètres de largeur; voire 50 à 60 centimètres de hauteur pour les manipulations, remplissage des aiguilles; puis, enfermer en des coffres de métal acier recouverts de plomb comme cela est déjà fait. La protection peut être calculée en fonction du reste de la puissance des produits.

J'ajouterai que, lors de mes études de *radio-anaphylaxie*, après les publications anglaises, les premières à ma connaissance, de morts par le radium (Mottram, Pinch, Larkins...), j'ai démontré, comme pour les radiologues, la nécessité

d'analyses fréquentes du sang, le danger parfois des vacances supprimant l'immunisation et, au contraire, déchaînantes... Ces vacances, encore à étudier dans leur nécessité, semblent cependant plus souvent être utiles : M. Frois les dit données dans l'un des laboratoires, quinze jours tous les trois mois, et le remplissage des aiguilles fait seulement par demi-journées.

Le docteur Pagniez, de l'hôpital Saint-Antoine, examine maintenant chaque mois le sang des deux chimistes de ce laboratoire.

Il existe aussi des laboratoires de substances radio-actives attachés à des usines, où travaillent des savants et échappant à l'Inspection du travail.

Nos renseignements sont forcément incomplets, et pour cause! D'autre part, les médecins appliquant à leur clientèle privée, du radium ou autres corps radio-actifs, en sels collés, tubes, aiguilles, sont relativement nombreux et ne publiant pas, ignorant même peut-être ce qu'ils éprouvent ou ne l'attribuant pas aux corps radio-actifs, leurs sensations, leurs troubles, de sorte que l'inconnu nous domine presque totalement.

La discussion de la loi, les retours nécessaires pour l'étendre, amèneront vaisemblablement des discussions, des publications, nous éclairant, nous aidant à nous protéger. C'est le but, d'ailleurs, de nos nombreux articles sur ce problème de vie ou de mort pour tant de médecins et de savants!

FOVEAU DE COURMELLES.

NOTES DE PRATIQUE

CHLOROSE DYSPEPTIQUE

Selon le conseil de Huchard, il importe de « soigner les voies digestives d'abord, la chlorose ensuite ».

1° Pendant deux à quatre semaines, traitement antidyspeptique : alimentation surtout lacto-végétarienne, alcalins à faible dose, une demi-heure avant les repas, lavages d'estomac. Combattre la constipation (une cuillère à dessert ou à soupe de sel de Seignette dans un demi-verre d'eau).

2° S'abstenir du fer, qui exagère la dyspepsie, et instituer le traitement arsenical : Vanadarsine (v à x gouttes dans un verre d'eau, avant les deux principaux repas) ou Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC, COMPLICATIONS DE LA GRIPPE[1]

AUTRES COMPLICATIONS DE LA GRIPPE. — *a.* **Cardiaques.** — L'arythmie, la tachycardie, les bradycardies, les syncopes répétées relèvent d'une atteinte du *myocarde.*

L'endocardite végétante ou ulcéreuse, la péricardite peuvent succéder à une pneumonie grippale.

La *phlébite* peut survenir pendant la convalescence. Il faut encore signaler les hémorragies (hémoptysies, épistaxis, hématuries, etc.), qui peuvent caractériser certaines épidémies.

b. **Nerveuses.** — Méningites dues aux microbes de sortie. Tremblements, spasme facial, paralysies diverses, polynévrites, psychoses ont été signalées.

c. **Digestives.** — Parotidites, entérites, angiocholites.

d. **Urinaires.** — Néphrite, pyonéphrose, cystites, orchites, etc.

e. **Oculaires.** — Dacryocystite, kératite, iritis, etc.

En réalité en dehors des complications pleuro-pulmonaires qui sont au premier plan dans la grippe, toutes les autres complications que nous venons de passer en revue sont aussi nombreuses que rares, deux cependant méritent d'être retenues. D'une part :

L'*otite grippale* relativement fréquente chez l'enfant, et la *suppuration des sinus* frontaux ou maxillaires qui s'observe soit dans le cours, soit pendant la convalescence de la grippe; d'autre part :

L'*insuffisance surrénale.* Elle se manifeste par : de l'asthénie, des douleurs lombaires, des vomissements, de l'hypotension, le phénomène de la ligne blanche.

DIAGNOSTIC

L'absence de signes pathognomoniques, l'impossibilité de mettre en évidence le germe pathogène font que le diagnostic de la grippe doit être un *diagnostic d'exclusion.*

En dehors de la notion d'*épidimicité*, avant de porter le diagnostic de grippe il faudra penser à éliminer certaines affections qui dans leur phase de début peuvent simuler la grippe, telles sont :

1° **La fièvre typhoïde et les paratyphoïdes.** — Non pas dans leurs formes typiques mais chez les enfants, et chez l'adulte lorsque manquent les taches rosées et que l'on ne constate qu'un tophus léger et de la fièvre. L'hémoculture, la séro-réaction tranchent la question.

2° **Le paludisme.** — Si certaines formes de grippe maligne peuvent rappeler l'accès pernicieux, dans la majorité des cas, le diagnostic est facile à porter en raison des antécédents du malade.

3° **Les fièvres éruptives.** — Dans les formes respiratoires le catarrhe grippal peut simuler le catarrhe de la rougeole. Bien que l'on ait signalé (Koplinski) des petites taches blanches sur le voile, rien ne rappelle le signe de Köplik.

4° Dans les formes où la courbature et la *rachialgie* sont intenses il faut savoir éliminer la *variole.*

5° **La tuberculose pulmonaire chronique.** — La grippe peut en effet simuler la tuberculose; soit au début, soit à la fin.

Au début; l'absence d'amaigrissement, de fièvre avant la période actuelle, la brusquerie dans l'apparition des troubles constatés; la localisation du foyer en dehors du sommet font que, même dans les formes avec congestion pulmonaire, hémoptysies, on pourra éliminer l'idée d'une poussée aiguë de tuberculose.

Dans les grippes avec bronchopneumonies, dans les formes où les signes fonctionnels sont intenses, les signes d'auscultation permettront d'éliminer la *granulie.*

A la fin, lorsqu'il existe des foyers de congestion pulmomaire traînant et siégeant au sommet, l'absence de bacilles de Koch fréquemment recherchés permettra de rapporter les phénomènes constatés à leur véritable cause.

6° Bien d'autres affections telles que :

Typhus exanthématique, *peste, choléra, dysenterie, fièvre des trois jours* (à pappataci), *fièvre du cinquième jour,* peuvent prêter à confusion.

Le diagnostic se posera cependant beaucoup moins souvent avec ces dernières maladies qu'avec celles précédemment citées.

TRAITEMENT

1° **Grippe simple.** — Repos au lit. Alimentation restreinte. Tisanes chaudes et abondantes. Désinfection nasale. Médication analgésique et stimulante. (Todd acétate.)

Purgatif lors de la chute de la température.

Pendant la convalescence; lutter contre l'*asthénie* (alimentation substantielle, strychnine, arsénicaux, etc.).

2° **Grippes compliquées.** — Contre les complications pulmonaires on agira par : enveloppement du thorax, révulsion thoracique, ventouses scarifiées.

Saignée et toni-cardiaques (ouabaïne) seront nécessaires dans les cas d'œdème aigu du poumon.

Contre l'*insuffisance surrénale*, on emploiera l'adrénaline.

Dans certains cas on a conseillé, la médication colloïdale, l'abcès de fixation, le sérum de convalescent.

Contre les infections associées on pourra utiliser les sérums antipneumococcique, antistreptococcique.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 8, p. 135, et n° 10, p. 166.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 13. — SAMEDI 12 FÉVRIER 1927. 100e ANNÉE. SAMEDI 12 FÉVRIER 1927. — N° 13.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili. Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — VANNES. — Après concours, M. le docteur Caudrelier a été nommé médecin de l'hôpital de Vannes.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Le concours du clinicat des maladies contagieuses s'est terminé par la nomination de M. Cochez, chef de clinique, et de M. Marceron, chef de clinique adjoint.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Un concours pour la nomination à un emploi de médecin chef de service* des Asiles publics d'aliénés de la Seine, s'ouvrira à la Préfecture de la Seine à Paris, le lundi 4 avril 1927.

Sont admis à prendre part au concours les seuls médecins du cadre des Asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (bureau des établissements départementaux d'assistance : annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau) de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 h., du lundi 28 février au samedi 12 mars 1927.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 25 novembre 1924, inséré au *Journal Officiel* du 3 décembre suivant.

— *Un concours pour sept places d'interne en médecine titulaire* et la désignation d'interne provisoire des Asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police et du Service libre de prophylaxie mentale s'ouvrira à Paris, le lundi 21 mars 1927.

Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 h. à 12 h., et de 14 à 17 h., du 21 février au 5 mars 1927.

Les candidats seront convoqués par lettre, l'Administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendront pas.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Par décret en date du 6 février est approuvée l'élection de M. Auvray dans la section de chirurgie et accouchements, en remplacement de M. Le Dentu, décédé.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Lascoutx, directeur des approvisionnements et des établissements centraux du Service de santé, est nommé inspecteur général permanent du matériel et des établissements du Service de santé militaire.

— M. le médecin inspecteur Boyé est nommé adjoint au directeur du Service de santé du corps colonial.

TABLEAU DE CONCOURS POUR LA LÉGION D'HONNEUR (année 1927). — (Armée active.) *Pour officier.* — MM. les médecins principaux ou médecins-majors Jude, Ferron, Gaimard, Gueytat, Aubert, Rambaud, Grulé, Escher, Paloque, Masure, Dusolier, Picon, Boppe, Masson, Ménard, Guignot, Bellot, Roudié, Rougeux, Paul, Paullac, Imbert, Cot et Reverchon.

(Armée coloniale.) MM. Delange, Mouillac, Rousseau, Vivie, Gallet de Santerre, de Goyon, Le Roy, Pezet, Jauneau, Néel et Hactewyn.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Témoin (de Bourges), Colliard (de Fourmies), Duhamel et Kayser (de Colmar), Mocquot (d'Appoigny).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Besson (de Bourges), Macé (de Guingamp), Dudefoy (de Chartres), Cassaët

et Lemacq-Dormoy (de Bordeaux), Fistié (de Bar-le-Duc), Gschwind (de Mulhouse), Kœnig (de Colmar), Famechon (de la Flèche), Mouflier (de Villers-Cotterets).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Osmont (de Caen), Fauconneau (de Bourges), Civel (de Brest), Delord (de Nîmes), Triquet (de Bordeaux), Darnis (de Saint-Céré), Armand (de Mâcon), Magne (de Châlon-sur-Saône), Truchet (de Chambéry).

A PROPOS D'UNE PRÉSIDENCE. — La Société de médecine publique et de génie sanitaire est convoquée en assemblée générale, le 23 février 1927, à 17 h., dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur. Il s'agit d'élire un président en remplacement de M. le médecin inspecteur Dopter qui, en sa qualité d'officier de l'armée active, n'était pas éligible. Ainsi en a décidé le Conseil d'Etat consulté.

M. le professeur Léon Bernard est proposé comme candidat à la présidence.

Il est curieux de penser que les officiers de l'armée active, écartés, à juste titre, des conseils d'administration des affaires financières ou industrielles, soient ainsi exclus par les règlements du bureau d'une Société scientifique.

Quelle serait l'attitude du ministre si demain M. Dopter était élu président de l'Académie de médecine?

Si M. le maréchal Foch était élu président de l'Académie des sciences?

Si M. le maréchal Joffre devenait directeur de l'Académie française?

La réponse s'impose : Quand un règlement est devenu vétuste, on le change.

AMICALE DES MÉDECINS DE BRETAGNE. — L'assemblée générale, qui devait suivre le dernier dîner dans lequel le Centenaire de Laennec a été célébré, aura lieu le mardi 22 février à la fin du dîner que donnera l'Amicale, au *Club de la Renaissance française*, 12, rue de Poitiers (VIIe). — Envoyer son adhésion le 19 février au plus tard, soit au secrétaire général, le docteur Larcher, 1, rue du Dôme (XVIe), soit à MM. Mirallié ou Bouëssel du Bourg, pour les étudiants.

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES EN PHARMACIE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Dans une récente assemblée générale, l'Association a procédé à l'élection des membres de son nouveau bureau. Ont été élus :

Président : M. Barbier (Maison Dubois); trésorier : M. Le Garrec (Saint-Louis); secrétaire général : M. Defrene (Saint-Louis); conseillers : MM. Piettre (Ivry) et Vigneron (Maison Dubois).

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 21 février 1927, à 21 h., au Cercle militaire.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Les blessures de l'urètre par traumatisme de guerre », par M. le docteur Pasteau, secrétaire général du Congrès d'urologie.

HÔPITAL TENON. (Service du docteur Camille LIAN.) — DÉMONSTRATIONS D'AUSCULTATION DU CŒUR, les mardis et vendredis, à 10 h., à la consultation externe du service pour les maladies du cœur, des vaisseaux et des reins : Auscultation simultanée des malades par tous les auditeurs grâce au télécardiophone.

AVIS. — M. le ministre des Affaires étrangères porte à la connaissance des facultés de médecine la vacance de deux postes de médecins civils français à l'hôpital Ménélik II, d'Addis-Abbaba (Ethiopie).

1° Le médecin chef devrait pouvoir pratiquer la chirurgie; son traitement serait d'environ 72.000 fr. par an (logement à l'hôpital).

2° Le médecin adjoint devrait être compétent en radiographie. Il serait lui aussi logé à l'hôpital et recevrait un traitement d'environ 36.000 fr. par an.

S'adresser à la Faculté de médecine.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le service de la statistique a enregistré pendant la 2e décade, du 11 au 20 janvier 1927, 1.443 décès, au lieu de 1.593 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.446, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 8 décès, au lieu de 12 pendant la décade précédente (moyenne 4).

La variole et la varioloïde ont causé 1 décès; 2 cas nouveaux ont été déclarés par les médecins; au lieu de 1 pendant la décade précédente (moyenne 0).

La rougeole a causé 23 décès, au lieu de 18 pendant la décade précédente (moyenne 12).

La scarlatine a causé 5 décès, au lieu de 1 pendant la décade précédente (moyenne 2).

La diphtérie a causé 9 décès, au lieu de 11 pendant la décade précédente (moyenne 5).

En outre, 41 décès ont été attribués à la grippe.

LIVRES NOUVEAUX

Introduction à l'étude de l'orthodontie (1), par le docteur HERPIN.

L'orthodontie est cette branche de l'art dentaire qui a trait à ce qu'on appelait autrefois le redressement des dents. Il semble que pendant trop longtemps on n'ait considéré à ce point de vue que « les organes dentaires, comme si ces organes étaient isolés dans l'espace et n'appartenaient point à un organisme ».

M. Herpin s'attache à démontrer, et ce n'est pas inutile, que l'orthodontie n'est pas seulement une question d'esthétique et que son exercice n'est pas un simple exercice de technique.

Les dents ont une valeur anatomique propre, fonction de l'hérédité et de l'évolution de l'individu. Avec les os qui les supportent et les muscles qui font agir les leviers masticateurs, elles forment un tout qu'il est nécessaire d'envisager dans son ensemble. Il est impossible de traiter l'une des parties isolément alors que les manifestations pathologiques de l'un de ces organes réagissent sur les autres.

Tout cela est l'évidence même, mais on l'a trop souvent perdu de vue. Aussi le livre de M. Herpin, plein d'excellentes idées générales, sera-t-il un guide précieux pour les étudiants.

Ce volume sert de préface à une série d'autres études qui vont paraître incessamment sur la prothèse, les infections générales d'origine bucco-dentaire, la prothèse fine, les accidents de la dentition, l'anatomie des dents (essai de nomenclature) et l'anatomie des dents (les origines).

Nous souhaitons à cette nouvelle collection tout le succès qu'elle mérite.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

A CÉDER ap. décès à méd. français client. méd., IIIe arr. Hélie, 18, rue Jules-César (XIIe), de 8 à 12 et 2 à 4, s. dim.

(1) Editions « Semaine dentaire », 12, rue de Hanovre, Paris.



ANÉMIES
HÉMOGLOBINE
CACHEXIES
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
GROSSESSE
DESCHIENS
CONVALESCENCES

REVUE GÉNÉRALE

LES DIVERSES CONCEPTIONS DU TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR L'INSULINE

SA MISE EN APPLICATION DANS LA PRATIQUE COURANTE (1)

Par le docteur Emile AUBERTIN,
Chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

IV. RÉSULTATS DU TRAITEMENT DE FOND DU DIABÈTE PAR L'INSULINE

Avant d'exalter les bienfaits de l'insuline dans le traitement du diabète, deux remarques s'imposent. Elles ont trait aux échecs et aux inconvénients de ce traitement.

a. *Les échecs.* — L'insuline peut avoir ses échecs. Des cas divers en ont été signalés et nous en avons personnellement observé quelques-uns. La résistance à l'insuline peut s'observer d'une manière durable ou seulement transitoire au cours d'un diabète ordinairement sensible à l'action du médicament. Dans les deux cas, trois causes peuvent être relevées :

α. Certains cas d'infections et d'intoxications, au cours desquels on ne peut combattre la glycosurie et l'acétonurie qu'au prix de doses d'insuline considérables. Joslin, Flechter, Jones, Carasco-Formiguiera, Graham, Rabinowich, Desautelle, Allen, Strouse et Schultz, Escudero, Arrillagua et Lewis ont rapporté des faits semblables. Ils sont d'ailleurs d'autant plus inexpliqués qu'ils sont inconstants.

β. Les diabètes rénaux surajoutés au diabète hyperglycémique vrai. Il ne s'agit pas d'ailleurs dans ce cas de résistance proprement dite à l'insuline, car la glycémie est influencée par elle ; mais la glycosurie ne l'est pas. D'où l'indication de toujours faire un dosage du sucre du sang, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade, chez lequel les efforts, pourtant bien conduits, du thérapeute n'aboutissent pas.

γ. Les troubles polyglandulaires. Ils paraissent être à la base de bien des cas de résistance à l'insuline. Du moins semble-t-il en avoir été ainsi dans les cas de Mahler et Pasterny (30), de Pollak (31), où l'hypophyse paraissait en cause ; de Strauss (32), de Rosemberg et Meyer (33), où le corps thyroïde semblait devoir être inculpé; de Chabrol et Hebert (34), de Widal, Abrami, Weill et Laudat (35), de Lech (36), de Wedel, Baumel et Pagès (37), et dans un cas personnel où le foie paraissait responsable.

On conçoit tout l'intérêt de pareilles observations, en ce qui concerne la physiologie pathologique du diabète. Mais ce n'est pas ici le lieu de traiter de cette question de l'insulino-résistance que l'on trouvera exposée dans un article récent de P. Mauriac et E. Aubertin (55). Je signale seulement qu'il m'a souvent été possible de venir à bout de cette résistance, en associant à la cure d'insuline les cures de jeûne répétées.

b. *Les inconvénients.* — Ils sont malheureusement très importants. Le traitement par l'insuline nécessite de gros sacrifices. Il coûte cher; il est astreignant; il est d'administration incommode; il ne dispense d'aucune des précautions diététiques si gênantes que comporte le traitement du diabète en général. L'insuline n'a pas d'effet à longue échéance; et en définitive le malade est subordonné à ses piqûres « comme un boiteux à sa béquille », ainsi que le remarque sir Horder (38).

c. *Les avantages.* — Malgré cela, on peut dire que l'insuline a transformé le pronostic autrefois si sombre du diabète grave. Elle permet à des diabétiques, hier encore irrémédiablement condamnés à des régimes de misère, de s'alimenter d'une manière suffisante pour mener une vie à peu près normale. Et si elle leur impose des sacrifices pécuniaires assez lourds, elle leur permet aussi de gagner leur vie. Enfin l'insuline abaisse la mortalité du diabète, en arrêtant l'évolution progressive des formes consomptives, tant qu'on la continue. Et nous verrons aussi plus loin qu'elle peut guérir le coma diabétique.

Peut-elle faire mieux? Peut-elle également guérir le diabète? De nombreux auteurs ont observé des augmentations de la tolérance aux hydrates de carbone, et nous avons eu l'occasion d'en constater également, mais d'une manière souvent passagère, il est vrai.

Faut-il en conclure, comme l'ont fait récemment Desgrez, Rathery et Froment (56), que l'insuline, en permettant une récupération fonctionnelle de la glande endocrine du pancréas « peut être considérée, dans un certain nombre de cas, comme un agent curateur » du diabète? Je n'oserai pas le faire, pour ma part; car il n'est pas rare de voir varier chez les diabétiques, même non soumis à l'insuline, et sous des influences plus ou moins connues, la tolérance aux hydrates de carbone qui peut augmenter ou diminuer considérablement par périodes. Certains diabètes peuvent même disparaître complètement, sans autre traitement que le régime. Sabrazès (57) en signalait un cas dernièrement; et j'ai observé un autre cas récemment.

Tant que nous ne connaîtrons pas mieux les causes du diabète, il me semble prudent de ne pas attribuer à l'effet du médicament ce qui peut n'être dû qu'à l'évolution naturelle de la maladie qui paraît pouvoir relever fréquemment, non d'une insuffisance de la sécrétion interne du pancréas, mais seulement d'une neutralisation permanente ou transitoire de celle-ci [P. Mauriac et E. Aubertin (55)].

V. DE L'UTILISATION DE L'INSULINE DANS CERTAINS CAS PARTICULIERS

1° **Traitement du coma diabétique.** — En cas de coma diabétique, l'emploi de l'insuline est de rigueur. L'abstention est un arrêt de mort. L'administration comporte d'ailleurs quelques particularités.

L'acidose étant ici le trouble fondamental, le but du traitement est de réaliser une véritable « flambée métabolique » des corps acétoniques en injectant au malade de fortes quantités de sucre et d'insuline. Quelques soins adjuvants complètent heureusement ce traitement. Il faut d'ailleurs, en tout ceci, opérer avec la plus grande rapidité, en faisant un traitement d'assaut; car les progrès du coma non traités s'accusent d'une manière terrifiante d'heure en heure. Ultérieurement, on achemine progressive-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 11, p. 173.

ment le malade vers les traitements habituels : c'est le traitement de transition.

a. **Traitement d'assaut.** — *α. L'insuline.* — Il est bon d'utiliser la voie intraveineuse pour la première injection, la voie sous-cutanée pour les suivantes. Tous les auteurs sont d'accord pour dire qu'il faut frapper fort, souvent et longtemps. Ainsi Allen et Sherril préconisent 25 unités dans les veines au début; puis 25 à 50 unités sous la peau toutes les heures jusqu'à ce que l'état du malade s'améliore. Foster (39) dans un cas de coma, a donné avec succès 430 unités en six heures, dont 50 à la première heure. Personnellement, sans atteindre de tels chiffres, nous avons coutume d'injecter 40 unités d'insuline dans les veines, puis 20 unités sous la peau à peu près toutes les deux heures, tant que le coma est complet, ce qui représente environ de 250 à 300 unités dans les premières vingt-quatre heures. Ultérieurement, on diminue progressivement les doses, au fur et à mesure que l'état s'améliore.

β. Glucose. — Théoriquement, il faut injecter d'autant plus de glucose que l'hyperglycémie et la glycosurie sont plus faibles. Pratiquement, il faut aller vite. Et comme les dosages demandent du temps, on se contentera d'apprécier approximativement la valeur de la glycosurie et de l'acétonurie par les réactions qualitatives habituelles. Aussi bien n'y a-t-il rien à craindre d'injecter des quantités trop fortes, car le danger n'est pas ici l'hyperglycémie, mais l'acidose.

En même temps que l'on injecte l'insuline dans les veines, il est bon d'introduire par la même voie 100 à 200 grammes de sérum glucosé à 40 p. 100.

Ultérieurement, si le malade n'est pas encore dans le coma complet, on lui fera prendre par la voie digestive du glucose ou du saccharose dans du lait ou dans des tisanes, d'une manière fréquente et surtout répétée au moment des injections d'insuline.

Si le malade est dans le coma, le mieux est de lui introduire par la voie nasale une sonde d'Einhorn dans l'estomac et de lui injecter les mêmes quantités de sucre.

D'une manière générale, on pourra faire prendre sans risque 1 gramme de glucose par unité d'insuline, si le malade présente encore une glycosurie importante et 2 grammes, et plus si celle-ci est absente ou minime.

γ. Les soins adjuvants. — Ils sont très importants. Ils consistent :

a'. A réchauffer le malade par les moyens habituels;

b'. A combattre la déshydratation, généralement très grande dans ces cas. Woodyatt, Foster, Graham insistent beaucoup sur ce point. Graham (40) estime qu'il faut faire absorber au moins 4 litres de liquides dans les premières vingt-quatre heures. Il faut se garder d'ailleurs des injections intraveineuses trop abondantes, capables de surcharger le myocarde et de provoquer la mort subite. La voie digestive *ab ore*, ou intra-stomacale par tube d'Einhorn est la moins dangereuse;

c' A soutenir le cœur à l'aide d'huile camphrée, de caféine ou mieux encore d'ouabaïne [un quart de milligramme dans les veines ou sous la peau trois ou quatre fois dans la journée, Foster (39)].

d' A veiller aux émonctoires (lavements, purgatifs).

e' A traiter les affections associées, et notamment les infections, qui sont si souvent à l'origine du coma.

Quant aux alcalins, les avis diffèrent sur l'opportunité de leur emploi. Les uns les considèrent comme superflus; les autres comme dangereux et capables de donner des œdèmes. Théoriquement, tout au moins, ils seraient utiles lorsque la réserve alcaline est très pauvre. Pratiquement il ne semble pas y avoir grand danger à en administrer modérément, sous forme d'eau de Vichy par exemple, que l'on emploiera de préférence aux autres boissons pour lutter contre la déshydratation.

b. **Traitement de transition.** — Dès que le malade commence à s'éveiller, il faut diminuer les doses d'insuline, de liquides et de sucre et l'acheminer progressivement vers un régime ordinaire. Voici un exemple personnel récent à titre d'indication.

Il s'agit d'un homme de trente et un ans, entrant à l'hôpital dans le coma avec une acétonurie de plus de 5 grammes et une glycosurie de plus de 50 grammes par litre. Le premier jour on lui injecte 280 unités d'insuline et on introduit dans son estomac 300 grammes de sucre et 7 litres de liquide. Le deuxième jour, le malade s'éveille : glycosurie, 70 grammes; acétonurie, 2,20. On injecte 120 unités d'insuline et on fait absorber au malade 100 grammes de glucose et 6 litres de liquide. Le troisième jour : acétonurie, 0,20; glycosurie, 20 grammes. Le malade, de plus en plus éveillé, absorbe 2 litres de lait, un œuf et 2 litres de liquide (hydrate de carbone : 100; protéines : 65; graisses : 70 grammes). On donne encore 120 unités d'insuline, ainsi que le quatrième jour où le malade est soumis au même régime, mais avec deux œufs. Le cinquième jour, le sujet étant de mieux en mieux, on lui donne le régime standard précédemment indiqué, mais sans viande et avec moins de graisse (hydrate de carbone : 80; protéines : 40; graisses : 140), l'acétonurie étant remontée aux environs de 1 gramme pour une glycosurie de 60 à 70 grammes. Insuline : 80 unités. On laisse à cette dose pendant dix à douze jours, en même temps qu'on complète peu à peu le régime. L'acétonurie et la glycosurie finissent par disparaître. On réduit alors l'insuline à 60, puis à 40 unités, sans que la glycosurie et l'acétonurie se reproduisent. La glycémie est à ce moment à 1g10.

Quels sont les résultats obtenus par l'insuline dans le traitement du coma diabétique? Il est difficile de passer en revue toutes les statistiques publiées. Grey, dans sa thèse (41), après avoir analysé la plupart de celles-ci, arrive à cette conclusion que le succès est obtenu dans 50 p. 100 des cas. Personnellement sur 10 cas de coma que j'ai pu suivre, j'ai vu survenir la guérison dans 5 cas.

2° **L'insuline dans le traitement des diabètes compliqués.** — D'une manière générale, les indications sont ici les mêmes que dans les diabètes non compliqués. Là où le régime suffit l'insuline n'est pas indispensable.

Elle peut cependant être utile pour activer la disparition des troubles cardinaux du diabète et neutraliser l'influence de ceux-ci sur certains accidents diabétiques.

Ainsi le *prurit*, si souvent tenace et rebelle, est très rapidement influencé par l'insuline (Mauriac et Aubertin, Davis et Calhoum, Engman et Weiss et d'autres).

Dans certains cas de *gangrène sèche*, l'insuline peut aider à la résorption et à la cicatrisation des lésions.

Mais la grande complication du diabète est l'*infection* avec les multiples formes qu'elle revêt :

furonculose, anthrax, pyorrhée alvéolo-dentaire, otites, gangrènes humides, complications pulmonaires, tuberculose, septicémie, etc. L'insuline trouve son indication dans ces diverses complications, en ce qu'elle permet de supprimer plus rapidement l'hyperglycémie. Ainsi elle remet le malade dans l'état de défense d'un sujet normal; mais elle ne peut faire plus. Elle ne dispense d'aucun des traitements locaux ou généraux indiqués dans ces cas. Et lorsque l'infection tend à se généraliser ou à s'étendre, elle ne saurait l'en empêcher à elle seule [Mauriac et Aubertin (1)].

A cet égard, son action est plus préventive que curative. En supprimant l'hyperglycémie, elle enlève au terrain le principe qui le féconde. C'est pourquoi son emploi est d'un secours précieux chez les diabétiques qui doivent subir une intervention. Elle l'est d'autant plus qu'elle les préserve également d'un autre danger, fréquent dans la *chirurgie des diabétiques*, c'est l'acidose. Aussi faut-il traiter attentivement tout sujet subissant une opération et préparer autant que possible celle-ci par un traitement rigoureux qui doit veiller à rendre la glycémie normale avant de livrer le malade au chirurgien.

Après plusieurs objections formulées contre l'emploi de l'insuline chez les *tuberculeux* par Blum et Schwab (42) surtout, puis par Chabrol (43) qui avaient cru remarquer que ce médicament pouvait aggraver l'infection bacillaire, l'accord est aujourd'hui unanime pour recommander son emploi chez ces malades.

Il faut d'ailleurs opérer les restrictions alimentaires chez eux d'une manière moins sévère que chez les autres malades; et se montrer par conséquent plus large dans l'utilisation de l'insuline.

Bien entendu, la suppression des signes cardinaux du diabète par l'insuline ne guérit pas la tuberculose. Celle-ci évolue avec la forme qu'elle présente à ce moment, comme elle le ferait chez un individu normal.

Dans la néphrite chronique azotémique comme dans toute néphrite chronique, il faut réduire au minimum les substances azotées. Ici le fond de l'alimentation doit être fourni par les graisses, que des doses convenables d'hydrates de carbone et d'insuline permettront de faire supporter sans acidose.

Enfin, le diabète sucré est d'un pronostic généralement fâcheux chez les *femmes enceintes*. L'insuline permet d'améliorer ce pronostic ainsi que l'ont signalé Ehrenfest (44), Graham (45), M. Labbé et Couvelaire (46), Lefèvre (47).

3° **L'insuline dans le traitement du diabète infantile.** — On a beaucoup écrit à ce sujet. Mais on peut se demander si cette importante littérature, dont on trouvera la bibliographie dans la thèse de Charleux (48) et dans mon livre sur l'insuline (1) se trouve justifiée.

En fait, les grandes lignes directrices du traitement sont les mêmes pour le diabète infantile que pour celui des adultes. Trois remarques seulement sont à faire :

a. En raison des nécessités de la croissance, les besoins caloriques de l'enfant sont proportionnellement plus élevés que ceux de l'adulte.

Joslin estime qu'il faut donner à deux ans, 80 calories par kilogramme; à six ans, 70, et à douze ans, 50 calories. Les chiffres de Renaut, rapportés par Charleux, sont plus élevés. Cet auteur donne en effet :

De 2 à 4 ans.......	100 à 110 calories par kilo	
De 4 à 6 ans.......	83	—
De 6 à 9 ans.......	71	—
De 9 à 12 ans.......	55,5	—
De 12 à 15 ans.......	51,5	—

b. Pour la même raison que précédemment, la restriction des protéines ne sera jamais aussi poussée que chez l'adulte. Si l'on admet, par exemple, que le minimum capable d'assurer l'équilibre azoté chez ce dernier est aux environs de 1 gramme de protéines par kilogramme de poids du corps, il devra être de 1g50 à 2 grammes au moins chez l'enfant.

c. Les deux règles précédentes en entraînent une troisième, c'est que l'on ne pourra pas être aussi économe d'insuline chez l'enfant que chez l'adulte, d'autant plus que les formes graves, acidosiques, sont plus fréquentes encore chez le premier que chez le second. Aussi, est-on généralement amené, dans la pratique, à donner des rations hydrocarbonées plus élevées chez l'enfant Mais, ici comme chez l'adulte, la teneur en hydrates de carbone du régime est fonction de la cétose, dans chaque cas particulier; et ne saurait être fixée d'avance à telle ou telle valeur par kilogramme de poids du corps, comme semble le recommander Charleux.

L'insuline permet d'obtenir de brillants résultats dans le traitement du diabète infantile. Ainsi, en août 1925, Joslin, Root et Piscella White (49) ont publié le résultat de leurs observations portant sur 296 enfants diabétiques. Sur 164 d'entre eux, qui ne furent pas soumis à l'insuline, 152 moururent en quelques mois. Sur les 132 qui furent traités par l'insuline, 120 étaient encore vivants en août 1925.

Bien plus, tandis que les enfants diabétiques non traités ont généralement, d'après ces auteurs, une taille et un poids inférieur à la normale, les sujets traités d'une façon prolongée par l'insuline ne subissent pas de retard dans leur développement. On conçoit tout l'intérêt de pareils constatations.

4° **L'emploi de l'insuline en dehors du diabète sucré.** — On a attribué à l'insuline, en dehors du diabète sucré, une foule de propriétés thérapeutiques. Ainsi, on l'a préconisée dans le diabète insipide, la maladie de Basedow, l'état de shock, les états de dénutrition, l'athrepsie, la cyclothymie, le psoriasis, le rhumatisme chronique, les plaies atones, les ulcères variqueux, l'hypertension et même le cancer.

Plus récemment on a vanté les heureux effets de ce médicament dans le traitement de l'anémie pernicieuse [F. Walinski (60)]; des accidents sériques [P. Boulogne (61)]; de la thrombo-angéite oblitérante [Ambard, Boyer et Schmidt (62)]; de l'angine de poitrine [Ambard, Schmidt et Humbert (63)]; de l'anorexie des tuberculeux pulmonaires [Dumarest et Théodoresco (64)]!

En réalité, il semble qu'il y ait quelque exagération à vouloir faire de l'insuline une sorte de panacée universelle. Et je ne puis, pour ma part, me défendre de quelque scepticisme sur la valeur de ces propriétés multiples et vraiment merveilleuses.

Par contre, l'insuline me paraît douée d'une certaine action sur les acidoses non diabétiques, ainsi que l'a signalé Thalimer (50) le premier. En pratique on l'associe, dans ces cas, à des régimes riches en hydrates de carbone, ou en cas d'intolérance gastrique, à des injections de sérum glycosé dans les veines ou sous la peau. Il faut se méfier de l'instillation rectale, l'absorption ne se faisant pas toujours très bien par cette voie. Thalimer conseille

d'administrer 2 ou 3 grammes de glucose ou d'hydrates de carbone par unité d'insuline.

Des résultats intéressants semblent avoir été ainsi obtenus dans l'acidose post-opératoire, de même que dans les vomissements acétonémiques de l'enfance ou de la grossesse.

VI. — LES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS AUX INJECTIONS D'INSULINE

Ils peuvent affecter plusieurs modalités; mais, en définitive ne sont généralement pas bien dangereux et sont le plus souvent facilement évitables.

Diverses observations de Blum, Carlier et Schwab (51), d'Aiello (52), de Schiassi (53), et d'autres, semblent montrer qu'en cas de *cessation brusque* de l'insuline, il peut survenir des poussées d'acidose, susceptibles de se terminer par le coma. Il est donc prudent de diminuer progressivement les doses d'insuline avant de cesser son emploi.

Il arrive assez souvent que des *œdèmes* se produisent au cours d'un traitement par l'insuline. Ils cèdent généralement très rapidement au régime déchloruré ou à l'administration de sels de potassium ou de calcium.

Toute une série d'accidents ont pu être observés à la suite des injections d'insuline, et dont l'allure est assez particulière pour qu'ils puissent être considérés comme des phénomènes de *choc*. « Tous les degrés peuvent d'ailleurs être constatés, dit Mauriac (54) depuis le simple urticaire jusqu'au choc violent, analogue au choc nitritoïde ». Cet auteur discute la pathogénie de tels accidents, qui ne semblent peut-être pas dus exclusivement aux impuretés des préparations d'insuline. Dans tous les cas, ils sont rares et ne sauraient entraver l'emploi de ce médicament. La première indication, dans la pratique, lorsqu'ils viennent à se produire est de changer la marque d'insuline employée, et le plus souvent, cela suffit à les faire disparaître.

En fait, les accidents les mieux connus et les plus à redouter sont les *accidents hypoglycémiques*. On sait que lorsqu'on fait baisser la glycémie chez le lapin au-dessous d'un certain niveau on peut déterminer des convulsions et même la mort, si l'on ne prend soin d'injecter du glucose aussitôt sous la peau de l'animal. Très peu de temps après cette injection, les accidents cessent et l'animal redevient normal.

Chez l'homme comme chez l'animal, l'hypoglycémie peut déterminer des accidents graves : phénomènes d'aphasie sensitivo-motrice, de surdité, de délire avec marmottement, de syncope avec perte de connaissance, de fibrillation auriculaire avec insuffisance cardiaque prolongée, et dans les cas prononcés de convulsions et de coma pouvant déterminer la mort.

Mais heureusement ces troubles graves sont généralement précédés par tout un ensemble de petits signes qui, pour un malade averti, suffisent à l'informer du danger et l'incitent à le parer. Tels sont des tremblements, des sueurs profuses, une faim assez intense, des nausées, des vertiges, de l'anxiété, un état de nervosité, de dépression, de confusion ou même d'ivresse, de la céphalée, des palpitations et de l'arythmie, une impression de fatigue et d'abattement, des syncopes, des scintillements, une sensation anormale de froid ou de chaud, des picotements, des fourmillements, des bouffées de chaleur, une sensation de constriction à la gorge, etc.

Ces troubles peuvent survenir de deux à six, et même dix et douze heures après l'injection d'insuline. Ils cèdent rapidement à l'absorption d'un peu de sucre; et en cas d'accidents graves à l'injection sous-cutanée ou intraveineuse de sérum glucosé.

Ils sont d'ailleurs aisément évitables. Il suffit pour cela de veiller à ne jamais injecter d'insuline sans faire suivre cette injection d'un repas comprenant des hydrates de carbone. Et dans la pratique cette seule précaution suffit ordinairement.

Bien entendu, l'apparition de semblables troubles montre que l'on emploie des doses trop fortes d'insuline. C'est pourquoi lorsqu'on a obtenu la disparition de la glycosurie, il est utile de chercher à maintenir ce résultat, tout en diminuant un peu les doses d'insuline injectée, de manière à s'assurer que l'on n'utilise que la stricte quantité nécessaire. La recherche de la glycémie peut d'ailleurs donner des renseignements sur ce sujet.

Enfin, il est bon d'avertir le malade, de telle sorte qu'il puisse de lui-même, dès les premiers symptômes, les enrayer par l'absorption d'un peu de sucre.

Ainsi, à l'aide de ces quelques précautions très simples, les dangers de l'hypoglycémie s'évanouissent ! Ils ne doivent donc dans aucun cas arrêter la décision d'un traitement lorsque celui-ci se trouve indiqué.

BIBLIOGRAPHIE

Il est naturellement impossible de donner ici l'immense bibliographie qui a trait au traitement du diabète par l'insuline. Elle se trouve d'ailleurs au complet dans le livre suivant auquel le lecteur, désireux de la consulter, n'aura qu'à se reporter.

1. Emile AUBERTIN. *L'Insuline. Sa découverte, sa fabrication, sa nature. Ses propriétés physiologiques et son mode d'action. Son utilisation thérapeutique*, 500 pages, Paris 1926, Doin, édit.

Ici même, je me contenterai d'indiquer les références des principaux auteurs cités dans la Revue générale précédente.

2. J. M. ALLEN. *Journ. med. Soc. New Jersey*, 15 janv. 1923, t. XX, p. 1; juillet 1924, t. XXI, p. 223-224; — *Journ. metabolic Res.*, nov.-déc. 1922, t. II, p. 803-985; janv. 1923, t. III, p. 61-176; — *Journ. amer. med. Assoc.*, 20 oct. 1923, t. LXXXI, p. 1330-1335; 14 juin 1924, t. LXXXII, p. 1937; — *Amer. Journ. méd. sc.*, avril 1924, t. CLXVII, p. 554-570.
3. M. LABBÉ. *Le Traitement du diabète*, Paris 1925, Masson.
4. Hugh MACLEAN. *Modern methods in the diagnosis and treatment of glucosuria and diabetes*, London, Constable and C° Ltd, 1924.
5. N. B. FOSTER. *New-York med. Journ.*, 16 mai 1923, t. CXVII, p. 591-594.
6. H. CHABANIER, C. LOBO-ONELL et M. LEBERT. *Presse méd.*, 23 avril 1924, t. XXXII, p. 353-358; 10 mai 1924, p. 409-412.
7. B. MENDEL, A. WITTGENSTEIN et E. WOLFENSTEIN. *Klin Woch.*, 18 mars 1924, t. III, p. 470-472; 16 déc. 1924, p. 2341.
8. S. PESKIND, J. M. ROGOFF et G. N. STEWART. *Amer. Journ. physiol.*, mai 1924, t. LXVIII, p. 530-541.
9. S. V. TELFER. *Brit. med. Journ.*, 28 avril 1923, t. I, p. 715-716.
10. A. WALLGREN. *Münch. med. Woch.*, 4 janv. 1924, t. LXXVI, p. 10-11.
11. A. EUSTIS. *New Orleans med. surg. Journ.*, juillet 1923, t. LXXVI, p. 36-39.
12. W. RUBITSCHEK. *Med. Klin.*, 4 janv. 1925, t. XXI, p. 19.
13. M. GANSSLEN. *Klin. Woch.*, 8 janv. 1925, t. IV, p. 71.
14. P. MAURIAC et GANDY. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1925, t. XCIII, p. 37, 1524.
15. E. LAQUEUR et A. GREVENSTUCK. *Klin. Woch.*, 8 juillet 1924, t. III, p. 1273-1274.

16. E. F. MULLER et H. R. CORBITT. *Journ. Lab. a. clin. med.*, juin 1924, t. IX, p. 608-617; juin 1925, t. X, p. 695-703.
17. J. M. H. N. BURGESS, CAMPBELL, A. OSMAN et W. W. PAYNE. *Lancet*, 6 oct. 1923, p. 777.
18. A. KROGH. *Deut. med. Woch.*, 19 oct. 1923, t. XLIX, p. 1321-1322.
19. H. LANGE et R. SCHOEN. *Klin. Woch.*, 19 fév. 1925, t. IV, p. 362.
20. BERTRAM. *Klin. Woch.*, 1925, t. IV, p. 1106.
21. POLAK et DOYER. *Nederl. tijdsch. genesk.*, 1924, t. LXVII, p. 20-25.
22. P. JOSLIN. *A diabetic manual for the mutual use of doctor and patient*, Philadelphia and New York, Lea and Fébriger, 1924; — *The treatment of diabetes mellitus*, London, H. Kimpton, 1924, Philadelphia and New York, Lea and Febriger, 1924.
23. P. JOSLIN. *Journ. amer. med. Assoc.*, 2 juin 1923, t. LXXX, p. 1581-1583; — *New York State Journ. med.*, oct. 1923, t. XXVIII, p. 399-402.
24. JONAS et J. H. MUSER. *Amer. Journ. med. sc.*, avril 1924, t. CLXVII, p. 586-598.
25. Georges GRAHAM. *The Pathology and treatment of diabetes mellitus*, London, H. Frowde and Hodder and Stoughton, 1923.
26. A. E. MILLS. *Med. Journ. Australia*, 4 août 1923, t. II, p. 113-119.
27. F. ADAMS. *U. S. Nav. med. Bull.*, oct. 1924, t. XXI, p. 576-578.
28. R. H. MAJOR. *Journ. Kansas med. Soc.*, mai 1923, t. XXIII, p. 117-120; juin 1923, p. 148-151; — *Journ. amer. med. Assoc.*, 2 juin 1923, t. LXXX, p. 1597-1600.
29. BANTING, CAMPBELL et FLETCHER. *Journ. metabolic Res.*, nov.-déc. 1922, t. II, p. 547-604; — *Brit. med. Journ.*, 15 sept. 1923, t. II, p. 446.
30. P. MALHER et PASTERNY. *Med. Klin.*, 16 mars 1924, t. XX, p. 337-340.
31. POLLAK. *Wiener klin. Woch.*, 17 janv. 1925, t. LV.
32. H. STRAUSS. *Klin. Woch.*, 12 mars 1926, t. IV, p. 491-493.
33. ROSENBERG et MEYER. *Deut. med. Woch.*, 1925, t. LI, p. 935.
34. E. CHABROL et P. HÉBERT. *Paris méd.*, 16 mai 1925, t. I, p. 453-457.
35. WIDAL, ABRAMI, WEILL et LAUDAT. *Presse méd.*, 5 juillet 1924, t. XXXII, p. 565-566.
36. E. BOSDEN LECH. *Prat. méd.*, 1924, t. IX, 5, p. 194.
37. VEDEL, BAUMEL et PAGES. *Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier*, avril 1924.
38. T. J. HORDER. *Brit. med. Journ.*, 15 sept. 1923, t. II, p. 445-446.
39. N. B. FOSTER. *Amer. Journ. med. sc.*, nov. 1923, t. CLXVI, p. 699-709; — *Journ. amer. med. Assoc.*, 7 mars 1925, t. LXXXIV, p. 719-722.
40. D. GRAHAM. *Med. Journ. Australia*, 18 juillet 1925, t. II, p. 78-80.
41. J. GREY. *Th. de Bordeaux*, 1925.
42. BLUM et SCHWAB. *Presse méd.*, 21 juillet 1923.
43. CHABROL. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 7 déc. 1923.
44. H. EHRENFEST. *Amer. Journ. obst. and gyn.*, déc. 1924, t. VIII, p. 685-709.
45. GRAHAM. *Lancet*, 10 mai 1923, p. 953.
46. LABBÉ et COUVELAIRE. *Acad. de méd.*, 17 nov. 1925.
47. G. M. LE FÈVRE. *Journ. Michigan med. Soc.*, mars 1925, t. XXIV, p. 153-155.
48. Georges CHARLEUX. *Th. de Lyon*, 1925; — *Journ. de méd. de Lyon*, 5 juillet 1926, t. CLVI.
49. JOSLIN, H. ROOT et P. WITTE. *Journ. amer. med. Assoc.*, 8 août 1925.
50. W. THALIMER. *Journ. amer. med. Assoc.*, 4 août 1923, t. LXXXI, p. 383-385.
51. BLUM, CARLIER et SCHWAB. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 déc. 1923, t. XLVII, p. 1789-1797.
52. G. AIELLO. *Riforma med.*, 1925, t. XLI, p. 73-74.
53. F. SCHIASSI. *L'Insulina nella cura del diabete*, Bologna 1924, Licinio Cappelli.
54. P. MAURIAC. *Journ. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 10 août 1925, n° 15.
55. P. MAURIAC et E. AUBERTIN. *Presse méd.*, 26 déc. 1926, n° 104.
56. A. DESGREZ, F. RATHERY et A.-P. FROMENT. *Presse méd.*, 15 janv. 1927, p. 65.
57. SABRAZÈS. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 3 juillet 1921.
58. P. MAURIAC et L. SERVANTIE. *C. R. de la Soc. de biol.*, 6 juillet 1926, t. XCV, n° 26, p. 594.
59. G. BERTRAND et MACHEBŒUF. *Acad. des sciences*, 28 juin 1926.
60. F. WALINSKI. *Deut. med. Woch.*, 27 août 1926, t. LII, n° 35.
61. P. BOULOGNE. *Presse méd.*, 2 oct. 1926, p. 1246.
62. AMBARD, BOYER et SCHMIDT. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 oct. 1926.
63. AMBARD, SCHMIDT et HUMBERT. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 nov. 1926.
64. DUMAREST et THÉODORESCO. *Soc. d'études scient. de l'Œuvre de la tuberculose*, 13 nov. 1926.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1927)

Rapport sur des demandes de reconnaissance comme stations hydrominérales et climatiques. — M. POUCHET.

Discussion du rapport de M. Renault sur l'hygiène de l'enfance. — Les conclusions de M. Jules Renault ont donné lieu à une discussion très animée à laquelle ont pris part MM. Cazeneuve, Pinard, Paul Strauss, Paul Bar et Léon Bernard.

Finalement, les conclusions suivantes ont été adoptées par l'Académie :

« 1. Prier le ministre de l'Hygiène de bien vouloir faire imprimer et parvenir aux inspecteurs départementaux de l'Assistance publique des tableaux semblables au modèle publié dans le rapport de 1925 pour établir la mortalité des enfants assistés et protégés.

2. Prier le ministre de l'Hygiène de bien vouloir attirer l'attention des inspecteurs départementaux sur les causes d'erreurs qui faussent les statistiques et sur les réserves qu'il y a lieu de faire avant de conclure que la mortalité du service des enfants assistés, des enfants protégés ou d'une œuvre est inférieure à la mortalité infantile moyenne du département.

3. Prier le gouvernement de hâter autant qu'il sera possible le vote définitif sur la revision de la loi Roussel.

La revision du décret de 1877 sera le corollaire naturel de la revision de la loi. Il sera important de prévoir : *a.* la constatation de tous les décès par le médecin inspecteur, quel qu'ait été le médecin traitant; *b.* les moyens d'assurer aux enfants le nombre de visites prescrites par la loi en tenant compte des méthodes qui ont fait leurs preuves dans un certain nombre de départements : surveillance médicale aux consultations hebdomadaires de nourrissons, surveillance à domicile sous la direction du médecin, par des infirmières visiteuses ou sages-femmes agréées; groupement des placements afin de faciliter la surveillance.

4. Prier le ministre de l'Hygiène de bien vouloir faire établir et parvenir à l'Académie un rapport sur l'hygiène de l'enfance dans les colonies et pays de protectorat. »

Nouvelles recherches sur le développement du bacille tuberculeux. Applications thérapeutiques. — MM. VAUDREMER, PUTHOMME et PAULIN. Nous avons été heureux de donner le texte intégral de cette communication dont l'importance est considérable, dans notre dernier numéro (n° 12, p. 189).

L'exposé fait par M. Vaudremer a été accompagné d'une belle suite de projections.

Note sur un nouveau mode d'exploration clinique appliqué à l'étude des états névropathiques. — M. D'ESPINEY.

Au sujet de la virulence de l'aspergillus fumigatus fresenius. — MM. A. SARTORY, R. SARTORY et G. MEYER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 JANVIER 1927)

Syndrome de Benedick avec hémiatrophie linguale, spasme du regard en haut et à gauche, hyperidrose partielle de l'hémiface paralysée, parésie du voile, instabilité de l'humeur et puérilité d'origine encéphalitique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et J. RAVIER montrent une jeune fille de vingt-deux ans, qui atteinte en 1920 d'encéphalite épidémique avec diplopie et paralysie faciale droite, présente une rechute en juillet 1921 avec agitation suivie d'un syndrome adiposo-génital. Actuellement il existe une parésie faciale droite périphérique avec hyperhidrose partielle de l'hémiface paralysée, parésie du voile bilatérale, hémiatrophie droite de la langue avec tremblements fibrillaires, et à gauche hémiplégie avec tremblement et mouvements choréo-athétosiques sans troubles de la sensibilité.

De la régulation de la réserve alcaline. — MM. AMBARD, SCHMID et ARNOVLYEVITCH estiment que la valeur de la réserve alcaline est subordonnée à l'intensité de l'activité des centres respiratoires, celle-ci étant elle-même subordonnée à leur charge en acide.

Des rétentions chlorées. — MM. L. AMBARD, SCHMID et ARNOVLYEVITCH estiment que la charge des albumines en acide chlorhydrique, caractéristique de la rétention chlorée sèche, s'explique par une réaction d'équilibre où interviennent simultanément l'acidité et la teneur en sels du sang.

Enorme thrombose suppurée de l'oreillette gauche. — M. Maurice RENAUD montre un cœur atteint d'une de ces lésions considérables dont on s'étonne toujours qu'elles puissent être compatibles avec la vie.

L'oreillette gauche était considérablement dilatée et à son ouverture s'écoula du pus crémeux, ce qui fit penser d'abord à une lésion péricardique. La coupe de la pièce fixée montre que l'oreillette volumineuse est comblée par un énorme caillot, fibrineux, ancien, adhérent par place à la paroi et dont le centre désagrégé est creusé d'une faible lumière. Ce pertuis était cependant suffisant pour permettre une circulation convenable.

Il est peu probable qu'il s'agisse d'une thrombose tardive, et l'auteur range ce cas dans la catégorie de ceux qu'il a décrits comme formes chroniques latentes des endocardites thrombosantes. La première atteinte de l'endocarde remonte à l'adolescence pendant le rhumatisme. La lésion est devenue torpide mais ne s'est jamais éteinte, ainsi qu'en témoigne la série des embolies. L'énorme thrombose s'est sans doute constituée lentement et a été présente pendant des années. C'est là un exemple de plus de la latence des processus d'endocardite thrombosante.

Leucémie lymphoïde chronique sans hypertrophies ganglionnaires ni splénique. — M. AUBERTIN a observé un malade qui, considéré comme atteint de syndrome hémorragique par hypertension artérielle, présentait en réalité une leucémie lymphoïde chronique avec absence d'hypertrophies ganglionnaires et splénique. Traité par radiothérapie, le malade se considère comme guéri bien qu'il soit encore subleucémique. Il s'agit d'une forme « médullaire pure » d'un diagnostic difficile.

Cirrhose cardio-tuberculeuse à forme simple. — MM. LENOBLE et PINEAU (de Brest) rapportent l'histoire d'un rhumatisant ayant succombé à des périviscérites multiples avec gros foie rappelant la cirrhose cardio-tuberculeuse d'Hutinel, mais sans bacilles tuberculeux dans les organes. Ils pensent que, à côté de la maladie d'Hutinel, il y a place pour une forme simple que seule permettrait de différencier l'absence de bacilles de Koch dans les organes.

Un cas de septicémie à pneumobacille de Friedländer terminé par la guérison. — MM. LEREBOULLET et PIERROT rapportent un nouveau cas de septicémie à pneumobacille. Il s'agit d'une fillette de treize ans chez laquelle un état de prostration marquée avec hémorragies intestinales, gingivales et nasales, s'accompagnait de taches rosées abdominales et de l'ensemble des signes d'une fièvre typhoïde. Le diagnostic fut fait, comme dans les autres cas, par l'hémoculture. L'enfant a guéri régulièrement sans complications ni séquelles.

Dissociation auriculo-ventriculaire et grossesse. — MM. C. JEANNIN et A. CLERC rapportent l'observation d'une jeune femme présentant, au cinquième mois de sa grossesse, une tendance aux vertiges et à la syncope sans perte de connaissance complète. Déjà, deux ans auparavant, de semblables manifestations s'étaient produites et on avait noté à ce moment-là l'extrême lenteur du pouls qui battait à 36 par minute. Il semble que cette lenteur ait été observée dès l'enfance. L'examen pratiqué pendant la grossesse montrait un cœur régulier, battant à 36, sans signe évident de dilatation cardiaque; des tracés électriques confirmèrent l'existence d'une dissociation auriculo-ventriculaire incomplète à rythme 2 sur 1. La grossesse se déroula sans incidents et l'accouchement eut lieu à terme. Une césarienne vaginale pratiquée afin de raccourcir le travail permit d'extraire une fille parfaitement constituée. Pendant l'accouchement le pouls battait entre 36 et 40 et la dissociation se maintient à l'heure actuelle. Cette observation montre simplement que chez les sujets jeunes, atteints du trouble rythmique en question, l'état plus satisfaisant du myocarde lui permet éventuellement de résister à un surcroît d'efforts.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 JANVIER 1926)

M. G. ROUSSY, président pour 1927, prononce une allocution.

Syndrome du noyau rouge. — MM. Cl. GAUTIER et J. LEREBOULLET. Il s'agit d'un syndrome alterne caractérisé par une paralysie complète de la troisième paire droite et par un hémisyndrome cérébelleux du côté gauche, avec légère irritation du faisceau pyramidal. Ce fait doit être rapproché du cas de syndrome du noyau rouge de Claude (1912). On note, d'autre part, une paralysie de l'élévation du globe oculaire gauche, qui semble devoir être considérée comme un syndrome de Parinaud.

Traitement de certaines algies par les rayons ultraviolets. — M. E. JUSTER expose les résultats intéressants et parfois même remarquables, qu'il a obtenus dans certaines algies (algies rhumatismales de la colonne vertébrale, des articulations, myalgies, algies de la maladie de Parkinson, algies post-zostériennes, algies des membres inférieurs), dans un cas de névrite ascendante et dans certains prurits. Pour obtenir ces résultats, il faut une technique rigoureuse, qui permet d'éviter les actinites.

Le liquide céphalo-rachidien, milieu intérieur de l'organisme. — M. W. MESTREZAT. La similitude de la composition du liquide céphalo-rachidien, de l'humeur aqueuse, de l'humeur vitrée, et peut-être de l'endolympe (liquides neuro-protecteurs), ainsi que de quelques liquides d'œdème et surtout des liquides clairs d'hydropisie de la vésicule ou des voies biliaires (biles blanches), ne s'explique que par l'origine commune de ces milieux. L'examen microscopique des vésicules à bile blanche comme l'étude de la pie-mère montrent les rapports immédiats des capillaires avec ces collections liquides. Anatomiquement et physiologiquement, la cavité sous-arachnoïdienne a, d'ailleurs, la valeur d'espaces lymphatiques. Le liquide céphalo-rachidien s'identifie avec le liquide interstitiel originel, alors qu'il n'est pas encore chargé des déchets tissulaires qui en feront la lymphe du canal thoracique. Le milieu intérieur vrai devient ainsi un dialysat sanguin équilibré, ce qui laisse entrevoir des conséquences physiologiques et pathologiques importantes.

Syndrome pseudo-thalamique d'origine pariétale par lésion du territoire de l'artère du sillon interpariétal. — MM. Ch. FOIX, J.-A. CHAVANY et Maurice LÉVY rapportent deux cas : un cas clinique et un cas anatomoclinique. On sait que le syndrome thalamique est caractérisé par une hémiplégie légère,

des troubles profonds de la sensibilité, des troubles spéciaux de la coordination, et des mouvements choréiformes. Habituellement, il existe en outre de l'hémianopsie, l'ensemble constituant le syndrome de la cérébrale postérieure.

Certaines lésions pariétales antérieures étendues, qui siègent sur le territoire de l'artère du sillon interpariétal (Pa, partie antérieure de P_1 et de P_2) et qui débordent sur la capsule interne haute, peuvent simuler ce tableau clinique. Dans les deux cas relatés par les auteurs. il y avait, en effet, hémiplégie, troubles sensitifs, troubles de la coordination. La lésion, dans le cas anatomo-clinique, occupait la partie antérieure de P_1 et de P_2, et un petit territoire insulo-capsulaire.

Le diagnostic, soupçonné en raison de l'absence d'hémianopsie, sera fondé sur l'importance plus grande de l'hémiplégie, sur l'importance moins grande des troubles sensitifs, l'absence de troubles sensitifs subjectifs, de contractures intentionnelles et de troubles athétosiques nets.

Les troubles de la coordination sont à rapprocher des phénomènes pseudo-cérébelleux d'origine cérébrale.

Un cas de syringomyélie ayant débuté par une fracture spontanée. — M. ALAJOUANINE.

Syndrome de Parinaud et double syndrome de Foville croisé avec hémiplégies d'origine encéphalitique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et BOURGEOIS présentent une femme de trente ans, qui eut successivement une hémiplégie gauche avec paralysie des dextrogyres oculaires de Grasset, et une hémiplégie droite avec paralysie des sinistrogyres. Il s'y joignit même, dans les heures qui suivirent la paralysie des sinistrogyres, une paralysie des mouvements verticaux du regard.

Il s'agit donc d'un syndrome de Parinaud transitoire, avec double syndrome de Foville croisé et double hémiplégie par lésions supranucléaires qu'on peut délimiter exactement en raison des signes pyramidaux et cérébelleux concomitants et de l'absence de troubles sensitifs et sympathiques.

La notion d'épidémie, celle d'une période de somnolence au début des accidents, l'hyperglycorrachie, l'absence de signes de syphilis permettent de rapporter à l'encéphalite épidémique cette histoire de polioencéphalite supérieure qui rappelle la description de Wernicke.

La seconde ponction lombaire a donné un liquide xanthochromique. Mais ce fait ne va pas à l'encontre du diagnostic d'encéphalite, car on connaît la possibilité d'hémorragies discrètes dans l'encéphalite.

Puérilisme mental dans un cas de tumeur cérébrale comprimant les deux lobes frontaux. — MM. SOUQUES et H. BARUK rapportent une observation anatomo-clinique de tumeur cérébrale chez une malade de quarante-trois ans qui avait présenté les particularités suivantes. La maladie a évolué en deux phases : une première période a été marquée par une atteinte progressive de la plupart des nerfs craniens : ophtalmoplégie peu à peu totale, anesthésie de la cornée et de tout le territoire trijumeau, paralysie faciale gauche, anosmie, atrophie optique. Dans une deuxième période, qui a commencé plusieurs années après le début, les troubles mentaux ont fait leur apparition. Ils furent caractérisés par un état démentiel progressif et profond, avec amnésie considérable, fabulation, indifférence affective, désorientation complète, idées délirantes incohérentes. A cet état démentiel se sont ajoutées des manifestations très nettes de *puérilisme*, la malade parlant sur un ton enfantin, demandant sa « maman », faisant des scènes analogues à celles des tout petits enfants.

L'autopsie a montré une volumineuse tumeur constituée par un fibro-sarcome méningé probablement à point de départ basilaire, qui a comprimé et détruit les nerfs de la base, et qui a refoulé profondément les deux lobes frontaux et la partie antérieure du corps calleux.

Les auteurs insistent sur l'intérêt du puérilisme et des états démentiels au cours des tumeurs frontales.

Compression médullaire chez une malade syphilitique. — MM. O. CROUZON, Th. ALAJOUANINE et P. DELAFONTAINE

reviennent sur l'observation d'une malade qu'ils ont présentée à la séance du 2 décembre dernier. Il s'agissait d'un cas de compression médullaire en D_{10}, évident par l'examen clinique et vérifié par l'épreuve du lipiodol. La syphilis était avérée. Le Wassermann était positif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Il y avait syndrome de Froin au-dessous de la compression. A l'inverse de ce qui s'était passé dans une observation cliniquement analogue de M. Souques, le traitement spécifique était resté inefficace. La malade vient d'être opérée par M. Petit-Dutaillis. Il existait une tumeur très adhérente à la face postérieure de la moelle, et une arachnoïdite importante. La tumeur n'a pu être enlevée que partiellement. L'examen histologique permettra seul de déterminer sa nature.

M. DE MARTEL insiste sur les services rendus au chirurgien par le lipiodol pour le diagnostic exact de la localisation opératoire.

Les résultats de la malariathérapie dans la paralysie générale. — M. CROUZON, Mlle Cl. VOGT et M. DELAFONTAINE rapportent une statistique de 31 cas de paralysie générale traités par l'inoculation de l'hématozoaire du paludisme. Les résultats se décomposent ainsi : résultats favorables, 29 p. 100; résultats nuls, 25 p. 100; traitements trop récents et malades perdus de vue, 30 p. 100; décès, 16 p. 100 (5 cas). Cette statistique invite donc à la prudence dans la conduite de la malariathérapie au cours de la paralysie générale.

M. SICARD signale deux cas personnels de décès directement liés aux accès palustres déterminés dans une intention thérapeutique, chez des paralytiques généraux.

Paraplégie douloureuse consécutive à une méningite cérébro-spinale et guérie par la sérothérapie spécifique. — MM. LENOBLE et OULLIER (de Brest) présentent l'observation d'une femme de vingt ans, atteinte, en octobre 1925, d'une méningite cérébro-spinale dont elle semblait guérie, et qui fit, en octobre 1926, une rechute avec paraplégie douloureuse. Le liquide de la ponction lombaire, très clair, renfermait 77 lymphocytes par millimètre cube. Un traitement sérothérapique antiméningococcique amena la disparition des signes en trois jours. L'intensité du traitement permet aux auteurs de croire qu'une guérison définitive est désormais probable.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1927)

Deux cas d'ostéosynthèse tardive pour fractures. — M. André TRÈVES rapporte deux observations de M. DUCHET-SUCHAUX (de Vesoul). L'une concerne une fracture du tiers supérieur de la diaphyse fémorale datant de trois mois, dont la réduction sanglante fut maintenue par un fil métallique et une plaque de Lambotte. L'autre est une fracture supracondylienne du coude, datant de trois semaines, chez un enfant de onze ans, dont la réduction sanglante fut maintenue grâce à l'engrènement des fragments. Les résultats des deux interventions sont excellents.

Ictère par compression du cholédoque par un ganglion inflammatoire. — M. WEBER rapporte un cas d'ictère intense causé par la compression du cholédoque par un volumineux ganglion inflammatoire. Cholécystectomie. Ablation du ganglion. Disparition de l'ictère en huit jours.

Névi-épithéliome argentaffine de l'intestin grêle. — M. Alphonse HUGUIER présente le segment iléo-cæcal d'un intestin qui présentait sur la fin du grêle, une tumeur en forme d'anneau incomplet ayant déterminé, par intermittences, des crises d'obstruction. En présence des signes cliniques et radiologiques, on avait posé le diagnostic d'un rétrécissement serré de la partie droite du transverse. A l'opération, on s'aperçoit que le cæcum et la tumeur remontés siégeaient dans

la région épigastrique. Extériorisation du segment malade, résection et entérotomie, dix jours après. Plus tard, fermeture de l'anus. Guérison. Histologiquement, il s'agissait d'un névi-épithéliome argentaffine.

Trois cas de rupture de la vésicule biliaire. — M. René Bonamy présente trois observations de péritonite aiguë par rupture de la vésicule biliaire, qu'il a opérées, dont deux avec succès. Il insiste sur la difficulté du diagnostic pathogénique et la nécessité d'une intervention hâtive et brève avec large drainage par un ou deux Mickulicz bien placés, la cholécystectomie seule pouvant être tentée dans ces cas graves.

Cancer de la base de la langue, du pharynx. Radiumthérapie. — M. J. Guisez rapporte le cas d'un cancer inopérable de cette région avec adénite maxillaire. Le traitement consista en deux applications, à trois jours d'intervalle, de radium, dans le pharynx, sous la base de la langue et sur l'adénopathie. La disparition des lésions fut très rapide et la guérison se maintient complète depuis deux ans et demi.

L'incision transversale en gynécologie. — M. Victor Pauchet insiste sur les avantages de l'incision transversale en gynécologie. Il faut, chaque fois que ce sera possible, la préférer à la verticale. Le seul reproche qu'on puisse lui faire est de prolonger de quelques minutes le début de l'intervention.

Plaques pour l'ostéosynthèse. — M. Dupuy de Frenelle présente des plaques dont il se sert pour l'ostéosynthèse. Elles sont étroites, légèrement arquées, le milieu en forme de pont, de façon à prendre le minimum de contact avec l'os et à laisser le foyer de fracture à découvert.

Guillotine à os. — M. Dupuy de Frenelle présente cet instrument qui permet de sectionner les os avec précision et sans effort. C'est une sorte de guillotine à deux tranchants, dont le supérieur est actionné par une vis de pression.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 12 janvier 1927)

Hépatisme colonial et crénothérapie. — M. Roger Glénard signale que les séquelles hépatiques des maladies coloniales, telles que le paludisme, la dysenterie, les intoxications diverses, etc., sont beaucoup plus fréquentes et variées que les livres classiques ne l'indiquent, et elles se répercutent longuement sur la vie des malades.

La palpation par le procédé du pouce permet de reconnaître chez 80 p. 100 des coloniaux l'existence de malformations pathologiques du foie : foie à ressaut, sensible, congestion à ne pas toujours confondre avec la cirrhose hypertrophique, cholécystite avec péricholécystite souvent accompagnée de duodénite de voisinage, hépatoptose, etc., phases diverses de cette affection chronique fonctionnelle du foie qu'on nomme hépatisme et dont les maladies des pays chauds sont une des causes les plus indiscutables, et qui, une fois déclanchée, évolue dorénavant pour son compte.

Les examens de laboratoire donnent chez presque tous ces malades des marques de déséquilibre fonctionnel hépatique.

Quant à la clinique, elle nous donne, sous forme de troubles propres du foie, de maladies du tube digestif et de la nutrition (diabète, goutte, migraines, etc.), les symptômes et syndromes accoutumés de l'hépatisme.

La thérapeutique hydrominérale, représentée principalement par Vichy dans les cas de ce genre, est de beaucoup celle qui donne les meilleurs résultats.

L'émulsion huile-iodoforme comme succédanée du lipiodol dans l'exploration trachéo-bronchiolaire. — M. G. Rosenthal, étudiant au laboratoire d'Aug. Pettit à l'Institut Pasteur les applications de la méthode du professeur Sicard à l'étude des voies respiratoires, utilise l'émulsion huile iodoformée à égalité préparée sur sa demande par Huerre. Les essais cliniques sont satisfaisants. De belles radiographies du lapin font voir la fine injection des bronchioles rendues opaques aux rayons X.

Trachéofistulisation et lipiodol au laboratoire. — M. G. Rosenthal a étudié au laboratoire la tolérance du cobaye et du lapin pour le lipiodol intratrachéal. Seules des doses d'obstruction pulmonaire peuvent déterminer la mort qui survient par cachexie.

Il faut alimenter tous les malades. — M. G. Leven. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 8, p. 127.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA RÉGION DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

(Séance du 5 décembre 1926)

Un cas de sarcoïdes hypodermiques du type Darier-Roussy. — M. Fauvel. Ces sarcoïdes qu'on a coutume de classer dans le groupe des tuberculides évoluent dans cette observation sur un terrain syphilitique, indemne de tuberculose, et ont été très améliorées par le traitement combiné : arsénobenzol, bismuth, iodure. Dans le cas présent elles étaient localisées aux membres inférieurs, et un certain nombre d'entre elles avaient subi la dégénérescence fibreuse.

Hémorragie ombilicale récidivante. — M. Lamy présente l'observation d'un enfant atteint d'hémorragie ombilicale récidivante des premier et deuxième jours, se produisant au point d'insertion du cordon. Il n'y avait pas d'antécédents pathologiques autres que l'hémophilie de l'oncle maternel de l'enfant. L'accouchement avait été rapide. L'enfant pesait 4kg700 à la naissance. Les hémorragies étaient accompagnées de purpura facial (manifestation qui passe pour infectieuse), de céphalhématome et de léger état fébrile. Le traitement consista surtout en hémothérapie (sang maternel) et en constriction par une pince de Kocher de la région péri-ombilicale. L'amélioration fut rapide et la guérison obtenue le onzième jour.

NOTES DE PRATIQUE

PNEUMONIE GRIPPALE

Se souvenir que « le danger est au cœur et au rein ». Instituer le régime lacté, puis prescrire :

Le 1er jour, bromhydrate de quinine (1 g. à 1g50 à prendre en trois fois le matin, à une heure d'intervalle).

Le 2e jour, digitale (macération ou infusion).

Les jours suivants, 3 à 4 cachets pro die de Théosalvose caféinée ou spartéinée à 0g50 (à continuer à doses moindres pendant un certain temps).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Samedi 12 février. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Brindeau, Lecène et Vaudescal. — Mme Sosnowska-Livet. Massage gynécologique dans le prolapsus génital. — M. Bertrand (R.). Etude du traitement de la présentation de l'épaule. — Mlle Champagne. Les phlegmons périnéphrétiques.

Jury : MM. Achard, président; Bezançon, Gilbert et Villaret. — M. Grenaud (M.). Les xanthomes familiaux. — M. Labadille (J.). Sur un cas de syphilome laryngé. — M. Gaillard (R.). Etude sur la gangrène pulmonaire.

Lundi 14 février. — Jury : MM. Couvelaire, président; Gosset, Sergent et Ecalle. — M. Seguy (J.). Les appendicites aiguës. — M. Tripier (Pierre). Du médecin de campagne en obstétrique et puériculture. — M. Jahiel. Etudes sur le rythme des douleurs épigastriques. — Mlle Palisse. L'actinothérapie en gynécologie. — Mme Turillot-Bondoux. Observations de crypto-syphilis héréditaire.

Mardi 15 février. — Jury : MM. Jeanselme, président; Guillain, Claude et Roussy. — M. Berny (M.). Etude sur la fréquence du chancre mou. — M. Abramovitz. L'insuffisance de la dépuration urinaire dans les maladies mentales. — M. Darquier. Contribution à l'étude des réflexes hyperalgiques. — M. Dupalut (E.). Etude sur l'excrétion rénale de l'urée.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 14. — MERCREDI 16 FÉVRIER 1927. 100e ANNÉE. MERCREDI 16 FÉVRIER 1927. — N° 14.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Fleurus 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili. Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie. Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONDITIONS DANS LESQUELLES LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE AYANT ÉCHOUÉ A UNE MATIÈRE AUX EXAMENS DE FIN D'ANNÉE PEUVENT POURSUIVRE LEUR SCOLARITÉ. — *Article premier.* — Par dérogation aux dispositions des articles 1er et 22 du décret du 10 septembre 1924, seront admis à poursuivre leur scolarité, sous condition de réparer leur échec à la session extraordinaire de février-mars, s'ils ont obtenu, pour l'ensemble des autres matières de l'examen, une moyenne d'au moins 6 points (maximum 10), les étudiants en médecine ajournés à une matière ou aux deux épreuves d'une même matière :

a. Des 1er, 2e, 3e et 5e examens de fin d'année, soit aux deux sessions de juillet et d'octobre, soit à l'une ou à l'autre de ces sessions;

b. Du 4e examen de fin d'année, soit à la session de juillet, soit à la session d'octobre, lorsque, pour motifs jugés valables par le doyen ou directeur, ils n'ont pu se présenter qu'à une seule de ces deux sessions.

Art. 2. — Lorsque la matière pour laquelle le candidat a été ajourné comporte deux épreuves et que l'une de ces épreuves a été subie avec succès, la note obtenue, si elle est égale ou supérieure à 6, entrera en ligne de compte pour l'établissement de la moyenne prévue à l'article précédent.

Art. 3. — En cas de nouvel ajournement à la session de février-mars, la scolarité que ces étudiants auront accomplie, par dérogation à l'article 22 du décret du 10 septembre 1924, sera annulée et ils retomberont sous le coup des prescriptions dudit article.

Art. 4. — En dehors des cas prévus ci-dessus, aucune dérogation aux dispositions réglementaires ne pourra être accordée (décret du 3 février 1927). [*J. O.*, 13 fév. 1927.]

— BORDEAUX. — Le conseil de la Faculté a proposé, à l'unanimité, M. le professeur agrégé Delaunay pour le titre de professeur sans chaire.

— MONTPELLIER. — Un emploi d'agrégé d'obstétrique de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclaré vacant.

Un délai de vingt jours, à dater de la présente insertion au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 11 fév. 1927.)

— STRASBOURG. — Sont nommés, à compter du 1er décembre 1926, agrégés près la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Section de chirurgie : M. Weiss (Alfred).
Section d'oto-rhino-laryngologie : M. Terracol (Jean). (*J. O.*, 9 fév. 1927.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — PROFESSEURS SUPPLÉANTS. — Deux décrets en date du 6 février disposent que :

« 1° Les professeurs suppléants des écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie qui ne sont pas assujettis à l'impôt des patentes pourront être nommés sans limite de temps après un stage minimum de deux années d'enseignement régulier, sur la proposition du Conseil de l'Ecole et après avis favorable de la Commision compétente du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public.

Les professeurs suppléants qui seront assujettis à l'impôt des patentes postérieurement à leur nomination cesseront leurs fonctions après neuf ans d'exercice.

2° Peuvent également être nommés sans concours, professeurs suppléants des écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, les candidats inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions d'agrégé des facultés de médecine. » (*J. O.*, 10 fév. 1927.)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

HYGIÈNE. — *Au grade de commandeur.* — M. le professeur Arnozan (de Bordeaux).

Au grade d'officier. — MM. Cayla (de Neuilly), Paul Descomps et Flandin (de Paris), Kleinknecht (de Mulhouse), Jean Laborde, Marage et Wiart (de Paris), Uhry (de Neuilly), Toraude (de Paris).

Au grade de chevalier. — M. Cavaillon (du ministère de l'Hygiène), Chantepie (de Tronget), Chauvin (de Marseille), Ducroquet (de Paris), Lalanne (de Maréville), Leclerc (de Paris), Marchant (de Boismont), Metzger (de Paris); Potel, chef du service des hôpitaux à l'Assistance publique à Paris; Quenay (de Paris), Serane (de Saint-Nectaire), Servel (de Kerpape), Sicard, directeur adjoint du service médical du P.-L.-M.; Vercoustre et Villeprand (de Paris), Wibaux (de Camiers).

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or est décernée à la mémoire de M. Heuraux, médecin-major de 1re classe à Mayence.

GUERRE. — M. le médecin principal de 1re classe Bailis, de l'inspection générale du matériel et des établissements du Service de santé militaire, est nommé directeur des approvisionnements et des établissements centraux du Service de santé militaire.

HÔPITAL DE MONACO. — Deux places d'interne seront vacantes le 1er avril. Conditions : quatorze inscriptions, être français ou monégasque, fournir des certificats de bonne conduite et de bonne santé, des références des Facultés et des chefs de service. Traitement : 3.000 fr., logé, nourri, blanchi; les candidats devront prendre l'engagement de rester un an au minimum.

VIIIe SALON DES MÉDECINS. — Pour la huitième fois il s'ouvrira du dimanche 3 au 12 avril prochain inclus, comme à l'accoutumée, au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, étudiants et leurs familles sont conviés à y exposer leurs œuvres : peinture, sculpture, gravure, art décoratif.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire organisateur, M. le docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe). — Joindre un timbre pour la réponse.

BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Une soirée de bienfaisance au profit des veuves et orphelins du Corps médical aura lieu le samedi 14 mai prochain, sous le patronage de l'Association générale des médecins de France et de la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins. Cette manifestation comportera essentiellement un bal précédé d'une soirée artistique.

Le Comité de patronage est actuellement composé de Mmes Bellencontre, Brouardel, Dastre, Desfosses, J.-L. Faure, Hartmann, Jayle, Marcel Labbé, Georges Labey, Letulle, Margain, Pauchet, Queyrat, Reymond, J.-A. Sicard, Thoinot, Veillard et Fernand Widal.

A ce jour, le Comité a reçu un certain nombre de dons des laboratoires suivants :

Badel (F.), 50 fr.; Boucard (Lactéol), 500 fr.; Brisson, 100 fr.; Carrion et Cie, 500 fr.; Coirre, 200 fr.; Cortial (Septicémine), 300 fr.; Dalloz, 200 fr.; Falcoz et Cie, 100 fr.; Falières (Phosphatine), 50 fr.; Famel, 1.000 fr.; Fraisse, 50 fr.; Fraudin (Charbon Fraudin), 100 fr.; Fumouze, 200 fr.; Galbrun, 100 fr.; Léniforme, 100 fr.; Monal, 200 fr.; Nativelle, 200 fr.; Odinot (Néo-Calciline et Gastrosodine), 1.000 fr.; Plantier (Panbiline), 1.000 fr.; Prunier (Neurosine), 50 fr.; Réaubourg (Passiflorine), 200 fr.; Robin, 2.000 fr.; Rogier, 1.000 fr.; Roussel (Hémostyl), 1.000 fr.; Royer Dupuis, 100 fr.; Sabatier, 250 fr.; Scientia, 100 fr.; Tailleur (Hémagène Tailleur), 100 fr.; Trouette-Perret, 300 fr., soit au total, pour la première liste, 11.050 fr.

Les envois et les demandes de renseignements doivent être adressés au docteur Jules Bongrand, trésorier de l'Association générale des médecins de France, 5, rue de Surène, Paris (VIIIe).

Henri TARIEL

1898-1927

Le 29 janvier, après quelques jours de maladie, mourait à Issy-les-Moulineaux, Henri Tariel, interne des hôpitaux, emporté, à l'âge de vingt-sept ans, par une scarlatine maligne contractée à l'hôpital Trousseau.

Successivement externe dans les services de MM. Dujarier, Papillon, Courcoux, Ribadeau Dumas et Capette, il avait été, en 1925, l'interne provisoire du professeur Gilbert, pour être nommé, à la fin de cette même année, interne des hôpitaux. Après une année d'internat partagée entre les services du docteur Funck-Brentano et du docteur Maurice Villaret, il venait de quitter, au début de janvier, l'hôpital Beaujon pour retourner à l'hôpital Trousseau, dans le service du docteur Papillon. De cette année passée près du maître, qui avait été le guide sûr et bienveillant de ses études et qui restait en même temps et l'ami et le conseiller, Tariel se promettait de retirer le plus large bénéfice quand, brutalement, en pleine santé, il est terrassé par la maladie, et son nom vient maintenant s'ajouter à la liste glorieuse, mais déjà si longue, de ceux qui tombent à l'hôpital modestement dans l'accomplissement du devoir.

D'autres ont exalté toute la conscience professionnelle d'Henri Tariel, puisée au sein même de sa famille, où il continuait la digne tradition médicale, vieille déjà de cinq générations. Nous dirons surtout l'ami délicieux qu'il ne cessa d'être, l'ami toujours en éveil, heureux de rendre service, compatissant aux souffrances d'autrui, cherchant à les atténuer, et trouvant toujours, parmi les trésors de bonté que renfermait son cœur, le mot qui apaise, la parole qui réconforte; car la bonté dominait tout son caractère et servait les autres dons qui faisaient son charme. Cette bonté se lisait dans son regard si franc, dans son large sourire, où perçaient, à côté d'une fine ironie, l'esprit le plus subtil et la plus exquise bonhomie. A ces qualités, il joignait une rare distinction, une haute élévation d'idées, une intelligence alerte, une pensée ouverte à toute activité. On se sentait attiré vers lui par un irrésistible élan de sympathie; sa présence seule suffisait à créer une atmosphère cordiale et une saine animation; tout en lui respirait la vie et la joie de vivre.

Tout cela, c'est déjà hélas! le passé. Aujourd'hui, c'est la désolation dans une famille tendrement unie; c'est la consternation parmi tous ceux qui, maîtres, amis ou camarades, ont connu Henri Tariel. La foule silencieuse et émue qui l'a accompagné jusqu'à sa dernière demeure, les marques de sympathie venues de toutes parts, les fleurs remarquées par tous, envoyées par une petite malade de Trousseau, disent mieux que les phrases les plus éloquentes l'affectueuse estime dont il était entouré et l'unanimité des regrets que cause sa disparition.

A son père, le docteur Tariel, médecin depuis trente ans à Issy-les-Moulineaux, à sa mère, à ses frères, à son vénérable grand-père, nous adressons l'hommage ému de notre respectueuse sympathie.

H. D.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

BACTÉRIOLOGIE & MALADIES INFECTIEUSES

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR DE BACTÉRIOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DES HÔPITAUX

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

Les foyers métastatiques dans les plexus choroïdes comme point de départ de ventriculite et méningite méningococcique. (W. KLEPACKI. *Presse méd.*, 28 août 1926, n° 69, p. 1097.) — L'auteur a observé chez un enfant de trois ans une méningite cérébro-spinale foudroyante, mortelle en quarante-huit heures. A l'autopsie, il a trouvé dans les plexus choroïdes des ventricules latéraux, des foyers histologiques purulents circonscrits. Il est impossible de mettre en évidence sur les coupes des méningocoques (ceux-ci, en effet, ne peuvent se colorer sur les coupes à la celloïdine), mais l'existence de pus implique leur présence. Ces foyers sont d'origine sanguine et constituent le point de départ, d'où l'infection s'étend au ventricule et *passe secondairement aux méninges*.

Ces cas foudroyants de méningite ont donc la plus grande importance, car ils permettent d'étudier nettement la pathogénie de la fièvre cérébro-spinale. Cette *ventriculite initiale* confirme les travaux de Lewkowicz, suivant lesquels les changements inflammatoires obscurs du début de la méningite épidémique, sont localisés dans les plexus choroïdes des ventricules. R. KOURILSKY.

Méningites cérébro-spinales à forme d'hémorragie méningée. (J. CHALIER et Mlle SHOEN. *Presse méd.*, 23 janv. 1926, n° 7, p. 99.) — Les auteurs rapportent deux observations de méningite cérébro-spinale, se présentant cliniquement comme une hémorragie méningée (avec xanthochromie nette). L'examen du culot a montré l'existence de méningocoques. L'hémoculture a été négative. Les deux cas ont été mortels, malgré la sérothérapie. L'autopsie a montré dans l'un d'entre eux un état congestif intense des méninges, une hémorragie de la surrénale droite, une néphrite aiguë et une hépatisation de la base droite. La seule identification qui ait été faite a montré qu'il s'agissait de *méningocoque C*. Les auteurs rappellent les cas analogues retrouvés dans la littérature, discutent l'éventualité de complications pulmonaires (fréquentes), rénales (rares), surrénales, et recommandent l'examen bactériologique systématique des culots de centrifugation en cas d'hémorragie méningée pour éliminer à coup sûr la méningite cérébro-spinale. R. KOURILSKY.

STREPTOCOCCIES. ÉRYSIPÈLE

Les infections strepto-entérococciques des dents et leurs métastases viscérales. (Ph. LESBRE et Ch. GRANDCLAUDE. *Presse méd.*, 11 sept. 1926, n° 73, p. 1157.) — Les auteurs rapportent deux cas d'endocardite maligne, dans chacun desquels un streptocoque prélevé au niveau d'une dent malade a été complètement identifié au germe isolé par hémoculture et a reproduit, par inoculation au lapin, une lésion cardiaque similaire. Ces faits sont en faveur de la théorie soutenue par Rosenow du point de départ *focal* (éventuellement dentaire) de l'endocardite infectieuse.

A la suite de cette constatation, les auteurs ont fait une étude méthodique des streptocoques isolés par culture dans 15 cas de pyorrhée et dans 41 cas de granulome ; 2 fois seulement ils ont extrait un streptocoque hémolytique verdissant l'agar au sang frais; en général, les germes retirés sont des streptocoques non hémolytiques, poussant aussi bien en milieu aérobie qu'en anaérobie, et présentant toutes les transitions de morphologie et de culture avec l'entérocoque. Ces streptocoques peuvent être pathogènes chez l'animal, à condition de répéter les injections, mais en aucun cas ils n'ont déterminé de tropisme cardiaque. Les lésions de néphrite sont, par contre, fréquentes.

Il ne faut donc pas exagérer la fréquence du facteur dentaire dans l'étiologie de l'endocardite infectieuse; les autres métastases polyarticulaires et rénales de l'infection dentaire sont beaucoup plus fréquentes que la localisation cardiaque. R. KOURILSKY.

Réaction de Dick et intradermovaccination. (Ch. ZOELLER. *Presse méd.*, 13 janv. 1926, n° 4, p. 52.) — Il existe (Zingher) une immunité locale produite par la toxine streptococcique, lorsqu'on l'injecte sous la peau, pour pratiquer, par exemple, une réaction de Dick. Cette immunité locale est variable selon la « réactivité locale spécifique » (ou aptitude à produire localement des anticorps) propre à chaque sujet; elle nécessite pour se produire deux, cinq ou neuf injections, suivant les cas.

Cette immunité locale paraît être passagère. Néanmoins, on a voulu fonder sur elle (Bourcart) la possibilité d'une protection efficace contre la scarlatine. Zoeller ne pense pas qu'une telle méthode soit effective, d'après les résultats personnels observés chez onze sujets : l'état réfractaire a pu être réalisé localement, mais jamais l'immunité générale (on pouvait obtenir dans tous ces cas, en effet, des réactions de Dick positives partout ailleurs que dans la zone immunisée spécialement).

De même on ne peut songer à atténuer l'effet des pseudo-réactions de Dick (d'origine protéinique) par un essai de désensibilisation locale. Celle-ci réussit localement parfaitement mais sans déterminer de protection générale.

En tous les cas, la méthode des intradermoréactions toxiniques ou protéiniques est précieuse pour pénétrer le mécanisme de l'immunité. R. KOURILSKY.

Endocardite infectieuse secondaire lente streptococcique. Etude bactériologique. Essais thérapeutiques. (MARCHAL et JAUBERT. *Presse méd.*, 13 mars 1926, n° 21, p. 325.) — Les auteurs reprennent l'étude bactériologique de l'endocardite lente à forme d'Osler; ils insistent sur la nécessité de répéter les hémocultures à l'acmé de la fièvre, sur la nécessité d'un milieu spécial (bouillon Martin), de cultures en milieu anaérobie ; ils étudient la technique de l'identification du streptocoque et pensent que les diverses variétés décrites dépendent de la grande malléabilité biologique du streptocoque et ne sont que diverses formes d'un même germe. Ils examinent les diverses réactions biologiques des humeurs au cours de l'endocardite, et passent en revue les divers traitements en donnant la préférence aux thérapeutiques biologiques (vaccinothérapie, *immunotransfusion*).

R. KOURILSKY.

Observations sur l'étiologie de l'érysipèle et son traitement au moyen d'un sérum antistreptococcique spécifique. (R. BIRKHANG [de Rochester]. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 8 mai 1926, t. LXXXVI, n° 19, p. 1911.) — Il existe, suivant Birkhang, un streptocoque spécifique de l'érysipèle qui appartient au groupe des streptocoques hémolytiques. Le

C. R., 18.000, Seine.

sérum préparé à partir de ce streptocoque spécial présente des propriétés curatives très nettes contre la maladie, lorsqu'on l'emploie à un stade suffisamment précoce de celle-ci. De l'étude de 60 cas traités, l'auteur tire la conclusion que, s'il est injecté par voie intramusculaire pendant les trois premiers jours de la maladie, le sérum en question amène une prompte amélioration de l'état général et une régression de la plaque érysipélateuse. PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

DIPHTÉRIE

La vaccination contre la diphtérie. (Ch. Zoeller. *Presse méd.*, 10 mai 1926, n° 40, p. 625.) — L'auteur montre la nécessité d'une technique de vaccination très bien établie, contre la diphtérie : la pratique sérothérapique, en effet, ne peut être largement employée à titre préventif. Cette vaccination doit tenir compte des conditions biologiques de réceptivité diphtérique (appréciable par la réaction de Schick) et de l'immunité diphtérique. On sait que celle-ci se produit souvent spontanément, de façon occulte, dans les collectivités, sous l'influence de contacts répétés avec le bacille. Mais en même temps qu'il s'immunise, le sujet devient plus sensible aux produits protéiniques du bacille diphtérique, ce que l'on met en évidence par l'anatoxiréaction (inoculation intradermique d'une dilution à 1/100 d'anatoxine). Il y a là un état mixte, *allergique*, d'immunité toxique et d'hypersensibilité protéinique, très spécial. Or, en période épidémique, toute une proportion des sujets réceptifs, loin de contracter la maladie, s'immunisent. L'auteur voit là une propriété spéciale de certains organismes particulièrement prompts à réagir : La *réactivité naturelle* propre à chaque sujet. Inversement, il existe des sujets hyperréceptifs ; les plus exposés.

Ayant défini le « terrain » sur lequel doit s'exercer cette vaccination, Zoeller étudie la vaccination elle-même, antitoxique. Au vaccin mixte toxine-antitoxine, on doit préférer l'anatoxine de Ramon. R. KOURILSKY.

La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine. (Ch. Zoeller. *Presse méd.*, 26 mai 1926, n° 42, p. 659.) — L'auteur expose les résultats obtenus au Val-de-Grâce chez 59 sujets réceptifs et pendant une épidémie de diphtérie survenue en 1924 à Mayence. L'immunité se mesurait à l'intensité de la réaction de Schick. La vaccination comporte deux ou trois injections d'anatoxine. Les sujets vaccinés ont été très nettement protégés contre la maladie; lorsqu'ils étaient touchés, ils présentaient assez souvent des angines spéciales sans intoxication, guérissant spontanément, sans sérothérapie et qui seraient des formes allergiques de diphtérie. L'efficacité de la vaccination dépend surtout du *moment* de l'épidémie où elle a été faite, les sujets neufs vaccinés en dehors de toute épidémie le sont beaucoup moins solidement que des sujets qui ont déjà pris contact avec le bacille en phase endémique et qui sont déjà préparés par « l'infection minima ». Aussi, chez les sujets neufs, on doit pratiquer *trois injections* de 1/2 centimètre cube, 1 centimètre cube et 1 centimètre cube et demi d'anatoxine de Ramon à trois semaines, puis huit jours d'intervalle. En période endémique, surtout chez l'enfant, il faut utiliser systématiquement l'anatoxine. R. KOURILSKY.

Sur l' « avidité » du sérum antidiphtérique. (Madsen et Schmidt. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril 1926, t. XL, n° 4, p. 300.) — Il n'y a pas un parallélisme absolu entre le titre d'un sérum en unités antitoxiques et son pouvoir curatif, et Kraus a fait intervenir « l'avidité » de l'antitoxine pour expliquer ces différences. Or, les auteurs se sont livrés sur cette question à une série de recherches fondées sur la réaction de floculation décrite par Ramon, et arrivent aux conclusions suivantes : 1. la *vitesse de floculation* entre des sérums antidiphtériques provenant d'individus différents et une toxine déterminée est très variable, mais cette vitesse reste à peu près constante chez un même individu, même si son pouvoir antitoxique varie très considérablement au cours de l'immunisation; 2. on retrouve ces différences pour la *vitesse de neutralisation* de la toxine avec les différents sérums (mises en évidence par l'injection intraveineuse au lapin), vitesse qui est indépendante du pouvoir antitoxique et dépend de l'animal fournisseur du sérum. Donc, les antitoxines fournies par chaque animal sont différentes ou bien il existe dans le sérum antitoxique un facteur agissant sur la réaction toxine-antitoxine; Madsen et Schmidt montrent que celle-ci est du reste dissociable par l'addition de diverses substances (ions Cl, Br, et I, iodure de sodium).

Enfin, il existe un rapport entre le pouvoir *curatif* d'un sérum et sa vitesse de réaction; aussi ces considérations expérimentales peuvent avoir une répercussion importante sur l'efficacité thérapeutique des sérums antidiphtériques employés en clinique humaine. R. KOURILSKY.

Atténuation et pouvoir antigène de la toxine diphtérique traitée par diverses substances. (P. Nélis [de Gand]. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, août 1926, t. XL, n° 8, p. 666.) — Ce travail important est une contribution à l'étude biologique générale de la toxine diphtérique. D'après ses essais d'atténuation de la toxine, Nélis a pu constater que la simple dialyse de la toxine, à travers les membranes de collodion, éliminait de celle-ci des substances dialysables très toxiques et la rendait beaucoup moins nocive ; mais l'atténuation complète ne s'obtient qu'après un séjour prolongé à l'étuve. Le formol agit sur la toxine pour la transformer en anatoxine; dans cette réaction le formol se fixe en grande partie sur les substances étrangères à la toxine et particulièrement sur les substances dialysables; le formol est seul parmi les substances chimiques attaquant la toxine à permettre la régénération ultérieure de celle-ci à partir de l'anatoxine formée; toutes les autres (oléate de soude, sels de quinine) détruisent radicalement la toxine. Seule la toxine formolée conserve le pouvoir antigène.

Pour apprécier la valeur antigène des toxines atténuées préparées par des moyens divers, Nélis a eu recours à la recherche des *toxoïdes* (groupement non toxique existant dans la toxine et ayant pour fonction de fixer l'antitoxine). Il a constaté que l'*anatoxine* contenait ces *substances en grandes quantités*, mais que, à l'inverse des toxoïdes habituelles, celles-ci étaient *thermostabiles*. L'activité de l'anatoxine est donc due à la présence de ces toxoïdes : le formol ne jouant par lui-même aucun rôle.

Au contraire, dans toutes les autres toxines atténuées, et inactives quant au facteur antigène, la quantité des toxoïdes est très faible ; ce sont des toxoïdes thermolabiles dont le taux n'est pas toujours parallèle, du reste, au pouvoir antigène.

La valeur immunisante de l'anatoxine est donc une fois de plus vérifiée; elle est de beaucoup supérieure à celle du mélange toxine-antitoxine. R. KOURILSKY.

La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine. (Ch. Zoeller. *Presse méd.*, 26 mai 1926, n° 42, p. 659.) — La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine doit être contrôlée au moyen de la réaction de Schick; chez l'adulte, cette vaccination comporte trois injections (1/2 centimètre cube, 1 centimètre cube et 1 centimètre cube et demi); six semaines après la première inoculation l'immunité se développe et la réaction de Schick devient négative dans 100 p. 100 des cas. Les réactions observées sont minimes; l'injection peut être considérée comme inoffensive; il peut être intéressant néanmoins de pratiquer préalablement, une intradermoréaction à l'anatoxine diluée, et de ne pas injecter les sujets dont la réaction cutanée est trop violente. L'immunité ainsi acquise paraît stable; néanmoins, on a pu, après un an, constater une inversion de la réaction de Schick nécessitant une nouvelle et unique injection d'anatoxine; dans l'interprétation de ces faits il faut tenir compte, non seulement de la valeur antitoxique réelle de l'anatoxine, mais de la *réactivité antitoxique* propre à chaque sujet et variable avec lui. Excellent comme procédé de vaccination préventive, en dehors de toute épidémie ou en période endémique, la méthode de l'anatoxine donne des résultats moins constants en période franchement épidémique. On observe souvent dans ces conditions des angines atténuées locales sans intoxications, chez les vaccinés, que Zoeller considère comme des formes *allergiques* de l'angine diphtérique. R. KOURILSKY.

Immunisation contre la diphtérie avec une toxine neutralisée au moyen du ricinoléate de sodium. (Learm et H. Eder [de Minneapolis]. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 3 avril 1926, t. LXXXVI, n° 14.) — Certains germes, comme le pneumocoque, le streptocoque, le bacille tuberculeux, sont très sensibles à l'abaissement de la tension superficielle et

une modification des milieux peut arriver à les rendre non virulents. D'où l'idée d'employer un savon comme le ricinoléate de soude pour neutraliser une toxine. Les auteurs ont réalisé ainsi une véritable « anatoxine ». Une série de recherches cliniques faites sur des sujets de bonne volonté ont montré que des injections de toxine additionnée de ricinoléate rendent le sujet réfractaire à la diphtérie et négativent un Schick antérieurement positif; 38 p. 100 des cas traités ont acquis une immunité durable à partir de cinq semaines après l'injection; 66 p. 100 ont acquis un Schick négatif, au bout de huit semaines. Il y a souvent intérêt à répéter les injections, car une seule ne suffit pas, en général, pour produire l'immunité.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

FIÈVRES ÉRUPTIVES.

Recherches sur l'étiologie de l'érythème polymorphe aigu. Son agent étiologique : Streptobacillus moniliformis. (MM. LEVADITI, NICOLAU et POINCLOUX, *Presse médicale*, n° 22, p. 341, 17 mars 1926.) — Les auteurs ont pu observer un cas d'infection aiguë septicémique à début brusque, ayant évolué en trois poussées, caractérisées chaque fois, par une éruption érythématopapuleuse prédominant aux membres inférieurs, intermédiaire entre l'érythème polymorphe et l'érythème noueux. L'hémoculture pratiquée à l'acmé des deux premières poussées, a permis d'isoler un agent pathogène spécial, retrouvé dans le produit de raclage d'une papule : le streptobacillus moniliformis, très polymorphe d'aspect, suivant les milieux, pouvant se présenter sous forme de cocci, de bacilles, ou de fuseaux; Gram négatif; poussant bien sur bouillon sérum et bouillon ascite.

La culture est presque nulle sur gélose simple, assez fragile en bouillon.

L'inoculation intratesticulaire provoque chez le lapin une orchite avec œdème scrotal; souvent des déterminations péritonéales, péricardiques et médiastinales. Par injection intraveineuse, on obtient des arthrites et des *érythèmes* pseudopustuleux. On retrouve toujours le microbe au niveau des lésions. L'inoculation par badigeonnage du nez et du pharynx déclanche l'immunité.

Il serait intéressant de chercher à retrouver ce germe dans les autres érythèmes polymorphes ou infectieux; du reste, les auteurs pensent qu'il doit s'agir dans tous ces cas de la même maladie. Celle-ci peut donner des éruptione cutanées variables, exactement comme la syphilis détermine sur la peau, toutes les variétés d'éruptions secondaires. De nouvelles recherches sont nécessaires.

R. KOURILSKY.

Prophylaxie de la rougeole par le sérum de convalescents. (W. PARK et R. FREEMAN (de New-York); **Valeur prophylactique du sang des convalescents dans la rougeole.** (S. HAAS et G. BLUM (de New-York). *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, t. LXXXVII, p. 8, 21 août 1926.) — Résumé d'une expérience clinique faite à New-York sur une grande échelle. Park et Freeman ont injecté du sérum de convalescents à plus de 1.500 enfants, choisis parmi les enfants des écoles et les enfants de moins de trois ans.

Ils concluent de ces recherches qu'une injection de 6 centimètres cubes de sérum ou de plasma de convalescents, pour les enfants de moins de deux ans, et de 6 à 10 centimètres cubes au-dessus de cet âge, chez un enfant exposé, moins de cinq jours auparavant, à la contagion morbilleuse, suffit à le préserver. Le sérum donnerait une immunité de trois semaines à un mois et demi. Park et Freeman estiment que tout praticien devrait prélever du sang sur les convalescents en rougeole pour se constituer une réserve.

Haas et Blum arrivent sensiblement aux mêmes conclusions. Ils préconisent aussi la constitution de réserves de sérum, et étudient l'action des sérums de convalescents par rapport à la date de l'infection morbilleuse du sujet qui les fournit. Le sérum prélevé de un à quatre mois après la défervescence, et utilisé seulement de quinze jours à quatre mois après le prélèvement, protège 51 p. 100 des enfants pour un mois au moins. Le sérum prélevé un mois après défervescence, donne une protection dans 88 p. 100 de cas. Toutefois, il faut que l'injection soit faite au plus tard le septième jour après le contact infectieux.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Prophylaxie de la rougeole par le sérum de chèvre immunisée. (A. HOYNE et B. GASSEL (Chicago). *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, t. LXXXVII, n° 15, 9 octobre 1926, p. 1186.) — Hoyne et Gassel ont fait des expériences d'immunisation contre la rougeole en suivant la technique de R. Tunnicliff. Celle-ci consiste à provoquer la formation d'un sérum immunisant, chez la chèvre, par injections de cultures atténuées d'un diplocoque spécial isolé par cet auteur chez les sujets atteints de rougeole. Hoyne et Gassel affirment la valeur du sérum en question au point de vue prophylactique. D'après eux, s'il est injecté moins de cinq jours après l'exposition à la contagion, il donnerait une protection efficace contre la rougeole dans 90 p. 100 des cas. L'immunisation passive ainsi produite durerait de deux à quatre semaines. Suivant Hoyne et Gassel, la mise en œuvre de cette sérothérapie serait tout à fait inoffensive, et ne donnerait lieu à aucun incident.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

La fièvre scarlatine. Analyse de travaux récents. (LINDSAY, RICE et SELINGER (de Washington), *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, t. LXXXVI, 17 avril 1926, n° 16.) — Les recherches de Lindsay, Rice et Selinger se groupent sous quatre chefs.

1° Etude de la réaction de Dick. Il ne faut pas se contenter d'un seul échantillon de toxines, mais avoir plusieurs dilutions différentes, de façon à éprouver la valeur de la réaction à différentes concentrations.

La toxine employée dans la réaction de Dick varie, en effet, d'efficacité suivant les cas, car beaucoup de sujets ont des antitoxines naturelles qui neutralisent la toxine, si elle est trop diluée.

2° Etude de la réaction d'extinction en Schûtz-Charlton. Elle peut servir jusqu'à un certain point à graduer le degré d'efficacité de l'antitoxine usitée pour le traitement sérothérapique. Toutefois, cette réaction est loin d'avoir une valeur absolue.

3° Etude des moyens de prévention contre la scarlatine. Lindsay, Rice et Selinger n'ont obtenu aucun résultat par immunisation passive, alors qu'au contraire, l'immunisation active par injection de toxine s'est montrée efficace,

4° Etude de la thérapeutique antitoxique. Lindsay, Rice et Selinger ont employé, à cet effet, le sérum préparé suivant la technique de Dochez, à des doses représentant les quantités nécessaires pour neutraliser de 50.000 à 250.000 unités. Réactions de Dick. Sur 300 cas traités, il ne se produisit que 2 décès.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Immunisation contre la scarlatine par le ricinoléate de sodium. (LARSON, HUERECKER et WODARD COLBY (de Minnéapolis. *Journ. of. Amer. med. Assoc.*, t. LXXXVI, 3 avril 1926, n° 14.) — Expériences à rapprocher des expériences d'immunisation contre la diphtérie rapportées, d'autre part. Larson, Huerecker et Colby employaient à la fin une toxine scarlatineuse et diverses toxines streptococciques neutralisées pour obtenir une immunisation plus complète. Les solutions étaient dosées de façon que la quantité de toxine nécessaire pour l'immunisation fût contenue dans 1 centimètre cube.

Les injections étant faites intramusculaires, une seule injection de toxine à dose suffisante paraît capable de produire l'immunisation. Les auteurs ont observé que 77 p. 100 des cas traités acquièrent l'immunité en huit jours et 97 p. 100 à partir de trois semaines.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Prophylaxie de la scarlatine dans les écoles par immunisation active au moyen d'une toxine rendue atoxique par le ricinoléate de soude. W. COLBY (St-Paul, *Journ. of Amer. med. Assoc.*, t. LXXXVII, 18 septembre 1926, n° 12, p. 919.) — Colby expose les résultats d'essais d'immunisation contre la scarlatine au moyen d'une toxine dont les effets toxiques sont supprimés à la suite du traitement par le ricinoléate de soude (procédé analogue à celui de la préparation de l'anatoxine de Ramon). Voici ses conclusions : Il est possible d'immuniser ainsi des sujets à Dick positif contre les effets de l'inoculation de toxine virulente de *streptococcus scarlatinæ*. Chez les enfants au-dessous de huit ans, on peut inoculer ainsi, sans produire d'infection, une dose de toxine égale à 3.000 fois la dose de cuti-réaction. Chez les enfants plus âgés, l'immunisation est obtenue plus lentement, et il faut répéter tous les trois mois des réactions de Dick pour en suivre les progrès.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Production expérimentale de glomérulo-néphrite aiguë au moyen de la toxine du « streptococcus scarlatinæ ». (C. Duval et R. Hibbard (de New-York. (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, t. LXXXVII, 18 septembre 1926, n° 12.) — Résultat d'expériences en vue de reproduire, chez le lapin, des lésions de néphrite aiguë au moyen d'une toxine issue du *streptococcus scarlatinae* de Dick. Celle-ci est obtenue en filtrant la sérosité péritonéale d'un lapin vacciné, ou une culture vaccinée par addition de sérum neutralisant, ce qui amène la production d'un véritable lysat streptococcique. Les lésions ainsi produites ont tous les caractères de lésions de glomérulo-néphrite aiguë scarlatineuse.

De plus, chez des lapins préalablement vaccinés, et qui ont résisté à l'inoculation d'endotoxine, Duval et Hibbard ont vu apparaître de véritables lésions de néphrite chronique avec sclérose glomérulaire et interstitielle.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Prophylaxie de la varicelle au moyen du liquide des vésicules. (R. Greenthal, *Amer. Journ. Diseases of Children*, t. XXXI, juin 1926, p. 851.) — Essai de vaccination au moyen du liquide de vésicules varicelleuses, ayant porté sur trente-six personnes, parmi lesquelles dix-neuf eurent une réaction locale et seize absence complète de réaction. Aucune des personnes vaccinées ne contracta la varicelle bien qu'elles eussent été exposées à la contagion.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

THÉRAPEUTIQUE

Infections urinaires. Leur traitement par le bactériophage de d'Hérelle. (A. Ravina. *Presse méd.*, 1er mai 1926, n° 35, p. 549.) — Revue générale des travaux parus récemment sur ce sujet. L'auteur rapporte les résultats favorables de R. Dalsace dans 17 cas de pyélonéphrites à colibacille ; le bactériophage était injecté sous la peau et simultanémont instillé localement et ingéré. Malgré tout, les résultats ne sont pas constants, mais certains cas ont été très favorables, confirmant ceux de Beckerich et Hauduroy. Le bactériophage agit beaucoup plus efficacement sur l'infection staphylococcique des voies urinaires que sur les atteintes colibacillaires (11 cas de R. Dalsace). De nouvelles recherches sont nécessaires pour préciser l'efficacité exacte de cette thérapeutique.

R. KOURILSKY.

Traitement des inflammations suppurées par les filtrats d'après la méthode de Besredka. (N. Bourdenko et Givago. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars 1926, t. XL, n° 3, p. 232.) — Les auteurs ayant vérifié sur des animaux de laboratoire, l'efficacité des filtrats microbiens dans l'immunisation locale des téguments contre les infections staphylococciques ou streptococciques, ont traité avec ces mêmes filtrats (utilisés en applications directes sur les plaies, en injections intradermiques dans la zone infectée, en lavages d'après la méthode de Dakin) des malades atteints de diverses suppurations aguës ou chroniques, contre lesquelles des traitements antérieurs avaient échoué. Les résultats ont été très encourageants, quel que soit le mode d'application du filtrat : les autofiltrats se sont montrés plus actifs que les stock-filtrats.

R. KOURILSKY.

TRYPANOSOMIASE

Traitement de la trypanosomiase humaine par la tryparsamide. (J. Laigret. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars 1926, t. XL, n° 3, p. 173.) — La tryparsamide constitue un mode de traitement beaucoup plus actif que l'atoxyl dans les trypanosomiases humaines. D'après 95 cas observés au Congo, l'auteur conclut que, à la première période, son action est au moins équivalente à celle de l'atoxyl, qu'au début de la période secondaire, *elle est de beaucoup supérieure* : dans tous les cas on constate la disparition des trypanosomes et souvent la disparition de toute réaction cytologique dans le liquide céphalorachidien ; même à la période terminale de sommeil, la tryparsamide est encore active. Les injections doivent être faites dans la veine ; les accidents observés ont été l'amaurose et les crises nitritoïdes, mais ils sont rares. La tryparsamide doit donc remplacer l'atoxyl dans la lutte prophylactique, comme dans le traitement de la maladie du sommeil. Elle est également efficace dans le pian et la syphilis.

R. KOURILSKY.

Essai du traitement de la trypanosomiase humaine par le 270. (Fourneau, G. Ledentu et J. Daude [de Brazzaville], *Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct. 1926, t. XL, n° 10, p. 830.) — Ce médicament (sel sodique de l'acide acétyl-p-amino-o-oxyphényl arsénique) a l'avantage sur la tryparsamide de pouvoir être administré sans réactions douloureuses, en injection sous-cutanées, et présente une action trypanocide supérieure à celle de l'atoxyl et comparable à la tryparsamide.

R. KOURILSKY.

LÈPRE

Reproduction expérimentale de la lèpre chez les singes inférieurs. (J. Reenstierna [de Stockholm]. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv. 1926, t. XL, n° 1, p. 7-8.) — L'auteur a inoculé sous la peau de plusieurs singes (Macacus sinicus et rhesus) une émulsion provenant du broyage dans l'eau physiologique, de lépromes, dont la richesse énorme en bacilles de Hansen avait été vérifiée par des colorations préalables. Les tumeurs avaient été prélevées chez deux sujets atteints de lèpre tuberculeuse non traitée, aiguë, *récente* et généralisée. L'absence de bacilles de Koch a été contrôlée par l'inoculation négative au cobaye. Or dans 5 cas sur 7, Reenstierna a constaté le développement après une incubation de trente-sept à quarante-cinq jours, de nodules qui ont persisté de quarante à soixante-deux jours, et qui étaient cliniquement et histologiquement identiques à des lépromes humains. Dans tous les cas, sur le frottis des nodules excisés on a retrouvé le bacille lépreux.

Des réinoculations pratiquées dans 2 cas, six mois environ après la guérison complète des accidents consécutifs à la première inoculation, ont déterminé après une incubation *écourtée* (dix-neuf à vingt-deux jours) de nouveaux nodules lépreux. Les inoculations de singe à singe ont été négatives.

La reproduction expérimentale de la lèpre humaine est donc possible.

R. KOURILSKY.

IMMUNITÉ. ANTITOXINES

Procédés pour accroître la production des antitoxines. (G. Ramon. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv. 1926, t. XL, n° 1, p. 1.) — Lorsque, dans la préparation de sérums antitoxiques, on se propose de réaliser une meilleure immunisation et une production plus abondante d'antitoxines, il faut agir soit sur l'antigène, soit sur l'organisme. Pratiquement on agissait jusqu'ici surtout sur l'antigène, en employant des souches plus actives ; des milieux spéciaux ; ou en transformant les toxines en anatoxines.

Mais Ramon a découvert un autre procédé qui modifie l'antigène et détermine une hyperimmunisation en agissant sur l'organisme.

Il a remarqué, chez les chevaux que l'on immunise par des injections sous-cutanées de doses croissantes d'antigène diphtérique (toxine ou anatoxine), une brusque augmentation du pouvoir antitoxique du sérum chez les animaux porteurs d'abcès au lieu des injections, à la suite de contamination par des germes banaux ; expérimentalement la production d'abcès, dans la zone injectée *mais dans la zone injectée seulement*, a fait monter aussitôt le pouvoir antitoxique du sérum.

Transportant ces données dans la pratique, Ramon, a cherché à réaliser des abcès *aseptiques*, pour éviter les inconvénients des abcès septiques et conserver l'avantage d'un meilleur rendement du sérum en anticorps. Il a pu les réaliser avec un mélange de 100 parties d'antigène pour 1 ou 2 parties de tapioca, séché, pulvérisé et stérilisé. Alors que le sérum des chevaux injectés à l'antitoxine titrait 375 à 500 unités antitoxiques, le sérum des chevaux injectés avec le mélange précédent titrait de 800 à 2.500 unités. Tous les titrages sont effectués grâce à la réaction de floculation.

La même influence favorisante des abcès aseptiques sur la production des anticorps a été constatée dans l'immunisation des chevaux par l'anatoxine tétanique : au lieu de neutraliser 2 doses mortelles de toxine par centimètre cube, le sérum des animaux ainsi traités en neutralise 10, 20, 50 doses mortelles. Ce procédé constitue un progrès très notable dans la technique de l'immunisation des chevaux producteurs de

sérum antitoxique; sa portée générale est en outre considérable quand au mécanisme même de l'immunité ainsi produite. R. KOURILSKY.

Rôle des réflexes conditionnels dans l'immunité. (S. MÉTALNIKOV et V. CHORINE. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov. 1926, t. XL, n° 11, p. 893.) — Pavlow a démontré à propos de la sécrétion salivaire du chien, que des excitations auditives ou mécaniques qui n'ont jamais provoqué aucune réaction salivaire, peuvent déterminer l'écoulement de la salive, à elles seules, pourvu qu'elles aient été, au préalable, plusieurs fois combinées avec des excitations gustatives immédiates. Métalnikov et Chorine tentent de faire intervenir ces « réflexes conditionnels » dans le mécanisme de l'immunité. En même temps qu'ils pratiquent des injections d'antigène à un animal (injection d'émulsion de tapioca dans le péritoine du cobaye) ils y associent une excitation externe, toujours la même (chauffage, grattage de la peau). Or, au bout d'un certain nombre de tentatives, ils constatent que l'excitation externe seule suffit à provoquer dans le péritoine du cobaye les mêmes réactions lymphocytiques que l'injection intrapéritonéale. De même, chez le chien soumis à des injections répétées de morphine et présentant des phénomènes toxiques de plus en plus marqués, Kryloff a constaté que l'on pouvait reproduire les mêmes phénomènes sans morphine, par injection d'eau distillée, par introduction simple d'une aiguille, ou même au moment des préparatifs de l'injection sans atteinte cutanée. Donc ces réflexes conditionnels jouent un rôle important; chez les malades sensibilisés, tout ce qui entoure le malade peut agir — au hasard des associations antérieures — comme excitant conditionnel, provoquant la même maladie que la cause primordiale, ou favorisant les réactions d'immunité d'une convalescence. Les auteurs tirent diverses applications cliniques de cette curieuse conception. R. KOURILSKY.

Influence des immunsérums spécifiques sur la culture des microbes pathogènes. (M. NICOLLE et E. CESARI. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv. 1926, t. XL, n° 1, p. 43.) — La culture des germes pathogènes s'opère avec plus de facilité dans le sérum des animaux spontanément réfractaires, ou à qui l'immunité a été expérimentalement conférée, que sur les milieux simplement additionnés de sérums indifférents. Ce fait déjà vu par Mesnil, Bridré et Jouan pour le rouget, a été vérifié par les auteurs avec la bactéride charbonneuse, le gonocoque, le pneumocoque, les bacilles du groupe typhique et paratyphique A; les bacilles diphtérique et tétanique; ces germes poussent dans le milieu bouillon-antisérum spécifique, en état d'*agglutination* spontanée (grumeaux, ou voile). Il semble donc que l'addition à un milieu *liquide*, d'antisérum, introduise dans ce milieu des substances qui résultent de la désintégration — chez l'animal fournisseur — de microbes antigènes introduits au cours du traitement immunisant — et qui sont particulièrement propices à l'alimentation des germes correspondants. Ce procédé de culture en antisérum est donc à retenir et permettrait peut-être d'obtenir des cultures vivaces et apparentes (sous forme d'agglutination) de certains virus filtrants. R. KOURILSKY.

Galvanotropisme microbien dans l'organisme animal. (H. SANARELLI. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév. 1926, t. XL, n° 2, p. 161.) — Dans un travail précédent l'auteur a démontré que les vibrions cholériques introduits dans la cavité abdominale des cobayes ne sont pas dissous — comme on le croyait jusqu'alors — par la lymphe péritonéale mais qu'ils gagnent rapidement les membranes séreuses et notamment les feuillets de l'épiploon où ils se massent et s'agglutinent; ce phénomène se produit de la même façon après l'injection de poudres inertes; il ne serait pas dû à une fonction particulière de sélection épiploïque mais à une action physicochimique. Sanarelli a découvert en effet que l'épiploon est doué de signe électrique positif : il adhère *in vitro* à un fil de platine de charge négative; le même phénomène se reproduit *in vivo* à l'égard des vibrions cholériques doués — comme on l'a récemment démontré d'une charge électrique négative. R. KOURILSKY.

Étude de l'immunité chez les invertébrés. (MÉTALNIKOV. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept. 1926, t. XL, n° 9, p. 787.) — Cet article est intéressant par ses conclusions générales sur l'immunité. Il existe deux sortes d'immunité : l'immunité d'adaptation et l'immunité de défense; la première est basée sur la perte de sensibilité de la cellule vivante envers une certaine dose de poison ou de toxines; c'est le mode d'immunité prédominant chez les animaux inférieurs; la seconde dépend au contraire d'une hypersensibilité cellulaire qui augmente la faculté de réaction contre les microbes ou les parasites. Il n'y a pas en principe de différences entre les méthodes de défense employées chez les invertébrés ou les vertébrés. Du haut en bas de l'échelle animale, la *destruction* (par phagocytose), l'*isolement* (cellules géantes), l'*élimination* (abcès) des germes sont les trois procédés employés. Telles sont les réactions fondamentales de l'activité cellulaire : *l'apparition des substances défensives ou des anticorps dans les humeurs est un phénomène secondaire* que l'on retrouve surtout chez les animaux supérieurs. R. KOURILSKY.

TÉTANOS

Sur le titrage des antitoxines et des toxines tétaniques par la floculation. (G. ABT et Mlle ERBER *An. de l'Inst. Pasteur*, août 1926, t. XL, n° 8, p. 659.) — La floculation des mélanges de toxine et d'antitoxine, découverts par Ramon, est le principe d'une méthode commode pour le titrage de la toxine et de l'antitoxine diphtériques; elle est plus difficile à appliquer à la toxine et à l'antitoxine tétaniques; néanmoins, Abt et Erber ont pu arriver à titrer exactement en vingt heures au plus, la grande majorité des sérums antitétaniques, sans passer par l'animal; mais il existe des sérums réfractaires où la floculation est empêchée pas un colloïde protecteur, qu'il est très difficile de neutraliser en variant, par exemple, la concentration saline ou la tension superficielle du milieu. De nouvelles recherches sont nécessaires. R. KOURILSKY.

L'immunité antitétanique par l'anatoxine chez l'homme. (Ch. ZOELLER et RAMON, *Presse méd.*, 17 avril 1926, n° 31, p. 485.) — A la sérothérapie antitétanique, méthode d'immunisation passive, la découverte de l'anatoxine a permis de substituer avec succès une vaccination antitétanique d'immunisation. L'anatoxine est titrée *in vitro* par la réaction de floculation, décrite par Ramon. D'une expérience de plus de 200 cas, Zoeller et Ramon tirent les conclusions suivantes : 1° l'anatoxine à la dose de 1/2, 1 ou 2 centimètres cubes en injection sous-cutanée est parfaitement tolérée sans réaction locale, ni générale; 2° le titrage des anticorps développé à la suite de ces injections (mesuré par l'injection au cobaye de sérums de sujets vaccinés, mélangé à des proportions croissantes de toxine tétanique) n'est pas suffisant pour se rendre compte de la valeur réelle de l'immunité développée. Il faut apprécier, en outre, l'*aptitude spécifique du sujet à fabriquer l'antitoxine* (*réactivité acquise*). Cette aptitude est déclanchée par l'injection d'anatoxine. On parvient à la mesurer en titrant (par injection au cobaye) l'afflux considérable des anticorps qui est provoqué par l'*injection de rappel* d'anatoxine chez des sujets déjà injectés une première fois. L'immunité conférée a paru stable après six mois.

Il est à noter que l'injection de sérum antidiphtérique et d'anatoxine (pratiquée le même jour), de vaccins T. A. B. et d'anatoxine n'entravent en rien la production des anticorps. Les auteurs aboutissent aux conclusions pratiques suivantes :

1° Chez un blessé non vacciné, faire simultanément sérum et anatoxine antitétaniques, et renouveler celle-ci après quinze jours et après un mois;

2° Chez un sujet déjà vacciné, faire à l'occasion d'un traumatisme, une injection de rappel d'anatoxine pour mettre en circulation, à bref délai, de grandes quantités d'antitoxine. R. KOURILSKY.

STAPHYLOCOCCÉMIES

Quelques considérations sur les métastases prostatiques dans les staphylococcémies. (STROMINGER, *Presse méd.*, 20 février 1926, n° 15, p. 227.) — Les abcès métastatiques de la prostate sont fréquemment observés dans les diverses infections générales, surtout dans la grippe; mais Strominger a constaté qu'elles étaient très fréquentes après les déterminations staphylococciques (furoncle, anthrax); fait déjà constaté

par divers auteurs (Legueu, Marsan, Otten, etc.). L'auteur en rapporte 4 cas, tous observés au cours de septicémies graves mortelles. Dans son observation, la mort est survenue subitement par la suite d'une perforation du tronc cœliaque, par une tumeur métastatique suppurée profonde sus-jacente au pancréas.

R. KOURILSKY.

A propos de faits nouveaux de staphylococcémies. Etude cliniques et anatomopathologiques. (GEORGE et GIROIRE, *Presse méd.*, 15 mai 1926, n° 39, p. 611.) — Les formes classiques, aiguë, typhoïde ou subaiguë lente septicopyohémique, des septicémies à staphylocoques, rendent insuffisamment compte de l'allure exacte de ces affections. Il existe, en réalité, une forme de staphylococcémie, souvent compliquée d'endocardite, de beaucoup la plus grave, d'allure primitive sans porte d'entrée apparente, toujours mortelle. Dans les derniers jours, on trouve des embolies cutanées, soit purpuriques, soit ecchymotiques et vésiculeuses, siégeant sur la face ou les extrémités. A l'autopsie, on trouve une endocardite initiale. L'hémoculture révèle le staphylocoque qu'on retrouve également dans les éléments cutanés. Certains de ces cas ont été décrits sous le titre de purpura staphylococcique.

Dans une deuxième forme, dite érysipélatoïde, l'infection se manifeste par un placard érysipélateux, mais au bout de quelques jours, le placard devient cyanique, douloureux, phlycténulaire, en même temps que l'état général devient très grave. L'extension du bourrelet est considérable et la face devient difforme. L'hémoculture est positive. A l'autopsie, on trouve très fréquemment de petits abcès miliaires mnltiples dont les auteurs décrivent minutieusement l'aspect lorsqu'ils siègent dans le parenchyme pulmonaire.

R. KOURILSKY.

HERPÈS

Contribution à l'étude du virus herpétique. (P. REMLINGER et BAILLY, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril 1926, t. XL, n° 4, p. 253.) — Les auteurs ont pu faire l'étude complète d'un virus herpétique (de souche marocaine) et arrivent aux conclusions suivantes : le lapin est l'animal de choix pour l'étude de l'encéphalite herpétique, mais celle-ci peut évoluer sous des aspects très différents : suraigus, larvés, paralytiques ou cachectiques; on peut conférer l'encéphalite à cet animal quelle que soit la voie d'inoculation (épidermique, intradermique, intraveineuse, testiculaire, insufflations, ingestions, instillations, etc.); on retrouve le virus dans le système nerveux central, et moins nettement dans les gros nerfs périphériques; on le rencontre dans la salive. Ce virus, peu diffusible post-mortem, est très diffusible en glycérine et peut imprégner des cerveaux sains immergés dans le liquide. La réaction de fixation du complément n'a pas permis de déceler la présence d'anticorps spécifique dans le sérum des animaux morts d'herpès. Il n'existe aucun antagonisme entre le virus rabique et herpétique : tous deux offrent les plus grandes analogies expérimentales.

R. KOURILSKY.

Contribution à l'étude du virus herpétique. (P. REMLINGER et J. BAILLY [de l'institut Pasteur de Tanger], *Paris méd.*, 5 juin 1926, n° 23, p. 536.) — Avec un virus recueilli sur un jeune marocain, atteint d'herpès labial, Remlinger et Bailly ont pratiqué une série d'expériences. Ils ont réuni des passages successifs chez le chat et la chèvre et ont obtenu ainsi un virus fixe parfaitement adapté à l'organisme de ces animaux et amenant pour cet animal la mort le sixième ou le septième jour. Chez le lapin, Remlinger et Bailly ont réussi, à côté de l'inoculation intracérébrale, des inoculations par intradermique, sous-cutanée, intrapéritonéale, intramusculaire, intraconjonctivale et intranasale.

D'autre part, ils ont recherché les effets de l'ingestion du virus herpétique. Après ingestion de bile, suivant la méthode de Besredka : sur 10 lapins ayant ingéré le virus herpétique, 5 d'entre eux, préparés par la bile, sont morts, tandis que les 5 autres, non préparés par la bile, ont survécu.

Remlinger et Bailly ont fait d'autres recherches sur la diffusibilité du virus; sur l'action du mélange du virus rabique et herpétique. Ils ont comparé enfin le virus marocain aux souches européennes; d'une façon générale, le virus marocain s'est montré plus actif et plus neurotrope.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

DYSENTERIES

Efficacité de l'arsénobenzol dans le traitement et la prophylaxie de l'amibiase. (Paul RAVAUT, *Presse méd.*, 21 avril 1926, n° 32, p. 497.) — Poursuivant ses recherches sur le traitement de l'amibiase au moyen des arsénicaux administrés par voie buccale, l'auteur préfère au narsénol et au stovarsol, l'*arsénobenzol* (606) en comprimés de 0g10 donnés à la dose de 0g20 à 1 gramme par vingt-quatre heures. Son action parasiticide est remarquable; Ravaut a pu en constater l'efficacité chez un malade atteint de dysenterie chronique, qui, neuf ans après sa première atteinte conservait encore des kystes d'amibes et de Lamblia dans les selles malgré tous les traitements. Ceux-ci disparurent après l'ingestion répétée d'arsénobenzol. Si dans les formes aiguës de l'amibiase, le traitement par injection s'impose, c'est au traitement par voie buccale qu'il faut recourir pour obtenir la disparition des kystes dans les formes prolongées chroniques et pour le traitement préventif de l'amibiase, dont l'efficacité a été contrôlée chez l'homme par Ravaut et Petzetakis.

R. KOURILSKY.

Diagnostic des arthrites dysentériques. (A. BESSON et G. EHRINGER, *Paris médic.*, 30 octobre 1926, n° 44, p. 399.) — Ni les données cliniques, ni les recherches de laboratoire ne permettent, dans la majorité des cas, de poser le diagnostic de rhumatisme dysentérique. Besson et Ehringer proposent de pratiquer la recherche de l'agglutination au moyen du liquide articulaire. De leurs observations, d'ailleurs peu nombreuses, il semble résulter que l'agglutination du bacille de Flexner est un phénomène banal, mais, qu'au contraire, l'agglutination du bacille de Shiga possède une valeur réelle pour le diagnostic de rhumatisme dysentérique, car elle ne se retrouve dans les cas témoins (arthrites d'autre cause).

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

INFECTIONS TYPHIQUES, PARATYPHIQUES

Sur un cas de néphro-typhus. Résultats comparatifs de la biliculture et de l'uroculture. (P. CARNOT, E. LIBERT et M. BARIÉTY. *Paris méd.*, 25 sept. 1926, n° 39, p. 243.) — Observation de fièvre typhoïde ayant débuté comme une néphrite hématurique d'apparence primitive. L'hémoculture et l'uroculture permirent d'identifier le bacille d'Eberth. Au bout de onze jours, chute brusque de la température et guérison complète sans séquelles rénales. La biliculture est restée positive plus longtemps que l'uroculture : le bacille d'Eberth s'est d'abord éliminé par les urines, produisant le tableau de néphrite hématurique, puis, plus tardivement mais de façon plus prolongée, par la bile.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Un nouveau bacille du groupe paratyphique. (H. R. MAC CORDOCK [de Baltimore]. *John Hopkins hosp. Bull.*, déc. 1925, t. XIV, p. 412.) — L'auteur décrit un nouveau bacille du groupe paratyphique, caractérisé par une action élective sur le rhamnose, qu'il fait fermenter en vingt-quatre heures. Les épreuves d'agglutination montrent qu'il s'agit d'un germe bien individualisé, pathogène pour la souris, le lapin, le cobaye et surtout le rat. L'auteur propose de le nommer *Salmonella muriotitis* en raison de cette action pathogène élective.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Les abcès de la rate d'origine typhoïdique. (Ch. MOREL, C. DAMBRIN et J. TAPIE. *Ann. de méd.*, janv. 1926, t. XIX, n° 1, p. 5.) — A propos d'une observation personnelle qu'ils détaillent tout au long, les auteurs ont recherché la fréquence des abcès de la rate dans la typhoïde. Ils insistent sur la grande rareté de ceux-ci, puisqu'ils n'ont pu en relever qu'une trentaine de cas. Ils en font le tableau clinique : apparition à des dates variables allant du troisième septénaire à plusieurs semaines ou même plusieurs mois après la guérison apparente de la maladie; symptomatologie assez imprécise, réalisant le plus souvent le tableau d'un abcès sous-phrénique gauche. Pronostic très grave quand l'abcès est abandonné à lui-même, mais guérison habituelle par intervention précoce, ce qui fut le cas dans l'observation rapportée par les auteurs. Une bibliographie très complète termine ce mémoire.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

MELITOCOCCIE

Fièvre ondulante due au « Brucello abortus ». (C. Carpenter et H. Merriaen. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 16 oct. 1926, t. LXXXVII, n° 16, p. 1269.) — Les auteurs rapportent deux observations de fièvre ondulante causée par le *Brucello abortus*, microbe très voisin du *Micrococcus melitensis*, mais qui ne donne habituellement que des épizooties. Dans un cas, l'origine lactée put être mise en évidence.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

POLIOMYÉLITE

Cuti-réaction de la poliomyélite. (E. C. Rosenow. *Journ. of inf. dis.*, Chicago, juin 1926, t. XXXVIII, p. 529.) — L'auteur décrit une cuti-réaction obtenue avec une culture fraîche d'un streptocoque spécial qui, inoculé au lapin, produit une paralysie flasque. La culture, tuée par addition de phénol et de tricrésol, donne un antigène fixe : 1/10 de centimètre cube de la dilution au 1/100 de celui-ci, en injection intradermique, ne provoque aucune réaction chez les sujets convalescents de poliomyélite. La réaction est souvent positive, au contraire, chez les sujets indemnes de poliomyélite. Il y aurait donc là une réaction analogue à la réaction de Dick dans la scarlatine.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

La réaction des précipitines dans la poliomyélite. (E. C. Rosenow. *Journ. of inf. dis.*, juin 1926, t. XXXVIII, p. 532.) — Etude de la réaction de précipitation provoquée par un sérum de cheval immunisé au contact de streptocoque de sujets sensibles à l'infection poliomyélitique. L'auteur attache une grande importance à cette réaction pour la prophylaxie de la maladie.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

PNEUMOCOCCIES

L'état des cavités nasales dans la pneumonie lobaire. (A. Felty et Heatley [de Baltimore]. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 17 avril 1926, t. LXXXVI, n° 16, p. 1195.) — Les auteurs ont fait, chez 16 pneumoniques, en opérant aseptiquement, des ensemencements du contenu de la cavité nasale et des sinus sur sang de lapin gélosé. Ils ont inoculé, d'autre part, les produits recueillis par ce prélèvement, dans le péritoine de la souris. Ils ont vérifié l'agglutination aux sérums expérimentaux des pneumocoques ainsi isolés et ont étudié parallèlement les pneumocoques de l'expectoration; 11 malades dont 7 n'avaient jamais eu de pneumonie et 4 une pneumonie antérieure servirent de témoins : chez 2 d'entre eux seulement, anciens pneumoniques, on isola du nez un pneumocoque.

Au contraire, chez les 16 pneumoniques observés, les auteurs trouvèrent un pneumocoque ayant les mêmes caractères que le pneumocoque trouvé dans l'expectoration. Chez 15 de ces malades observés au *speculum nasi* on trouva de l'hyperémie de la muqueuse nasale et chez 6 d'entre eux des signes de sinusite aiguë vérifiée sous le contrôle de l'examen radiologique. Les auteurs tirent argument de ce fait pour affirmer la fréquence de la sinusite à l'origine de la pneumonie lobaire.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

OREILLONS

Immunité locale vis-à-vis des oreillons. (A. Cramer. *Revue méd. de la Suisse romande*, 25 déc. 1925, t. XLV, p. 893.) — Observation d'un cas d'oreillons, localisé exclusivement au niveau de la glande sublinguale, chez un sujet ayant eu treize ans auparavant une première atteinte d'oreillons typiques, avec la localisation habituelle à la parotide et à la sous-maxillaire. L'auteur admet que ces dernières glandes avaient subi une immunité locale, ce qui explique leur intégrité lors de la récidive et la localisation, exceptionnelle, à la sublinguale. Il y a là, d'après Cramer, une démonstration de la possibilité de l'immunisation locale de certains tissus, par contact avec un virus pour lequel ils sont réceptifs.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Sur l'étiologie des oreillons. (Y. Kermorgant. *Ann. de méd.*, mars 1926, t. XIX, n° 3.) — Résumé des recherches entreprises par Kermorgant sur la bactériologie des oreillons et dont la description détaillée se trouve dans sa thèse.

Kermorgant a utilisé comme matériel d'inoculation ou d'ensemencement le culot de centrifugation du liquide ayant servi à laver la cavité buccale de sujets atteints d'oreillons. Inoculant ce produit chez des sujets, il a obtenu la reproduction expérimentale de la maladie au bout de sept à douze jours.

D'autre part, ensemençant une partie du culot de centrifugation dans un milieu à base de sérum de cheval, Kermorgant a constaté la présence d'une culture abondante d'un spirochète spécial se développant en association avec une bactérie. Il fut impossible d'obtenir des cultures isolées de spirochètes. Ce spirochète, inoculé dans le testicule du singe, provoque chez lui une infection ourlienne à foyers multiples. La présence de la bactérie paraît nécessaire pour obtenir dans les milieux le développement du spirochète. Ce dernier est filtrable. Sa bactérie est totalement dépourvue de pouvoir pathogène.

Le sérum des anciens malades atteints d'oreillons possède des propriétés agglutinantes et lysantes vis-à-vis de ce spirochète.

Comme conclusion pratique, Kermorgant préconise le traitement arsénical des oreillons étant donné la nature parasitaire du germe isolé par lui. Expérimentalement, en traitant les animaux inoculés par les novarsénobenzols, il assiste à une véritable fonte de l'orchite.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

La spécificité de la maladie rhumatismale. (F. Bezançon et M.-P. Weil. *Ann. de méd.*, fév. 1926, t. XIX, n° 2, p. 81.) — Dans ce premier article d'un numéro des *Annales de médecine*, entièrement consacré à la « Maladie rhumatismale », le professeur Bezançon avec M.-P. Weil, pose la question de la nature exacte du rhumatisme articulaire aigu. Ce dernier « est une pyrexie entièrement indépendante de la diathèse rhumatismale, et qui ne nécessite pas plus un terrain arthritique qu'une arthrite gonococcique ou tuberculeuse ». Toutefois, si l'on peut affirmer la nature infectieuse de la maladie rhumatismale, toutes les tentatives pour en déceler le germe sont restées vaines.

Aussi a-t-on fait, en ce qui concerne sa nature, les hypothèses les plus variés. Bezançon et Weil rappellent l'opinion de Singer pour qui il faudrait incriminer le streptococcus viridans. Il résume la conception amygdalienne du rhumatisme articulaire aigu, émise en premier lieu en Allemagne par Meyer et qui est abondamment reprise par les auteurs américains.

La question de la contagiosité, posée en France par Grenet pendant la guerre, a été reprise récemment en Amérique par S. Lawrence et par Falkner et White. Bezançon et Weil, de leur côté, des résultats d'une statistique personnelle, tirent des conclusions analogues, le rhumatisme articulaire aigu est particulièrement fréquent dans l'entourage des malades atteints, dans les familles de rhumatisants. Il existe certainement une contagiosité de la maladie rhumatismale, contagiosité d'ailleurs discrète et assez difficilement décelable.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

La maladie rhumatismale, cardiopathie chronique à poussées successives sur le système séreux. (F. Bezançon et M.-P. Weil. *Ann. de méd.*, fév. 1926, t. XIX, n° 2, p. 92.) — Le professeur Bezançon expose ici sa conception personnelle du rhumatisme articulaire aigu, conception assez différente des idées classiques. Suivant lui, la maladie rhumatismale « est une maladie chronique à poussées ». La cardiopathie en est la localisation capitale, les poussées fluxionnaires des séreuses, articulaires ou autres, n'ayant que la valeur d'épisodes aigus auxquels on ne saurait réduire le processus rhumatismal.

A l'appui de cette manière de voir, Bezançon invoque les arguments suivants :

Tout d'abord, la crise douloureuse rhumatismale a une évolution en général lente et prolongée, et non pas aiguë et éphémère. Son aspect clinique l'apparente à la poussée évolutive tuberculeuse ou encore au paludisme et à la syphilis.

En second lieu, la cardiopathie est la manifestation capitale de la malade. A un degré quelconque, elle est constante;

au moins dans sa détermination myocardique. Qu'il s'agisse d'atteintes myocardique, péricardique et endocardique, la « cardite rhumatismale », suivant l'expression de Bezançon, est essentiellement lente et progressive.

Au point de vue lésionnel, elle a une tendance constante vers la sclérose et la symphyse.

A cette constance et à cette chronicité de la cardiopathie, s'appuie non seulement la fugacité, mais l'inconstance des lésions articulaires, non seulement chez l'enfant, mais même chez l'adulte. Dans bien des cas même, elles sont absentes, et la cardiopathie est la seule manifestation de l'affection. Bezançon rapporte un certain nombre d'observations caractéristiques à ce point de vue. Dans bien des cas enfin, alors que la cardiopathie continue à évoluer, les manifestations articulaires sont depuis longtemps éteintes.

Quelle est donc la nature des poussées articulaires fluxionnaires qui viennent émailler l'évolution de la maladie rhumatisante? Bezançon a tendance à les considérer comme l'effet d'un déséquilibre humoral, analogue aux crises articulaires de la maladie des séreuses, et, comme les premières, symptomatiques d'une « hypersensibilité allergique » survenant chez les sujets porteurs de l'infection rhumatismale.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

La lésion nodulaire spécifique de la myocardite rhumatismale. (M. LETULLE, F. BEZANÇON, et M.-P. WEIL. *Ann. de méd.*, fév. 1926, t. XIX, n° 2, p. 117.) — Les auteurs retracent l'historique de la description des nodules d'Aschoff et Tawara. Ils insistent sur le fait qu'ils ne semblent pas être l'apanage exclusif du cœur chez les rhumatisants.

L'étude expérimentale de ceux-ci a été poursuivie par de nombreux auteurs. Les efforts réitérés pour la reproduire chez l'animal sont arrivés à des résultats variables, mais contradictoires. Quant à l'évolution histologique de ceux-ci, le point essentiel est qu'ils ont une tendance constante à évoluer vers la sclérose.

Les auteurs apportent une importante contribution à la description anatomique des nodules d'Aschoff, en rapportant ici l'observation d'une malade suivie pendant plus de quatre ans, n'ayant présenté qu'une seule crise articulaire, et chez qui, à l'autopsie, ils trouvent tous les caractères de la myocardite nodulaire rhumatismale qu'ils purent étudier de façon la plus précise. Leur description, illustrée de figures nombreuses et remarquables montre que les formations nodulaires rhumatismales ont tendance à dissocier progressivement le tissu myocardique et à entraîner à la fois la sclérose interstitielle et la dégénérescence des fibres musculaires, comme si le virus inconnu de la maladie rhumatismale restait inclus à l'intérieur des nodules et poursuivait de façon continue une œuvre de destruction. Cette inflammation nodulaire se complique donc d'une prolifération giganto-cellulaire des fibres musculaires striées (cellules géantes musculaires) suivis de la ségrégation des éléments myoblastiques élaborés par la cellule géante. La séquelle de toutes ces mutilations est représentée par la cicatrice scléreuse de la gangue interstitielle.

Ce tissu de cicatrice d'autre part, et ceci est un point très important, paraît être un point d'appel pour les germes « rhumatogènes », et un terrain favorable au développement de nouveaux nodules.

On retrouve la même évolution lésionnelle dans l'épicarde et jusqu'au sein des masses scléreuses de la symphyse péricardique. La présence de multiples foyers nodulaires d'âge différent au sein des placards scléreux du cœur permet de penser qu'ils représentent, en quelque sorte, le « gîte » du virus rhumatismal.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

L'aortite rhumatismale. (F. BEZANÇON et M.-P. WEIL. *Ann. de méd.*, fév. 1926, t. XIX, n° 2, p. 175.) — Observation d'une malade atteinte à quatorze ans d'une maladie rhumatismale et chez qui, à l'âge de vingt et un ans, se développa, à l'occasion d'un processus rhumatismal subaigu, un tableau d'aortite, avec dilatation cylindroïde du vaisseau. Cette aortite, après une phase de développement aigu, s'installa de manière définitive mais cependant évolutive, comme le montrèrent deux examens radioscopiques à vingt mois de distance qui firent constater le caractère progressif de la lésion.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

La cortico-pleurite-rhumatismale. (F. BEZANÇON et M.-P. WEIL. *Ann. de méd.*, fév. 1926, t. XIX, n° 2, p. 184.) — Il n'existe, suivant les auteurs, aucun caractère pathognomonique de la nature rhumatismale d'une cortico-pleurite. L'aspect clinique et même les résultats de l'examen cytologique n'arrivent pas toujours à la distinguer de la cortico-pleurite tuberculeuse avec laquelle elle a bien des points de ressemblance. Le diagnostic est d'autant plus délicat que, chez un rhumatisant, il peut se développer une pleurésie tuberculeuse présentant l'aspect « en galette » et un liquide riche en cellules endothéliales. Aussi, en présence d'un tableau de cortico-pleurite il faut toujours songer au rhumatisme articulaire aigu et se souvenir que les arthralgies qui accompagnent la détermination pleurale peuvent être extrêmement fugaces et légères.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 31 JANVIER 1927)

Sur les actions chimiques des radiations. — M. A. GARGAM DE MONTCETZ.

Sur la sensibilité de quelques réactifs de l'hydrogène sulfuré gazeux. — M. M. WILMET.

Sur le noyau phosphoré de la caséine. — M. S. POSTERNAK.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1927)

Sur les platyspondylies. — M. LANCE (rapport de M. Sorrel). Le professeur Putti a indiqué que le spina bifida vertébral s'accompagnait parfois d'un étalement somatique, et il a dénommé la lésion « Platyspondylie ». M. Lance montre que cet aplatissement congénital du corps vertébral peut exister en dehors de tout spina, soit limité à 1,2 vertèbres, soit, au contraire, généralisé à tout le rachis comme il l'a observé dans deux cas. La connaissance de ces faits peut avoir une grande importance dans le diagnostic radiographique du mal de Pott et des cancers vertébraux.

A propos du drainage à la Mickulicz. — M. LECÈNE, pour répondre à M. J.-L. FAURE, s'élève contre l'extension illimitée du Mickulicz, dont il reconnaît d'ailleurs l'utilité et les bienfaits et qu'il a lui-même employé à l'occasion; mais il trouve que l'on n'a pas assez insisté sur ses inconvénients et ses dangers (éventration, occlusions post-opératoires, hémorragies secondaires), et qu'il vaut mieux faire une hémostase soignée, des sutures et des péritonisations bien faites, plutôt que de terminer un peu hâtivement ses opérations, en comptant trop sur le Mickulicz pour éviter les complications.

M. Lecène n'est pas adversaire du Mickulicz, mais il voudrait que l'on évite d'en faire une panacée et qu'on ne l'utilise que dans des cas bien définis.

Invagination intestinale. — M. CADENAT présente une nouvelle observation d'invagination du grêle chez un homme de quarante-quatre ans. Guérison après intervention en deux temps.

A propos des tumeurs mélaniques. — M. MOURE rapporte l'observation, au nom de M. CHAUVENET (de Thouars) et de Mlle DUBREUIL, d'un cas de tumeur mélanique de l'orteil, traitée par excisions partielles et successives (le malade ayant refusé l'amputation) et suivie de mort après trois mois. M. MOURE étudie la pathogénie et le traitement de ces tumeurs extrêmement malignes; il est très difficile de préciser le moment où un nævus banal se transforme en tumeur maligne; il faut, en tout cas, éviter l'excision localisée de la tumeur, le radium et les rayons X ont semblé inefficaces, c'est peut-être l'électrolyse qui donnerait les meilleurs résultats.

Traitement des nœvo-carcinomes des membres par la diathermo-coagulation. — M. RAVAUT, à propos du rapport de M. Moure, apporte sa statistique intégrale portant sur 30 cas traités par la haute fréquence en l'espace de quatre années : quatre malades sont morts depuis l'intervention ; vingt-six autres sont en cours de traitement ou guéris ; chez certains, la guérison date de plus de deux ans. M. Ravaut estime qu'on est à peu près sûr de guérir un nœvo-carcinome limité avant sa généralisation par la diathermo-coagulation. Il montre ensuite une série de projections indiquant les très beaux résultats obtenus dans différentes formes de nœvo-carcinomes.

MM. MOCQUOT et DELBET prennent part à la discussion qui suit ces communications.

Rupture traumatique de l'urètre. — M. DUROSEL (d'Angoulême) (rapport de M. Baumgartner) a opéré d'urgence un homme de cinquante et un ans, atteint de rupture de l'urètre, par cystostomie, cathétérisme rétrograde, incision périnéale et suture bout à bout de l'urètre. Guérison.

Sténose sous-vatérienne du duodénum chez l'adulte. — M. GRÉGOIRE revient sur cette intéressante question de ces lésions qui sont plus fréquentes qu'on ne le croit. Il insiste sur la difficulté du diagnostic qui, bien souvent, n'est fait qu'au cours de l'acte opératoire ; la gastro-entérostomie est, dans ces cas, une mauvaise opération qui doit être évitée, car après elle la stase et la rétention duodénale persistent ; au contraire, la duodéno-jéjunostomie donne presque toujours d'excellents résultats.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1926)

Crises d'angiospasme avec érythromélalgie et manifestations angineuses d'origine névraxitique probable. — MM. VEDEL, PUECH et CHARDONNEAU. Une malade de dix-sept ans présente des crises douloureuses d'abord continues, localisées du côté gauche du corps et accompagnées de fièvre, d'herpès, de délire et de diplopie, puis paroxystiques et localisées au membre supérieur gauche. Ces dernières s'accompagnent parfois d'algies précordiales du type angine nervo-motrice avec tachycardie, abolition de l'indice oscillométrique au bras gauche, parfois d'érythromélalgie de la main gauche. Ces troubles évoluent sur un terrain sympathicotonique et névropathique ; une anesthésie cutanée généralisée, cornéenne et pharyngée, sont la signature de cet état. Il faut aussi signaler l'influence de la suggestion sur l'apparition des crises.

Les auteurs discutent l'origine encéphalitique du syndrome, le rôle du spasme artériel et du système sympathique sur le déterminisme de ces manifestations paroxystiques, l'importance respective du trouble, du trouble fonctionnel et de l'hystérie.

A propos de la pathologie des hanches en porte-à-faux. Deux observations de coxa valga congénitale. — MM. MASSABUAU et GUIBAL. Chez ces deux enfants, l'observation clinique révèle des troubles qui, apparus dès les premiers pas, s'accusaient progressivement : boiterie légère, douleur de la hanche accusée par la fatigue.

Dans les deux cas la radiographie révèle que les rapports normaux entre tête fémorale et cotyle sont faussés : désorientation de la tête par hypo-inclinaison et hyperdéclinaison du col ; dans une observation se surajoute un léger agrandissement du cotyle.

Les auteurs soulignent :

1° Ces arthralgies tenaces des hanches en porte-à-faux ;

2° Leur prédisposition au développement des arthrites chroniques.

M. ETIENNE se demande si ces malformations ne sont pas l'expression locale d'une dystrophie générale du squelette. Il emploie volontiers l'opothérapie et doit de très beaux résultats à l'emploi prolongé de l'extension continue.

M. MOURGUES-MOLINES précise les causes d'erreur dans le diagnostic radiologique de la coxa valga. A propos des observations présentées, il demande que l'un des malades soit suivi et périodiquement radiographié, dans l'hypothèse du développement ultérieur possible d'une ostéochondrite.

Sur les phénomènes qui se produisent pendant la coagulation du blanc d'œuf de poule. — M. J. DE REY-PAILHADE, qui a préludé à ses travaux nombreux et bien connus sur la biologie du soufre par sa thèse de Montpellier (1885) *Sur la Formation d'hydrogène sulfuré dans l'organisme à la suite d'ingestion de soufre*, montre que le blanc d'œuf, coagulé en milieu légèrement acide par l'acide acétique salé ou non, contient une substance possédant une chaîne libre SH, et qu'au contraire le blanc d'œuf coagulé en milieu non acide, salé ou non, ne contient plus cette chaîne. L'auteur suggère une explication en rapport avec ses travaux antérieurs.

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1926)

A quel moment doit-on tenter chez un tuberculeux pulmonaire le pneumothorax artificiel? — M. BAILLET (de Nîmes) montre, d'après plusieurs statistiques et notamment une statistique personnelle de 47 cas, que le pneumothorax artificiel doit être réservé aux tuberculeux pulmonaires unilatéraux et que ses résultats dépendent d'une manière absolue de l'intensité et de l'évolution de la maladie. Ceux-ci sont précaires dans les cas évolutifs avec fièvre, au contraire chez les subfébriles et les apyrétiques on peut obtenir des guérisons durables. C'est au début de la maladie que doivent être mis en œuvre les moyens les plus efficaces, et plus particulièrement le pneumothorax artificiel. Cette méthode a non seulement l'avantage de guérir des lésions au début, mais d'abréger considérablement la durée de la cure sanatoriale.

Quelques expériences sur l'eau de boisson épurée par autojavellisation imperceptible (système de Ph. Bunau-Varilla). — MM. J. BLANC et BLANCHARD (de Carcassonne). Quatre séries d'expériences ont montré aux auteurs les faits suivants : la destruction des colibacilles par l'autojavellisation est instantanée et complète. L'hypochlorite n'intervient qu'au début de l'opération d'une manière quasi foudroyante et l'eau conserve pendant quelques heures un pouvoir stérilisant actif, en moyenne 100 à 300 colibacilles par litre. De plus, cette action antiseptique continue à s'exercer avec de l'eau de rivière légèrement troublée. Cette méthode est applicable à toutes les canalisations ; elle est simple (pas de neutralisation secondaire, pas de dosage de matières organiques), elle est la moins dangereuse.

Les formes psychiques des périviscérites digestives. — MM. PAGÈS, EUZIÈRE et F. JAULMES considèrent que certaines manifestations psychiatriques, admises comme complication des périviscérites digestives, sont en réalité assez constantes pour qu'on puisse les considérer comme réalisant un état mental propre à ce genre d'affection.

Quelquefois, les troubles psychiques dominent la scène clinique ; alors on a affaire aux formes psychiques des périviscérites. Deux formes sont à considérer : la plus fréquente est la forme de psychasthénie hypocondriaque avec paroxysmes anxieux ; plus rarement on observe un état de dépression mélancolique.

Ces troubles, importants à rattacher à leur vraie cause, relèvent quelquefois d'une auto-intoxication, plus fréquemment d'une irritation des plexus nerveux abdominaux.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1926)

Un nouveau cas de lipio-diagnostic artériel. — MM. BAILLAT et LAPASSET rapportent l'observation d'une gangrène sénile dans laquelle l'examen oscillométrique paraissait légitimer l'amputation de la jambe au tiers supérieur. Après injection intraartérielle de lipiodol on constata l'arrêt de cette substance dans le tronc tibio-péronier, à la hauteur du col du péronée.

L'examen anatomique a permis de vérifier l'exactitude des résultats fournis par le lipio-diagnostic.

Syndrome hémibulbaire consécutif à une hémorragie. — MM. Daunic et R. Sorel montrent une pièce d'autopsie sur laquelle on peut voir une hémorragie localisée à la région latérale droite du bulbe. La malade, grande hypertendue, avait présenté, au cours de son ictus, une paralysie de l'hémivoile et un syndrome sympathique du côté de la lésion, de l'hémianesthésie du côté opposé. Un mois auparavant, elle avait été hospitalisée pour une paralysie faciale périphérique qui avait rétrocédé et que les auteurs attribuent à une syncope artérielle localisée au noyau du facial.

Endocardite maligne. (*Présentation de pièces.*) — MM. Daunic et R. Sorel.

Paralysie diphtérique grave méconnue au cours d'une infection staphylococcique. — M. Izard présente une observation de paralysie diphtérique grave ayant atteint le voile du palais, les cordes vocales et les membres. La distribution des troubles moteurs surtout marqués sur les fléchisseurs, l'existence de troubles de la sensibilité profonde et d'une forte réaction méningée permettaient d'affirmer l'atteinte médullaire. La radiothérapie des renflements cervical et dorso-lombaire de la moelle a fourni une amélioration rapide.

(Séance du 8 janvier 1927)

Endocardite maligne à évolution lente. (*Présentation de malade.*) — MM. Jean Tapie, Louis Morel et Ricalens rappellent, à propos de cette malade, la symptomatologie si caractéristique de la maladie d'Osler; ils insistent sur le rôle des petites infections d'origine génitale dans le déterminisme de cette affection.

Un cas d'hydronéphrose congénitale. — MM. Martin et Planques présentent une pièce opératoire d'hydronéphrose congénitale dans laquelle on voit l'uretère s'insérer très haut dans le bassinet. L'absence d'autres causes apparentes permet, suivant la conception de Bazy, de rattacher l'hydronéphrose à l'abouchement vicieux de l'uretère.

Renouvellement du bureau pour l'année 1927. — Président : M. le professeur Serr; vice-président : M. le professeur Gorse; secrétaire général : M. le professeur agrégé Jean Tapie; trésorier : M. le docteur Timbal; secrétaire des séances : M. A. Lyon.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES INJECTIONS DE SALICYLATE DE SOUDE

Monsieur le Directeur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Mon cher Directeur,

Dans le n° 2 du 5 janvier 1927, sous le titre « Actualités » le docteur R. Levent, dans une monographie des plus intéressantes : « Les injections de salicylate de soude », formule les indications, contre-indications et la technique de ce merveilleux agent thérapeutique, par voie intraveineuse et intramusculaire.

J'ai publié, il y a bientôt trois ans, dans le *Concours médical*, le résultat d'une pratique des injections intraveineuses, de ce médicament, pratique vieille de plus de dix ans, dont je n'ai qu'à me louer; que je n'ai jamais abandonnée et dont, depuis, j'ai élargi les indications.

J'emploie plus spécialement le salicylate de soude en injections intraveineuses, dans le rhumatisme articulaire aigu, subaigu, l'iritis, le lumbago, certaines sciatiques, etc.

Sauf le sérum glucosé qui n'existe pas dans les ampoules

dont j'ai donné la formule à mon fournisseur, ma posologie, ma technique sont sensiblement les mêmes que celles indiquées par le docteur Levent.

Je suis heureux de voir un clinicien de sa valeur, insister pour propager une méthode thérapeutique sûre, fidèle et à peu près sans accident, si l'on a le soin de procéder à ces injections avec les précautions d'usage et une extrême lenteur quand il s'agit de la voie intraveineuse. Au préalable, il faut s'assurer de l'état de perméabilité des reins, précaution qui ne saurait d'ailleurs être négligée, même par « ingestion ».

C'est là du reste une recommandation depuis longtemps faite par Germain Sée, Dujardin-Beaumetz et Hallopeau l'auteur je crois, de l'article « rhumatisme » dans le *Dechambre* ou le *Jaccoud* — qu'on ne lit hélas plus! où, pourtant il y a de bien bonnes choses à glaner — pas plus d'ailleurs qu'on ne lit les *Cliniques de Trousseau*.

J'espère que mon distingué confrère ne verra pas dans cette petite note, une réclamation, si minime soit-elle, d'un droit de priorité. Je n'y ai aucun droit.

Ce mode d'emploi du « salicylate de soude », appartient à un confrère dont le nom et le lieu de publicité m'échappent, publication bien antérieure à la guerre (1910-1912?).

Je me contente d'apporter au docteur Levent et à vos lecteurs, l'appui d'une expérience heureuse de plus de dix ans, portant sur au moins 200 observations recueillies dans mon petit hôpital « La Joliette ».

Croyez, mon cher Directeur, à l'expression des sentiments les meilleurs d'un très ancien lecteur assidu et collaborateur de la *Gazette des hôpitaux*. Dr LOP.

NOTES POUR L'INTERNAT

INDICATIONS, TECHNIQUE & ACCIDENTS DE LA TRANSFUSION DU SANG

La transfusion du sang est actuellement une intervention courante qui reconnaît trois grands ordres d'indications :

A. CHIRURGICALES

a. L'indication de beaucoup la plus fréquente est l'*hémorragie*. On emploiera la transfusion dès que l'état général sera inquiétant, le pouls rapide. Il ne faut pas attendre; la transfusion donnant de véritables résurrections là où toutes les autres médications échouent.

b. Dans les soins pré et postopératoires. — Elle est un facteur de succès dans les interventions chirurgicales graves (goitre toxique, fibrome, cancer) lorsqu'il s'agit d'opérer des malades profondément anémiés.

Elle constitue, d'autre part, un traitement de choix du shock opératoire.

B. MÉDICALES

a. *Diathèses hémorragiques* (hémophilie, hémogénie).

b. *Syndromes hémorragiques toxiques ou infectieux graves.*

c. *Anémies.* — Chlorose, anémies de la convalescence des maladies infectieuses (rhumatisme articulaire aigu, fièvre typhoïde), anémies tuberculeuses, cancéreuses).

d. *Intoxications exogènes* (empoisonnement aigu par les champignons, l'oxyde de carbone).

C. OBSTÉTRICALES

En obstétrique la transfusion peut rendre les plus grands services :

a. *Dans les hémorragies* (hémorragies de la délivrance, hémorragies postabortum, rupture de grossesse extra-utérine).

b. *Infection puerpérale.*

c. *Accidents toxémiques de la grossesse* (vomissements incoercibles).

Dans l'éclampsie grave, on peut avoir recours à la transfusion après saignée copieuse préalable).

d. *Hémorragies du nouveau-né.*

Quantité de sang. — La quantité la plus habituelle varie entre 300 et 400 centimètres cubes. C'est une quantité « omnibus » que l'on peut prélever sans crainte d'accidents pour le donneur.

Dans certains cas, ce chiffre pourra être plus élevé; dans les anémies, au contraire, on emploie la méthode des petites transfusions sanguines (80, 100 centimètres cubes) que l'on répète.

Technique. — Comporte plusieurs temps.

1° **Choix du donneur.** — Examiner le sujet afin de rejeter les syphilitiques, les paludéens, etc.

2° **Examens des sangs.** — Il faut que le sang du donneur ne soit pas toxique pour le sang du receveur, et *vice versa.*

Il faut déterminer le *groupe du donneur* et *celui du malade.* C'est le point capital.

Cette détermination se fait pratiquement au moyen de la réaction de *Beth Vincent.*

Il suffit d'avoir deux groupes étalons II et III.

On dépose sur deux lames une goutte de chaque sérum (à chaque extrémité de la lame). On note à l'encre.

Dans un premier temps, on prélève une goutte de sang du donneur par piqûre du doigt et on mélange une première goutte avec le sérum II. On prélève une seconde goutte de sang avec l'extrémité opposée du vaccinostyle que l'on mélange avec le sérum III.

On agit de même pour le receveur avec la deuxième lame. On imprime des mouvements de balancement à chaque lame de façon à empêcher la sédimentation des globules rouges, et à faire rouler ceux-ci les uns sur les autres pour amorcer l'agglutination.

On attend quelques instants et l'on examine les lames. Plusieurs cas sont à envisager.

1° Les hématies sont agglutinées par le sérum II et III, le sujet est du groupe I. C'est un groupe exceptionnel, 2 p. 100. Le groupe des receveurs universels et des plus mauvais donneurs (il ne peut donner qu'au groupe I).

2° Les hématies sont agglutinées par le sérum III et non par le sérum II. Le sujet est du groupe II (45 p. 100).

3° Les hématies sont agglutinées par le sérum II et non par le sérum III. Le sujet est du groupe III (16 à 25 p. 100).

4° Les hématies ne sont agglutinées ni par le sérum II, ni par le sérum III, le sujet est du groupe IV.

Connaissant le groupe du receveur et du donneur présumé, il est facile de savoir s'il y a ou non compatibilité sanguine.

En effet : d'une part, le groupe IV est le groupe des donneurs universels 40 p. 100, très fréquent.

D'autre part, *dans son propre groupe un sujet peut toujours donner et recevoir.*

Lorsqu'on manque de groupe sanguin, ou lorsqu'on a le temps de le faire, on pratiquera la réaction de Jeanbrau. On prélève un peu de sang du receveur, on recueille le sérum, et on le met en contact avec le sang du donneur présumé. S'il n'y a pas agglutination, les deux sangs sont compatibles; dans le cas contraire, ils sont incompatibles, car :

Les *accidents sont dus à l'agglutination des globules rouges du donneur sain par le sérum du receveur malade.*

Dans la recherche des groupes sanguins, il faut savoir distinguer la *fausse agglutination*, de l'agglutination vraie. Cette dernière se *fait rapidement*, donne de beaux amas épais avec des plages *claires*, la première ne se fait que secondairement, est toujours moins nette. (*A suivre.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Samedi 19 février. — Jury : MM. Lejars, président; Lecène, Basset et Mauclaire. — M. Droux (Paul). Radiographie du col fémoral. — M. Berson (J.). Traitement des hémorragies par le citrate de soude.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Jury : MM. Ménétrier, Bruhl, Garnier, Aubertin, Loeper, Michel, Foix, Faure-Beaulieu, Lian, Labbé, Brouardel et Pinard.

Censeurs : MM. Weissenbach, Tinel, M.-P. Weill, Henri Bénard, Caïn, May, Gautier et Binet.

HÔPITAL DE SAINT-DENIS (SEINE). — *Résultats du concours de l'internat* (janvier 1927). — Questions sorties à l'épreuve écrite : « Diagnostic des arthrites chroniques du genou. — Signes et diagnostic de l'anévrisme de la crosse de l'aorte. »

Ont été nommés : internes titulaires, MM. Vezin, Luthereau et Maureau ; interne provisoire : M. Autissier.

HÔPITAL DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — Un concours pour la nomination à deux places d'internes titulaires et à quatre places d'internes provisoires aura lieu le jeudi 17 mars, à 9 h. du matin, à l'hôpital de Saint-Germain.

Les candidats doivent être français et ne pas être âgés de plus de 28 ans.

Pièces à fournir. — Acte de naissance, certificat de bonnes vie et mœurs, certificat de scolarité d'une faculté de médecine (12 inscriptions) ou certificat de l'Assistance publique attestant que le candidat a été externe des hôpitaux pendant un an, certificat du Chef de service.

Durée des fonctions : deux ans. Les internes titulaires et provisoires jouissent, au point de vue du stage, des mêmes avantages que les internes des hôpitaux de Paris.

Traitement : 1.800 fr. ; indemnité de cherté de vie, 1.200 fr. Les internes sont nourris, logés, chauffés, éclairés ; entrée en fonctions : 1er avril 1927.

Renseignements à l'hôpital, tous les jours non fériés, de 14 à 17 h.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le concours des médecins du cadre des Asiles publics d'aliénés, fixé primitivement au 28 mars 1927, est reporté au lundi 25 avril 1927.

POUR L'ACCROISSEMENT DE LA NATALITÉ. — L'Alliance nationale pour l'accroissement de la famille française vient d'adresser à tous les parlementaires une lettre dans laquelle elle attire leur attention sur la lenteur qui caractérise l'accroissement des naissances en France, alors que l'Allemagne et l'Italie continuent à gagner près de 500.000 habitants par an. L'Alliance demande aux députés et sénateurs de voter, au cours de la session actuelle, les mesures suivantes :

« Modification de la contribution de la patente, de façon que le droit proportionnel ne soit plus calculé que sur la valeur locative des locaux servant à l'exercice de la profession, à l'exclusion des locaux d'habitation qui sont d'autant plus vastes que le contribuable a plus d'enfants ;

Généralisation des primes départementales à la natalité, actuellement en vigueur dans 67 départements, mais que 23 conseils généraux se refusent encore à établir, avec fixation du minimum de la prime à 3.000 fr. ;

Extension à tous les impôts cédulaires de la déduction à la base qui est accordée aux chefs de famille nombreuse dans la seule cédule des traitements et salaires ;

Réduction des droits de succession là où ils apparaissent comme manifestement exagérés, notamment pour les successions en ligne directe et entre frères et sœurs ;

Libération anticipée de toute obligation militaire pour les pères de famille nombreuse, qui sont actuellement versés dans la dernière classe de la deuxième réserve ;

Institution, par la loi sur les assurances sociales, de pensions d'orphelins, versées aux veuves d'assurés ayant au moins trois enfants. »

Il est probable que les revendications de l'Alliance nationale seront prochainement l'objet d'un examen de la part du groupe de défense de la famille et de la natalité de la Chambre.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le Service de la statistique a enregistré pendant la 3e décade, du 21 au 31 janvier 1927, 1.404 décès, au lieu de 1.443 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.446, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, au lieu de 8 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 33, au lieu de 31 pendant la décade précédente (moyenne 27).

La variole et la varioloïde ont causé 1 décès; 3 cas nouveaux ont été déclarés par les médecins; au lieu de 2 pendant la décade précédente (moyenne 0).

Vérification faite, 2 cas de variole ou varioloïde ont été confirmés. — 8 cas de varicelle ont été signalés.

La rougeole a causé 30 décès, au lieu de 23 pendant la décade précédente (moyenne 12). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 126, au lieu de 105 pendant la décade précédente (moyenne 186).

La scarlatine a causé 3 décès, au lieu de 5 pendant la décade précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 119; il s'élevait à 103 pendant la décade précédente (moyenne 61).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'ennoncer la mort de M. le docteur J. Curtillet, doyen honoraire et professeur à la Faculté d'Alger. Né à Lyon en 1863, M. Curtillet était professeur agrégé à la Faculté de médecine de sa ville natale, quand il fut chargé, en 1897, du cours de clinique chirurgicale à l'Ecole d'Alger. Il devint professeur au moment de la transformation de l'Ecole en Faculté, et il occupa avec distinction les fonctions de doyen de 1914 à 1922. Il était officier de la Légion d'honneur.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs André Chavane (de Paris); Denis (de Combourg), Jacquemet, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble; Jean Douillet, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble; le médecin inspecteur Dupard (du cadre de réserve); Adrien Vignerot (de Paris); Rovsing, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Copenhague.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE PATHOLOGIE MÉDICALE (professeur : M. SICARD). — Deux cours de perfectionnement auront lieu en mars et en mai 1927, sous la direction du professeur Sicard, avec la collaboration de M. Robineau, chirurgien de l'hôpital Necker, et de MM. Contremoulins, Forestier, Gally, Gaugier, Haguenau, Leroux, Paraf.

Premier cours. — Ce cours concernant le lipiodiagnostic et la lipiothérapie, aura lieu du 22 mars au 7 avril 1927, à 14 h. 30, à l'hôpital Necker, 151, rue de Sèvres.

Deuxième cours. — Ce cours concernant le traitement des algies et le traitement des varices, aura lieu du 2 au 13 mai 1927, à l'hôpital Necker, à 14 h. 30.

CONFÉRENCES. — M. le professeur Miguel Ozorio de Almeida, de l'Université de Rio de Janeiro (Brésil), fera une conférence en français, au grand amphithéâtre de la Faculté, le mardi 22 février 1927, à 21 h., sur « La physiologie tropicale ».

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Services des docteurs BENSAUDE, LE NOIR et Félix RAMOND.) — *Cours de gastro-entérologie*, du 2 au 27 mai 1927. — PROGRAMME. — Du 2 au 9 mai, docteur Bensaude, assisté des docteurs André Cain, Terrial, Paul Meyer et Marchand : Œsophagoscopie (projections). — Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique. — Gastroscopie (projections). — Diagnostic et traitement des dysenteries chroniques. — Les traitements électrothérapiques des affections anorectales. — Rectoscopie (projections).

Du 9 au 14 mai, docteur F. Ramond, assisté des docteurs Ch. Jacquelin et Zizine : Interrogation et examen clinique, radiologique techinique du dyspeptique. Le pH gastrique. — Les grands symptômes et les grands syndromes gastriques. — Les gastrites. La métaplasie gastrique. — L'acrophagie. — Les dyspepsies secondaires et réflexes. Les dyspepsies nerveuses. — Régimes et médications.

Du 16 au 21 mai, docteur Le Noir, assisté des docteurs Brodin, Carvaille, R. Gaultier, Gilson, Savignac et Taillandier : Ulcère gastro-duodénal (diagnostic, pronostic, traitement). — Estomac biloculaire. — Linite plastique et cancer de l'estomac. — Atonie gastrique et ptoses abdominales. — Périgastrites et périduodénites. — Traitement hydrominéral des affections gastriques.

Les conférences auront lieu tous les jours, à 9 h. 1/2.

Le cours est gratuit.

Travaux pratiques pendant la durée des cours (exercices cliniques, chimiques et radiologiques).

Droits d'inscription : 200 fr. — Se faire inscrire dans les services des docteurs Bensaude, Le Noir et Ramond. — Un certificat d'assiduité sera délivré, sur demande, aux auditeurs du cours et des travaux pratiques.

Un voyage d'instruction à Vichy et à Châtel-Guyon sera organisé les 26 et 27 mai. Nombre de places limité.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — MALADIES DES OS ET DES ARTICULATIONS ET MALADIES NERVEUSES. — M. André Léri, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis, fait le mardi matin, à 9 h. 1/2, dans son service, une consultation sur les maladies des os et des articulations et les maladies du système nerveux.

Le vendredi matin, examen des malades anciens.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 21 AU 26 FÉVRIER 1927)

THÈSES

Lundi 21 février. — Jury : MM. Couvelaire, président; Gosset, Ecalle et Hovelacque. — M. POTELUNE (P.). L'influence de l'hérédo-syphilis maternelle. — M. BORDAS (P.). Etude des capsules du rein et des tissus périrénaux.

Mercredi 23 février. — Jury : MM. Legueu, président; Lemierre, Abrami et Mathieu. — M. AVRAM (A.). Etude sur le traitement de la tuberculose uro-génitale. — M. WEYLAND. Etude du syndrome de Mikulicz.

Jeudi 24 février. — Jury : MM. Gilbert, président; Bezançon, Carnot et Guillain. — M. GHICK (E.). A propos d'une observation de pleurésie adhésive. — M. PRUVOST (M.). Complications nerveuses de la varicelle. — M. GUIRAUD (G.). Etude sur le néphro-typhus. — M. BASCOURRET (M.). Les troubles vasculaires du tabes.

Jury : MM. Lejars, président; Vaquez, Roussy et Mocquot. — M. GAUTIER (Jean). Etude sur les kystes séreux de l'abdomen. — M. MICHOT (A.). Cancer de l'appendice. — M. DURAND (Paul). Endo-artérite oblitérante de l'artère pulmonaire. — M. DROUINEAU (M.). Sur un cas de sympathome embryonnaire.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Ménétrier, Duval, Robin, Dechambre, Henry, Nicolas, Coquot, Moussu et Petit. — M. DERVAUX. L'échinococcose des carnivores domestiques. — M. DUMESTRE. Disponibilité en viandes de Madagascar. — M. BUSSINGER. De l'entérocenthèse par voie pelvienne chez le cheval. — M. LECHAPTOIS. Etude sur la race bovine normande.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE CLINIQUE DES HÉMIPLÉGIES ORGANIQUES DE L'ADULTE

Par le docteur J. PÉRISSON,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef de clinique à la Faculté de médecine.

L'hémiplégie est un syndrome caractérisé par la paralysie d'une moitié du corps. Elle peut être produite par un grand nombre de lésions. Mais, dans la presque totalité des cas, elle succède à une atteinte du neurone moteur central; car c'est seulement au niveau du faisceau pyramidal, dont le diamètre est très restreint, qu'une lésion isolée, même minime, est capable de provoquer une hémiplégie. On peut d'ailleurs constater des hémiplégies partielles même dans les lésions encéphaliques. En effet, au niveau du cortex les cellules pyramidales sont étagées sur une grande surface; une atteinte limitée de l'écorce ne peut causer qu'une monoplégie et une lésion rolandique assez étendue est indispensable pour entraîner la paralysie de toute une moitié du corps.

Les conditions nécessaires à la production d'une hémiplégie sont encore plus difficiles à réaliser lorsqu'il s'agit de lésions du neurone moteur périphérique; celles-ci doivent en effet être très nombreuses et rester strictement unilatérales. Or, il n'existe aucune raison anatomique ou physiologique favorisant cette limitation. C'est pourquoi il est tout à fait exceptionnel d'observer des formes hémiplégiques de la poliomyélite antérieure aiguë ou des polynévrites. Presque toujours l'hémiplégie relève d'une lésion encéphalique.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie dépend en grande partie de la nature et du siège de la lésion. Le tableau clinique le plus typique est constitué par l'hémiplégie capsulaire que nous aurons surtout en vue dans cette description.

I. **DÉBUT**. — Le mode de début varie avec la nature de la lésion et constitue une notion très importante pour le diagnostic étiologique.

Dans quelques cas, la paralysie s'installe d'*une façon lente et régulièrement progressive*, l'hémiplégie ne devenant évidente qu'au bout de plusieurs semaines, voire même de plusieurs mois.

Ordinairement, le début est moins insidieux; il est brusque ou très rapidement progressif. Dans tous les cas il peut être précédé de *prodromes* consistant en céphalée, en paresthésies, en parésie transitoire au niveau d'un des membres qui vont être paralysés. Que ces prodromes aient été présents ou non, l'*installation de l'hémiplégie peut être absolument soudaine* et marquée par un *ictus apoplectique* suivi d'un coma plus ou moins prolongé. Ou bien le sujet ne perd pas connaissance et assiste conscient à la formation subite de sa paralysie; parfois c'est le matin au réveil qu'il en constate l'existence. Enfin, il peut arriver que le début, bien que rapide, soit moins soudain et se fasse par *à-coups successifs et rapprochés*.

L'évolution ultérieure diffère suivant le mode de début. L'hémiplégie à début brusque représente la forme la plus typique : après une période de coma, la paralysie passe par une phase de flaccidité, à laquelle succède toujours, dans le cas d'hémiplégie capsulaire que nous décrivons, une phase de spasmodicité.

II. **PÉRIODE DE COMA**. — Nous n'insisterons pas sur les caractères bien connus du coma hémiplégique : facies vultueux, qui peut au contraire être pâle dans certaines circonstances, respiration stertoreuse..., etc. Il est plus important de savoir déceler dès ce moment les signes de l'hémiplégie.

Ceux-ci sont parfois évidents. Il en est ainsi quand le malade « *fume la pipe* », la joue étant soulevée à chaque expiration du côté paralysé; ou quand il y a *déviation conjuguée de la tête et des yeux*, le sujet regardant sa lésion suivant la loi de Vulpian-Prévost. Il y aurait cependant, d'après Landouzy et Grasset, deux exceptions à cette règle : le sujet regarderait ses membres paralysés quand il y a contracture précoce et quand la lésion est mésocéphalique.

L'examen attentif révèle d'autres signes moins frappants : les membres paralysés soulevés au-dessus du plan du lit retombent plus inertes que ceux du côté sain. Mais la différence n'est pas toujours nette lorsque le coma est profond. Il en est de même de la diminution des réflexes tendineux qui semblent parfois abolis des deux côtés. La constatation de l'*absence unilatérale du réflexe cornéen* ou de l'*abolition des réflexes cutanés abdominaux* (signe de Rosenbach), symptômes sur lesquels a insisté Milian, et surtout la *constatation d'un signe de Babinski ou réflexe cutané plantaire en extension*, obtenu par excitation du bord externe de la plante du pied, (Guillain et Barré) ont une grande valeur. Malheureusement ces troubles sont parfois bilatéraux, probablement parce que l'hémisphère sain se trouve comprimé par l'hémisphère malade. La même remarque peut être faite au sujet des réflexes d'automatisme médullaire, en particulier au sujet du *phénomène des raccourcisseurs*, mouvement de retrait des trois segments du membre inférieur obtenu par excitation cutanée de ce membre ou par hyperflexion provoquée des orteils; ce phénomène existe parfois des deux côtés. Les réflexes d'automatisme peuvent se retrouver au membre supérieur; ils sont l'origine des mouvements involontaires décrits sous le nom de *contractions hormétoniques* par Davidenkoff, sous le nom d'*hyperkinésies réflexes* par M. Claude; d'après cet auteur, leur constatation indiquerait la probabilité d'une lésion pyramidale incomplète et serait par conséquent d'un bon pronostic.

Dans des cas très rares, l'ictus peut entraîner l'apparition d'une inégalité pupillaire; et, lorsqu'on peut s'assurer que celle-ci n'existait pas auparavant, elle peut donner une indication qui n'est pas à négliger : pendant le coma, ainsi que l'ont montré Klippel et M.-P. Weil, il y a toujours *myosis du côté hémiplégique*.

Lorsque le coma n'est pas absolument complet, les excitations douloureuses provoquent de légères réactions de la part du malade et il arrive que l'on constate une différence suivant le côté irrité. Dans certains cas, lorsqu'on excite le côté malade, le sujet porte la main à la région symétrique du côté sain : c'est le phénomène de l'*allochirie*. Parfois aussi l'excitation du côté malade, lorsqu'il est hyperalgésique et atteint seulement de parésie, est suivi d'un mouvement spécial : la main du côté atteint se porte à la tête et s'y applique; c'est là une réaction complexe qui serait un mouvement automatique supé-

rieur, auquel Babinski et Jarkowski ont donné le nom d'*automatergie* (1).

Tous ces signes sont inconstants; et l'asymétrie n'est pas toujours facile à déceler, surtout quand le coma est profond. Lorsque celui-ci se prolonge, au bout de deux ou trois jours environ, on peut constater un signe de grande valeur : c'est l'apparition de l'*hyperthermie* du côté paralysé, constituant le premier et le plus objectif des troubles sympathiques sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir.

III. **PÉRIODE D'HÉMIPLÉGIE FLASQUE.** — La paralysie devient évidente dès que le malade est sorti du coma, de un à quatre jours environ après l'ictus.

L'aspect de l'hémiplégie flasque est vraiment caractéristique. Le malade, incapable de mouvoir les membres du côté atteint, présente une ASYMÉTRIE APPARENTE DE LA FACE qui paraît élargie du côté malade et dont la partie inférieure semble déviée vers le côté sain : en particulier, la commissure labiale, abaissée du côté hémiplégique, est tirée en haut du côté opposé. La bouche ouverte prend la forme d'une raquette à grosse extrémité située du côté sain, ce qui constitue la *déviation oblique ovalaire* de Pitres. La langue, tirée hors de la bouche, dirige sa pointe vers le côté hémiplégique, par suite de la paralysie du génio-glosse de ce côté et de l'action du stylo-glosse du côté opposé. Le sujet ne peut ni souffler, ni siffler, ni même gonfler les joues. Le *signe du peaucier* est facile à mettre en évidence au niveau du cou. Par contre, l'occlusion des yeux paraît se faire normalement et il faut un examen attentif pour constater que l'occlusion de l'œil du côté paralysé se fait avec une énergie moindre, qu'elle est impossible isolément (signe de Revillod) et que les rides du front sont un peu moins marquées de ce côté. Néanmoins, l'intégrité relative du facial supérieur contrastant avec l'atteinte marquée du facial inférieur représente le meilleur caractère de la paralysie faciale centrale. Cette particularité serait due, d'après Broadbent, à ce que l'orbiculaire et le frontal qui ont une action synergique recevraient une innervation bilatérale; d'après Mirallié, à ce que les fibres du facial supérieur et celles du facial inférieur suivraient un trajet différent entre l'écorce et le noyau protubérantiel.

Les mouvements oculaires paraissent indemnes; mais Mirallié et Desclaux, en déviant avec des prismes la vision d'un œil, ont constaté que les muscles moteurs des yeux ont leur puissance diminuée proportionnellement à la paralysie des membres.

Dans les cas où celle-ci est complète, une inspection attentive montre un aplatissement des muscles de la cuisse (*signe de la cuisse large*) et un affaissement unilatéral de la paroi abdominale, relevant de l'hypotonicité musculaire. Cette hypotonicité devient évidente pour peu qu'on cherche à mobiliser les membres paralysés, qui ne résistent pas et paraissent absolument flasques. De ce fait, les mouvements passifs acquièrent une amplitude exagérée : c'est ainsi qu'il y a *hyperflexion passive de l'avant-bras sur le bras* (Babinski), hyperflexion et hyperextension passives du poignet et des doigts.

D'ailleurs, même en cas de paralysie marquée, il est de règle de constater que des mouvements peu étendus deviennent possibles dans les muscles de la hanche et du moignon de l'épaule, ce qui met en évidence la prédominance de la paralysie à l'extrémité des membres.

Cette prédominance devient plus manifeste lorsqu'il s'agit seulement d'hémiparésie. C'est alors que l'on peut étudier aisément, grâce à l'examen de la motilité spontanée et de la résistance opposée par le sujet aux mouvements provoqués, la localisation élective de la paralysie bien mise en lumière par Wernicke et Mann. D'une façon générale, elle prédomine à l'extrémité distale. En particulier, elle paraît maxima à la main, où sont surtout gênés les mouvements compliqués du pouce et les mouvements des interosseux (*signe de l'écartement des doigts de Barré*). Pour le reste, au niveau du MEMBRE SUPÉRIEUR, la paralysie intéresse principalement les *allongeurs*, c'est-à-dire les muscles du plan d'extension. Les autres muscles sont moins atteints, en sorte que le malade est encore capable de serrer un objet dans la main, de fléchir l'avant-bras, de rapprocher le bras du thorax. L'hypotonie des extenseurs peut être mise en évidence par le *signe de Raimiste*; si on met l'avant-bras et la main en position verticale et si on abandonne ensuite la main à elle-même, celle-ci se fléchit brusquement sur l'avant-bras. L'hypotonie des muscles supinateurs est elle-même prédominante par rapport à celle des pronateurs, ce qui explique la tendance de la main à se mettre en pronation (*signe de la pronation* de Babinski).

Au MEMBRE INFÉRIEUR, la paralysie frappe surtout les *raccourcisseurs*, conformément à la loi de Pierre Marie. La faiblesse des fléchisseurs de la jambe se révèle facilement par le *signe de Barré* (2) : le sujet couché sur le ventre est incapable de maintenir la flexion à angle droit de la jambe sur la cuisse du côté hémiplégique. L'extension de la jambe et la flexion plantaire du pied restent possibles même en cas de paralysie accentuée, si bien que le sujet devient le plus souvent capable de marcher. Mais par suite de la paralysie du moyen fessier et des adducteurs, par suite aussi de la prédominance de la paralysie à l'extrémité distale, le membre décrit pendant la marche un mouvement de circumduction; il *fauche* (Todd). La marche latérale est normale, si c'est le côté paralysé qui avance; elle est plus difficile dans le cas contraire, car le bord interne du pied râcle sur le sol (Shuller). C'est également pendant la marche qu'on observe, tout comme dans les syndromes parkinsoniens, la disparition des mouvements actifs accessoires, tels que le balancement du bras. D'autre part, si le sujet qui avance tourne brusquement sur lui-même, le bras malade s'écarte du tronc plus que celui du côté sain (Babinski).

Au niveau du tronc, l'hémiplégie ne se manifeste guère que par une diminution de l'ampliation thoracique pendant les inspirations forcées, ce qui constitue le *signe d'Egger*.

L'examen complet du système nerveux montre que la diminution initiale des réflexes tendineux, laquelle pouvait être bilatérale, a disparu et que, dans la grande majorité des cas, les réflexes sont exagérés du côté paralysé. Le signe de Babinski, qui pouvait lui aussi être bilatéral, pendant le coma, existe seulement de ce côté, ainsi que les réflexes d'automatisme médullaire qui deviennent moins intenses et tendent à disparaître. On peut remarquer également l'*abolition du phénomène normal de l'avant-bras*, consistant en un mouvement automatique de flexion de l'avant-bras lorsqu'on pratique la flexion passive et forcée des doigts et de la main (Léri).

A ces troubles moteurs peuvent s'associer des

TROUBLES SENSITIFS, qui sont rares dans l'hémiplégie capsulaire que nous décrivons et dont la constatation a une valeur pour le diagnostic topographique, comme nous le verrons dans la suite.

Il est beaucoup plus constant d'observer des **troubles sympathiques,** dont l'intensité est généralement proportionnelle à celle de la paralysie motrice et dont l'ensemble réalise, à cette phase d'hémiplégie flasque, un syndrome auquel nous avons donné le nom de *syndrome hyperthermique* (3). Ce syndrome est constitué par l'*hyperthermie*, que nous avons vu apparaître dès le coma, quand celui-ci se prolonge, et qui atteint 2, 3 degrés et même davantage au niveau des extrémités, en particulier de la main, où les troubles prédominent. L'hyperthermie coexiste toujours avec une *hypertension artérielle* portant surtout sur l'indice oscillométrique qui peut être considérable et un peu sur le chiffre de la pression maxima qui dépasse parfois de 1 à 2 unités le chiffre mesuré en un point symétrique du côté sain. A côté de ces deux éléments capitaux, on constate encore une *diminution dans la durée de la tache blanche*, un *aplatissement de la raie vaso-motrice*, une certaine *faiblesse du réflexe pilo-moteur et de la sécrétion sudorale*, une *rapidité plus grande de l'absorption locale*. Toutes ces perturbations relèvent de la paralysie végétative et constituent une véritable HÉMIPLÉGIE SYMPATHIQUE FLASQUE. Dans les cas où elles sont très marquées, la vaso-dilatation paralytique est visible à l'inspection, qui permet de constater une *cyanose* des extrémités avec dilatation apparente des vaisseaux superficiels, et il existe généralement un *œdème* souvent considérable du côté paralysé dû à la transsudation séreuse et prenant le godet digital comme l'œdème asystolique ou rénal. Sa production peut bien être favorisée par l'existence de lésions du cœur et des reins (Pierre Marie, Loeper et Crouzon, Mirallié). Mais il peut exister sans qu'il y ait de lésions semblables (Rimbaud et Roger, Gombault); et la précocité d'apparition de l'œdème hémiplégique ne peut s'expliquer que par la paralysie vaso-motrice.

IV. PÉRIODE D'HÉMIPLÉGIE SPASMODIQUE. — Dans le cas typique d'hémiplégie capsulaire que nous décrivons, l'hémiplégie ne reste pas flasque. Si elle ne guérit pas, elle évolue vers la *spasmodicité*, qui apparaît ordinairement de un à trois mois après le début de la paralysie et se caractérise par trois éléments capitaux : la contracture; l'exagération considérable des réflexes; la présence de syncinésies.

A. La **contracture** frappe avec prédilection les antagonistes des muscles les plus paralysés, à tel point que les attitudes de l'hémiplégie spasmodique découlent facilement des notions exposées à propos de la localisation élective de la paralysie flasque.

Il est *exceptionnel qu'elle atteigne la face,* laquelle apparaît alors déviée du côté sain. Elle est toujours beaucoup plus accentuée au membre supérieur qu'au membre inférieur, si bien que l'hémiplégique peut rester un impotent complet du membre supérieur avec seulement une impotence relative du membre inférieur permettant la marche dans la grande majorité des cas.

Au MEMBRE SUPÉRIEUR, *la contracture affecte spécialement les fléchisseurs*, imprimant au membre l'attitude classique : le bras est rapproché du tronc, avec l'épaule tombante, l'humérus en très légère abduction et rotation interne; l'avant-bras est fléchi sur le bras et en pronation; le poignet est en hyperflexion; les doigts sont fortement fléchis dans la paume de la main et recouvrent parfois le pouce immobilisé en adduction et en opposition. En cas de paralysie très marquée, les seuls mouvements possibles sont des mouvements de faible amplitude du bras, qui ne se passent d'ailleurs pas dans l'articulation scapulo-humérale, mais se font grâce à un déplacement de l'omoplate.

Au MEMBRE INFÉRIEUR, *la contracture se fait en extension* : tout le membre est dans la rectitude, avec le pied en faible rotation interne et les orteils légèrement fléchis à l'exception du gros. La démarche en fauchant devient tout à fait caractéristique; elle peut être très gênée par l'équinisme du pied, le malade n'avançant qu'à tout petits pas, posant d'abord la pointe du pied, puis le talon qui s'applique sur le sol sous l'influence du poids du corps.

Il est très rare que l'on observe une contracture en sens inverse. Cependant on a décrit un *type en extension au membre supérieur*, extension d'ailleurs incomplète; car, si l'avant-bras est étendu sur le bras, la main et les doigts sont toujours fléchis. De même on a pu observer une *contracture en flexion au membre inférieur* (Brissaud) : dans certains cas il s'agit d'une contracture d'habitude chez un malade confiné au lit; plus rarement l'attitude en flexion relève du mécanisme cutanéo-réflexe décrit par Babinski dans les paraplégies en flexion et se voit chez des sujets présentant des réflexes d'automatisme médullaire particulièrement marqués.

La contracture de l'hémiplégique a une intensité variable. Elle est exagérée par la fatigue et par le froid qui augmentent l'impotence du malade. Il semble qu'elle ne se produise que sous un certain angle, ainsi que tend à le prouver le phénomène de la *griffe mécanique* : en glissant l'index entre les doigts fléchis de la main paralysée, on remarque que la pression des doigts s'exagère si on relève la main, au lieu qu'elle se relâche lorsqu'on fléchit l'avant-bras sur le bras.

La pathogénie de la contracture a été très discutée. A l'heure actuelle il semble établi qu'elle résulte de l'action démesurée des centres tonigènes libérés du contrôle modérateur exercé normalement par la voie pyramidale.

B. **L'exagération des réflexes tendineux** devient considérable. Non seulement ces réflexes acquièrent une amplitude exagérée, mais encore ils deviennent POLYKINÉTIQUES, c'est-à-dire composés d'une série de secousses au lieu du mouvement unique dont se compose le réflexe normal. En outre ils sont DIFFUSÉS, c'est-à-dire que l'excitation irradie hors des limites normales et obtient une réponse non seulement dans le muscle dont le tendon est irrité par la percussion, mais encore dans des territoires musculaires indépendants. Par exemple on peut obtenir la contraction des adducteurs du côté malade par percussion du tendon rotulien du côté opposé (*réflexe contro-latéral des adducteurs* de Pierre Marie) ou par percussion du tubercule du scaphoïde du même côté.

Le polykinétisme des réflexes s'accompagne, lorsqu'il est très marqué, d'un phénomène auquel on a donné le nom de CLONUS OU TRÉPIDATION SPINALE : il consiste en oscillations successives et régulières

d'un segment de membre provoquées par la mise en tension d'un muscle ou d'un groupe de muscles et durant tout le temps que l'on prolonge la mise en tension. On connaît surtout le *clonus du pied*, obtenu par flexion dorsale du pied, et *celui de la rotule* déterminé en abaissant brusquement cet os dans la direction du pied. On peut voir aussi, lorsque la contracture est intense, un *clonus de la main*, produit en imprimant à cette dernière des mouvements alternatifs soit de flexion et d'extension, soit de pronation et de supination. Il importe de distinguer avec Babinski le clonus véritable de la fausse trépidation spinale que l'on peut obtenir chez un sujet normal : on ne doit conclure à l'existence d'un clonus vrai et par conséquent pathologique que lorsqu'il est provoqué les muscles étant en état de relâchement complet, c'est-à-dire les segments du membre étant en demi-flexion, lorsqu'on peut le reproduire indéfiniment et enfin lorsque l'étendue et le rythme du mouvement clonique sont toujours identiques. Le clonus du pied peut parfois se montrer spontanément quand le malade pose le pied à terre et constituer un obstacle important à la marche.

A côté des troubles des réflexes tendineux, il faut signaler un phénomène assez souvent rencontré dans l'hémiplégie spasmodique : la percussion du dos du pied entraîne la flexion des orteils au lieu de l'extension normale. C'est le *signe de Mendel-Betcherew*.

En ce qui concerne les **réflexes cutanés**, le signe de Babinski est particulièrement évident. L'extension du gros orteil s'accompagne souvent d'un *mouvement réflexe d'abduction des orteils*, surtout du quatrième et du cinquième, mouvement qui peut exister seul et possède alors la même valeur que l'extension du premier orteil : comme lui, il indique une lésion pyramidale. L'excitation cutanée plantaire entraîne également chez l'hémiplégique spasmodique un *réflexe du fascia lata nettement exagéré*, dont la constatation à côté d'un signe de Babinski douteux possède une certaine valeur; car elle permet d'affirmer qu'il s'agit bien d'un mouvement réflexe de l'orteil et non d'un mouvement volontaire. Le signe de Babinski n'est pas toujours très net en effet, particulièrement lorsque le pied est froid; il suffit alors de réchauffer ce dernier par immersion dans l'eau chaude pour que le phénomène de l'extension du gros orteil devienne très apparent.

Dans d'autres cas, au contraire, ce phénomène est tout à fait net et peut s'obtenir par d'autres excitations que celle de la plante du pied. C'est ainsi qu'on peut le faire apparaître par friction énergique de la peau de la face interne de la jambe, ce qui constitue le *signe d'Oppenheim*. On peut également provoquer une extension du gros orteil en même temps qu'un mouvement de flexion dorsale du pied par le pincement de la peau de la partie antérieure du cou-de-pied (Babinski); par le pincement du tendon d'Achille et c'est alors le *réflexe antagoniste de Schaeffer*; par compression forte des muscles du mollet, ce qui réalise le *réflexe paradoxal de Gordon*. Parfois même l'extension du premier orteil peut être déterminée par l'excitation de n'importe quel point de la surface cutanée du côté hémiplégique; mais le fait a été observé par Guillain et Dubois surtout dans l'hémiplégie infantile. Dans ce cas, d'ailleurs, il est habituel que l'extension de l'orteil devienne permanente sans qu'une excitation soit nécessaire pour la produire (Sicard, Marinesco).

On a même signalé la possibilité d'un *réflexe plantaire contro-latéral* (Parrhon et Goldstein, Klippel et Weil), consistant en un mouvement réflexe du côté malade par excitation plantaire du côté sain; ce mouvement est parfois une extension du gros orteil; mais le plus souvent c'est une flexion, alors que cependant il existe un signe de Babinski de ce côté. Enfin, Fairbanks et Kidel ont noté une forme spéciale de réflexe contro-latéral : on constate une absence de réaction à l'excitation du pied paralysé, alors que l'excitation plantaire du côté sain produit une réaction en extension du côté malade. Ces faits sont d'ailleurs rares et leur valeur séméiologique est impossible à fixer actuellement.

Les modifications des autres réflexes cutanés ont moins d'importance. Ordinairement abolis au début de l'hémiplégie, les réflexes abdominaux sont susceptibles de reparaître à la période de contracture. Il convient de signaler la présence possible, au niveau du membre supérieur, du *réflexe du pouce* consistant en un mouvement réflexe d'adduction de ce doigt produit par l'excitation cutanée avec un objet mousse de la région hypothénarienne de la main tenue en extension sur l'avant-bras. Ce signe, déjà signalé par Foix, est considéré par Juster (5) comme un équivalent du signe de Babinski à la main.

C. Un troisième caractère de l'hémiplégie spasmodique est représenté par la présence de **Mouvements associés ou syncinésies**, surtout évidents quand la paralysie est incomplète. Ces syncinésies consistent en mouvements involontaires qu'exécutent les membres hémiplégiés quand le sujet fait des efforts des muscles du côté sain. Parmi les trois aspects de syncinésies isolés par Pierre Marie et Foix, les *syncinésies d'imitation*, consistant en mouvements involontaires du membre malade semblables aux mouvements volontaires du membre sain ne se constatent guère dans l'hémiplégie. Par contre, on peut voir des mouvements de *syncinésie globale* intéressant tout le côté hémiplégique et surtout des **syncinésies de coordination** réalisées par l'association à la contracture volontaire de certains muscles d'une contraction involontaire de muscles fonctionnellement synergiques. On observe, en particulier au MEMBRE INFÉRIEUR, une *syncinésie de raccourcissement*; le malade est incapable d'exécuter isolément un des trois éléments de raccourcissement du membre : flexion de la cuisse, flexion de la jambe, flexion dorsale du pied; toute tentative s'accompagne en somme d'un mouvement de triple retrait. C'est à cette syncinésie de raccourcissement que doivent être rattachés quelques signes bien connus : le *signe de la flexion combinée de la cuisse et du tronc* (Babinski), lequel peut parfois se compliquer d'un mouvement des orteils s'écartant les uns des autres (*signe de l'éventail* de Dupré, plus fréquent dans l'hémiplégie infantile); le *signe de Néri*, réalisé par l'impossibilité dans laquelle se trouve le malade debout de pouvoir fléchir le tronc en avant sans fléchir en même temps le genou paralysé; le *signe de Caccipuoli*, caractérisé par ce fait que le sujet debout et voulant s'asseoir fléchit le genou paralysé avant le genou sain; le *phénomène du jambier antérieur de Strümpell*, consistant en l'impossibilité dans laquelle se trouve le malade couché sur le dos et faisant effort pour fléchir sa jambe d'empêcher un

mouvement de rotation en dedans du pied correspondant avec élévation de son bord interne.

Parmi les autres syncinésies de coordination du membre inférieur, nous signalerons les *signes de l'adduction et de l'abduction syncinétiques des membres inférieurs* décrits par Raimiste et obtenus au niveau du membre malade lorsqu'on s'oppose au mouvement du membre sain; le *phénomène de l'opposition complémentaire de Hoover* constitué par ce fait que le sujet couché et voulant soulever un membre inférieur applique de façon exagérée le talon opposé sur le plan du lit; c'est là une exagération bilatérale dans l'hémiplégie spasmodique d'un phénomène normal, au lieu que dans l'hémiplégie flasque l'opposition complémentaire est nulle quand le malade veut soulever le membre sain, et exagérée dans le cas contraire. Quant au *signe de Grasset et Gaussel*, il se voit aussi bien dans l'hémiplégie flasque et ne représente pas d'ailleurs une syncinésie puisqu'il consiste en l'impossibilité de soulever simultanément les deux membres inférieurs, alors que l'élévation isolée du membre parésié est possible.

Au MEMBRE SUPÉRIEUR, le *signe de Sterling* représente l'équivalent du phénomène de l'adduction et de l'abduction associées, décrit par Raimiste, au membre inférieur. D'autre part, si le sujet essaie de porter son membre paralysé en abduction, lorsque celui-ci arrive à l'horizontale, on voit les doigts s'écarter les uns des autres; c'est le *signe des interosseux* de Souques. Si l'on essaie de redresser lentement et doucement les quatre derniers doigts repliés dans la paume de la main, on observe un mouvement de flexion du pouce; c'est le *phénomène du pouce* de Klippel et M.-P. Weil.

A côté de ces syncinésies, il convient de placer les *mouvements involontaires associés à des efforts psychiques*, tels que la réflexion, l'acte de parler, observés récemment dans l'hémiplégie par Babinski et Jarkowski (6), déjà signalés par Pierre Marie et Crouzon, par Sainton et Remak.

D. **Troubles sympathiques.** — Nous avons vu que, dans des cas très rares, une *inégalité pupillaire* pouvait être provoquée par la lésion même ayant entraîné l'hémiplégie. Dans ces mêmes cas, elle persiste à la phase spasmodique; mais Klippel et M.-P. Weil ont constaté qu'elle change alors de sens et que la mydriase initiale est remplacée par du myosis du côté paralysé.

On observe dans l'hémiplégie spasmodique des troubles sympathiques beaucoup plus fréquents que cette inégalité pupillaire, puisqu'ils sont pour ainsi dire constants. Leur ensemble réalise un syndrome inverse de celui qui a été décrit dans l'hémiplégie flasque; nous lui avons donné le nom de *syndrome hypothermique*. L'*hypothermie*, qui peut atteindre et dépasser 2 ou 3 degrés, l'*hypotension artérielle*, qui porte surtout sur l'indice oscillométrique et un peu sur la maxima, constituent les signes majeurs. D'autre part, on observe une *prolongation dans la durée de la tache blanche*, un *état urticarien de la raie vaso-motrice*, une *exagération du réflexe pilo-moteur*, une *augmentation de la sécrétion sudorale*, un *ralentissement de l'absorption locale*. L'examen du sang recueilli localement montre une *hyperglobulie avec hyperleucocytose* (Sicard et Guillain).

Quand l'asymétrie thermique est très accentuée, on observe généralement de l'*œdème cyanotique* du côté paralysé; mais il n'a plus les mêmes caractères que l'œdème de la période initiale. C'est un œdème intermittent, n'apparaissant plus que pendant les périodes de froid; c'est un œdème dur et élastique ne prenant pas le godet digital.

Ce syndrome est produit par l'excitation sympathique, cause de vaso-constriction, et relève de la libération des centres végétatifs médullaires délivrés par la lésion cérébrale du contrôle des centres encéphaliques. Il mérite le nom d'HÉMIPLÉGIE SYMPATHIQUE SPASMODIQUE et reconnaît en somme la même pathogénie que la contracture musculaire. C'est précisément parce que le mécanisme pathogénique est identique que les troubles sympathiques de cet ordre sont surtout marqués dans les hémiplégies qui s'accompagnent d'une grosse contracture.

Le parallélisme des troubles moteurs et des troubles sympathiques est donc absolu dans les cas typiques. Cependant les *troubles sympathiques sont en retard sur les troubles moteurs*. Nous avons déjà vu que l'hémiplégie sympathique flasque ne se manifestait que plusieurs jours après l'ictus. De même la transformation du syndrome hyperthermique en syndrome hypothermique est plus tardive que l'apparition de la contracture musculaire. Ce retard tient à ce fait que les muscles lisses ont une action beaucoup plus lente que les muscles striés.

Enfin, dans certains cas, le parallélisme évolutif se trouve rompu et le syndrome de paralysie sympathique se prolonge alors que l'hémiplégie motrice est devenue spasmodique. Cette anomalie tient à une localisation lésionnelle spéciale ainsi que nous aurons l'occasion de le voir. C'est dans les faits où le syndrome sympathique reste flasque que l'on observe les œdèmes persistants accompagnés de troubles trophiques pouvant réaliser la *main succulente* de Gilbert et Garnier, les *arthropathies* douloureuses (épaule, poignet, genou, etc.), les *amyotrophies* précoces et considérables. La pathogénie de ces amyotrophies a été discutée : les auteurs en font une conséquence, soit des arthropathies (Darschkewitch), soit de l'ischémie des muscles paralysés (Muratow), soit de l'épuisement dynamique des cellules motrices de la moelle (Joffroy et Achard), soit d'une lésion des centres trophiques cérébraux (Quincke). Quoi qu'il en soit, le fait que ces amyotrophies précoces coexistent de façon pour ainsi dire constante avec un syndrome de paralysie sympathique accentuée semble indiquer que les troubles végétatifs jouent un rôle important dans leur production.

V. **ÉVOLUTION**. — L'évolution typique en trois phases que nous venons de décrire n'est pas constante. Nous savons que le coma peut manquer. D'autre part, la mort peut venir interrompre l'évolution à une période voisine du début : le sujet peut succomber sans avoir repris connaissance ou même quand il est sorti du coma, la mort est alors amenée par une COMPLICATION telle qu'une *broncho-pneumonie*, une *escarre fessière* qui peut être le point de départ d'une infection au niveau du foyer cérébral, d'une *encéphalite aiguë* (Brissaud et Souques); celle-ci se traduit par des douleurs dans les membres paralysés, des contractures, des convulsions, une ascension de la température, une obnubilation graduelle évoluant vers le coma et la mort en quelques jours.

L'hémiplégie elle-même peut rester flasque, éven-

tualité qui tient à une localisation spéciale. D'autres fois, au contraire, la phase de flaccidité peut faire défaut ou passer inaperçue, et l'hémiplégie apparaît spasmodique dès le premier examen ; cette circonstance s'observe lorsque la paralysie s'est installée de façon très lente et régulièrement progressive.

L'hémiplégie spasmodique passe par deux phases : une *phase d'augment* durant en moyenne deux à trois mois, qui débute avec les premiers signes de la contracture et pendant laquelle les déformations se constituent; une *phase d'état*, qui peut avoir une durée en quelque sorte indéfinie. L'affection est devenue une infirmité incurable, figée dans sa forme pour des années si nulle complication ne survient, si nulle lésion cérébrale nouvelle ne s'installe. Il y a, du reste, tous les intermédiaires possibles : entre l'*hémiplégie légère* où la spasmodicité reste latente pour ainsi dire, révélée seulement par l'exagération des réflexes et le signe de Babinski, et l'*hémiplégie classique* avec l'impotence complète du membre supérieur et la quasi-impotence du membre inférieur.

Il n'y a guère que dans les cas où l'hémiplégie est due à une lésion évolutive, telle qu'une tumeur, que la progression des troubles continuera. Mais, dans la grande majorité des cas, le sujet, une fois arrivé au stade de paralysie spasmodique, ne mourra plus de la lésion qui a causé son hémiplégie. Cependant, Pierre Marie a insisté sur certains faits dans lesquels une lésion cérébrale importante a cependant permis la survie, et la mort survient assez tardivement du fait d'une déchéance générale de l'organisme, avec l'aspect d'une cachexie progressive, une véritable *cachexie nerveuse* qui serait due à l'interruption du trophisme cérébral.

On pourrait décrire une infinité de formes cliniques, qui varient avec le mode de début, l'évolution, la distribution de la paralysie, la nature des troubles associés, tels que les troubles sensitifs, les troubles du langage, les mouvements involontaires, les troubles cérébelleux, la paralysie des nerfs craniens. Mais cette variété de formes tient surtout aux différences dans le siège et la nature de la lésion, dont la discussion constitue le problème le plus important du diagnostic. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1927)

Sur l'existence fréquente d'une mycose de la rate en Algérie. — MM. P.-E. PINOY et A. NANTA. Chez plusieurs malades ayant eu des ulcères, soit des membres, soit des organes génitaux, ou bien des troubles gastro-intestinaux, les auteurs ont observé de la splénomégalie. Cette splénomégalie serait due à un champignon appartenant au stirpe de *Sterigmatocystis nidulans*. Il pénétrerait dans l'organisme par la peau ou par le tube digestif.

Ce mycétome de la rate, fréquent dans la région de Constantine, serait justiciable de la splénectomie. Toutefois, au début, il y aurait lieu d'essayer l'iodure de potassium à fortes doses.

Analyse expérimentale et synthèse explicative des passages de la voix chantée dans la théorie de l'accord vocal. — MM. A. LABRUT et B. HUSSON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1927)

Recherches sur le mode d'action des cures hydrominérales. — M. FEUILLIÉ. M. Desgrez présente un travail de M. Feuillié, médecin des hôpitaux, montrant que les cures hydrominérales produisent une rénovation leucocytaire du même genre que celle qui succède aux abcès de fixation. Cette leucothérapie est importante pour empêcher les manifestations pathologiques chez les malades de la nutrition qui sont surtout des leucopathes hypersensibles. Il se produit, en effet, chez ceux-ci des catarrhes et des infiltrations leucocytaires pouvant aboutir à la sclérose, sous l'influence d'intoxications légères, de fatigue ou de refroidissement. Les eaux minérales assurent, plus spécialement, la défense préviscérale tout entière, leucopathie, dyscrasie, nutrition générale. Nous savons aussi qu'il existe, pour la plupart des sources, une affinité élective, une spécialisation dont il est nécessaire de déterminer la raison.

Note sur les caractères et l'évolution de la récente épidémie de grippe. — M. Maurice RENAUD a eu l'occasion de traiter dans son service de Brévannes un très grand nombre de grippes.

La maladie a revêtu une forme clinique très différente, suivant qu'elle a été étudiée chez les adultes sains, chez les malades chroniques ou chez les vieillards.

Chez les adultes, elle a évolué d'abord comme un état infectieux classique, puis on a constaté des syndromes thoraciques. L'évolution a été rapide et favorable en quatre ou cinq jours.

Chez les malades chroniques, l'évolution fut généralement bénigne, dans la moitié des cas on constata de grosses lésions pulmonaires avec état grave.

Chez les vieillards, on observa, tantôt une forme aiguë avec grosses lésions pulmonaires, tantôt une forme bénigne ne mettant pas à l'abri de complications thoraciques.

D'une façon générale, il n'y eut pas de formes graves d'emblée, mais seulement des formes aggravées.

Aussi peut-on affirmer que les grippes précocement et convenablement traitées ne sont graves et mortelles que dans des cas exceptionnels.

Sur la β-oxydation. — M. CASCARD.

L'efficacité des chambres d'allaitement surveillées et boxées dans la lutte contre la mortalité infantile. — M. ARMAND-DELILLE rappelle que M. Paul Strauss, en instituant pendant la guerre les chambres d'allaitement dans tous les établissements employant des femmes, a permis de sauver de la mort des milliers d'enfants. On obtient un rendement parfait lorsque, comme pour la chambre d'allaitement du personnel de la Salpêtrière, une visite hebdomadaire y est faite par un puériculteur, et si les dispositions intérieures permettent l'isolement de chaque nourrisson en box individuel, où la mère vient le nourrir toutes les trois heures. Grâce à cette organisation, il n'y a eu depuis quatre ans, sur 200 enfants, qu'un seul décès par troubles digestifs, et malgré quelques cas individuels de rougeole, de coqueluche et de diphtérie rapportés du dehors, il n'y a eu aucune épidémie intérieure. Grâce à la cure solaire systématique, il n'y a eu non plus aucun cas de rachitisme.

Le système de M. P. Strauss devrait être appliqué à toutes les crèches et permettrait de réduire au minimum la mortalité infantile.

Prophylaxie du rachitisme par la cure solaire systématique. — M. ARMAND-DELILLE expose que dans la même crèche-chambre d'allaitement de la Salpêtrière, il a pu, en instituant les bains de soleil quotidiens sur tout le corps, pendant toute la belle saison, à tous les nourrissons, prévenir entièrement les manifestations rachitiques.

Sur 200 enfants, il n'en a pas été noté un seul cas alors que la moyenne en France est de 7 p. 100.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1927)

Déviations de la trachée et de l'œsophage consécutives à des pneumothorax curateurs. — MM. RIST et HIRSCHBERG présentent trois jeunes filles traitées pendant plusieurs années et guéries d'une tuberculose pulmonaire lobaire supérieure excavée par le pneumothorax artificiel. Après résorption définitive de la collection gazeuse, ces ex-malades présentent une déviation permanente du médiastin, de la trachée et de l'œsophage du côté jadis collabé.

Remarques sur un cas de bronchiectasie hémorragipare exploré radiologiquement après injection de lipiodol dans l'arbre bronchique. — MM. RIST, GALLY et SOULAS. Hémoptysies profuses, récidivantes depuis huit ans, chez un jeune homme qui, la veille du premier crachement de sang, avait eu une contusion de l'hémithorax droit. Ces hémoptysies sont attribuées d'abord à une tuberculose torpide du lobe supérieur du poumon gauche. Mais elles persistent malgré la guérison de cette tuberculose. Découverte tardive d'une bronchiectasie du lobe inférieur droit vérifiée par l'exploration au lipiodol. Les auteurs font remarquer que l'aspect caractéristique en grains de raisins des extrémités bronchiques dilatées ne devient manifeste qu'après un certain délai.

Remarques sur la sérothérapie antidiphtérique. Action comparée des divers sérums. — MM. H. GRENET et DELARUE ont étudié, au cours d'une épidémie grave de diphtérie. l'action du sérum antitoxique et du sérum surtout antimicrobien. Deux conclusions ressortent de leur étude : 1° la mortalité est plus élevée (23,6 p. 100) chez les enfants traités avec le sérum, surtout antitoxique, que chez ceux traités avec le sérum antimicrobien (13,43 p. 100); 2° l'action sur les fausses membranes est variable : chute des fausses membranes constante et rapide avec le sérum antimicrobien; incomplète, nulle ou très tardive avec le sérum, surtout antitoxique.

M. Pierre TESSIER signale à ce propos deux observations : Une jeune fille de quatorze ans, atteinte d'une diphtérie sévère, est traitée par le sérum purifié et reçoit en trois jours 95.000 unités antitoxiques. L'état s'aggrave. Le quatrième jour suivant l'entrée à l'hôpital (huitième jour de la maladie), on remplace le sérum purifié par le sérum ordinaire (120 centimètres cubes); dès le lendemain, transformation de l'état général et de l'état local; les fausses membranes se détachent. En résumé, première phase du traitement, 95.000 unités de sérum purifié, données en deux jours et demi sans aucune amélioration; deuxième phase, sérum ordinaire, 290 centimètres cubes (soit 87.000 unités) en trois jours; dès la première dose de 120 centimètres cubes, sédation des signes généraux et locaux en quelques heures.

Deuxième fait. Fillette de deux ans et demi, atteinte de diphtérie pharyngée de moyenne intensité, a reçu avant son admission à l'hôpital une injection de 60 centimètres cubes de sérum ordinaire. A son arrivée la température est de 39°9, le lendemain elle descend à 38°2 et le soir à 37°4. Ce même jour elle reçoit 30.000 unités de sérum purifié et 20.000 unités le lendemain; l'angine, qui paraissait s'améliorer, persiste; la température remonte à 38°8.

Polynévrite et syndrome de Korsakoff au cours de la gestation. — MM. WEILL-HALLÉ et LAYANI présentent l'observation d'une malade qui, au troisième mois d'une grossesse, présenta un syndrome de Korsakoff typique suivi à quelques jours d'une polynévrite grave. Cette observation est remarquable par le syndrome de Korsakoff rarement observé au cours de la gestation et par l'existence d'éthylisme qui permet de reconnaître à ce syndrome polynévritique une étiologie mixte éthylo-gravidique.

Les effets des lysats-vaccins à pneumocoques dans le traitement des pneumonies de l'adulte. — MM. FLANDIN et

Duchon rapportent deux observations types. L'effet des injections de vaccin se traduit par un abaissement en lysis de la température commençant dès les premières injections et par une sédation nette des phénomènes généraux et subjectifs. Par contre, le foyer anatomique évolue dans les délais et suivant le mode classique, et la crise urinaire ne survient qu'au neuvième jour.

Tétanie parathyréoprive après thyroïdectomie. Variations de la chronaxie. — MM. Coyon et Bourguignon.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UN PALMARÈS DE SOUSCRIPTEURS POUR UNE TRÈS BELLE ŒUVRE

Ne cherchez plus : il s'agit du Sanatorium des étudiants et étudiantes qui s'édifie actuellement à 1.110 mètres d'altitude dans la région salubre du Dauphiné.

Avant que cette fondation ne soit prête à abriter les élèves, trop nombreux hélas! atteints par la tuberculose, il nous paraît juste d'insérer la récapitulation générale des dons recueillis ou annoncés à la fin de l'année 1926 et le montant des contributions que nous firent tenir les lecteurs habituels des journaux médicaux.

Parmi les dons qui furent faits, citons les plus touchants :

Le Syndicat des médecins de Troyes, sur l'initiative du docteur Pierre, envoie à tous ses membres une circulaire : « Versez chacun 50 fr. pour le Sanatorium des étudiants ». Il n'y a aucune défection; le Syndicat comprend 31 membres. Le docteur Pierre fait parvenir à l'œuvre une somme de 1.150 fr.

M. Villiers, professeur à la Faculté de pharmacie de Paris, se voit conférer l'honorariat. Ses élèves se cotisent pour lui offrir un souvenir. Le professeur Villiers l'apprend. Il les réunit, les supplie de n'en rien faire et leur demande d'adresser le montant de la souscription au Sanatorium des étudiants.

Quatre de nos jeunes camarades de Rennes veulent aussi contribuer à la construction de l'œuvre. Ils se réunissent, décident de faire une véritable tournée artistique, se rendent à Laval, à Fougères, à Vitré. Résultat : 3.500 fr., puis 2.000 fr., puis 1.500 fr.

Un étudiant en droit M. Klein fait le sacrifice de ses vacances pour organiser à Strasbourg une tombola. Bénéfice net, 130.000 fr.

M. Jauneau, externe des hôpitaux, va séjourner à Beauvais; il y fonde un Comité de patronage pour trouver la somme nécessaire à la création d'un lit (20.000 fr.). Une fête est organisée, une souscription ouverte dans un journal local; 12.000 fr. sont recueillis à ce jour.

L'interne Vadon meurt victime du devoir. Une collecte est faite parmi le personnel médical et hospitalier de l'hôpital Broussais afin que soit recouverte de fleurs cette tombe trop fraîchement ouverte.

A la demande du docteur Vadon (de Saint-Raphaël) le reliquat de cette collecte est envoyé au Sanatorium des étudiants.

Pourrais-je, enfin, ne pas souligner le très joli geste qu'ont eu les internes et externes des hôpitaux de Lyon et de Paris en prenant la décision de créer plusieurs lits?

Pourrais-je aussi passer sous silence des envois de 5, 10, 15 et 20 fr. émanant « d'un groupe d'écoliers » de petit village?

D'aucuns peuvent penser qu'est bien lointaine la réalisation de notre projet; que ceux-là se rendent compte sur place des difficultés inouïes auxquelles nous avons dû faire face : terras-







sements considérables, main-d'œuvre d'un recrutement difficile, arrêt total de la construction, cinq mois sur douze.

A condition que l'hiver prochain ne soit à ce point rigoureux qu'il empêche la terminaison des travaux, le Sanatorium des étudiants fonctionnera en 1928.

Je demande aux syndicats médicaux, à tous les médecins et pharmaciens qui n'ont pas encore souscrit de nous apporter leur contribution. Le plus gros de l'effort est fait, qu'ils nous aident à le parfaire.

Dr JEAN CROUZAT,
Secrétaire général du Comité,
1, rue Pierre-Curie, Paris-5e.

RÉCAPITULATION GÉNÉRALE

	PREMIER ÉTAT	DEUXIÈME ÉTAT	TOTAUX
1. Assoc. gén. d'étudiants (souscrip. et produits de fêtes)	34.894,55	26.764,20	61.658,75
2. Fêtes diverses organisées par le Comité du Sanatorium et les Comités régionaux	109.064,50	169.704,65	278.769,15
3. Conseils d'Universités	49.020,00	8.775,00	57.795,00
4. Souscrip. des étudiants aux secrétariats des Facultés et des grandes Ecoles	24.427,30	53.736,10	78.163,40
5. Internes et externes des hôpitaux	7.540,00	13.525,30	21.065,30
Conseils généraux et municipaux	138.849,00	181.120,00	319.969,00
7. Syndicats et journaux médicaux. Assoc. diverses	15.653,20	59.787,80	75.441,00
8. Fabricants de spécialités pharmaceutiques	105.820,00	16.230,00	122.270,00
9. Banques	146.650,00		146.650,00
10. Dons particuliers	683.219,00	38.616,40	721.835,40
Subventions de l'Etat	1.757.112,00		1.757.112,00
	3.072.269,55	568.259,45	3.640.529,00
Legs	15.000,00	10.000,00	25.000,00

NOTES DE PRATIQUE

ARTÉRIO-SCLÉROSE CÉRÉBRALE

1° Régime lacto-végétarien.

2° Révulsifs locaux (séton à la nuque) et intestinaux, par exemple :

Scammonée	0g40
Jalap / Gomme-gutte	0g15

En 2 paquets. A prendre à 20 minutes d'intervalle. Renouveler tous les 10 ou 15 jours.

3° Pendant 15 jours par mois, prendre avant les repas une cuillerée à soupe d'une solution iodurée (3 g. K I pour 300 g. d'eau distillée).

4° Pendant les 15 jours restants, prendre, matin et soir, 1 cachet de 0g50 de Théosalvose phosphatée ou lithinée comme diurétique et éliminatrice des chlorures.

LIVRES NOUVEAUX

Les syphilis viscérales tardives (1), par les docteurs H. GRENET, R. LEVENT, L. PELLISSIER.

« Pourquoi les syphilis tardives semblent-elles maintenant dominer, envahir toute la pathologie? Les anciens auteurs les connaissaient-ils mal, ou bien la vérole a-t-elle changé d'aspect dans les pays de civilisation avancée, perdant son caractère de maladie cutanée sous l'influence du traitement moderne, précoce et intensif? Pourquoi la syphilis détermine-t-elle chez certains sujets telle lésion à évolution rapide, tandis que chez d'autres, sans accidents bruyants, s'installe à bas bruit une sclérose incurable? Quel est, dans la genèse de ces accidents, le rôle réel de la syphilis? Est-ce elle qui occupe la première place, ou bien ces autres infections ou intoxications accumulées pendant le cours de la vie, et qui souvent, s'ajoutant à elle, la modifient, la remanient en quelque sorte? » Autant de problèmes encore mal résolus, et à la discussion desquels se sont attachés ces auteurs, cherchant à établir la discrimination entre ces notions solidement acquises et les interprétations qui semblent moins fondées.

(1) In-8° de 373 pages. Prix : 32 fr. — Paris, Masson et Cie.

Pour mener à bien cette tâche délicate, mais passionnante, MM. H. Grenet, R. Levent et L. Pellissier procèdent par ordre. Ils étudient d'abord, dans un chapitre de généralités, les *scléroses syphilitiques* et les *facteurs de gravité dans les syphilis tardives*; la *fréquence relative* de ces manifestations, leur *anatomie pathologique*. Ainsi posée la question, ils peuvent en examiner les différents aspects, et passer tour à tour en revue la *syphilis de l'appareil circulatoire*, dont, surtout, l'*aortite*, la *syphilis ganglionnaire* et l'*hypertension artérielle*; la *syphilis respiratoire*, avec son annexe obligé, la médiastinite syphilitique; la *syphilis digestive* : œsophagienne, gastrique, intestinale, hépato-splénique; la *syphilis du rein*, du *péritoine*, du *pancréas*, des *glandes endocrines*. De cette étude analytique très fouillée et qui repose, non seulement sur la bibliographie, qu'ils possèdent très complètement, mais encore sur les résultats de leur expérience personnelle, ils peuvent tirer quelques conclusions d'ensemble concernant les syphilis viscérales, qu'il s'agisse de leurs formes : localisées, systématisées, généralisées et fébriles, de leur diagnostic ou de leur traitement.

Cet ouvrage est appelé à un légitime succès. Ne traite-t-il pas d'un sujet à l'ordre du jour? Son style châtié, sa documentation abondante, encore que discrète, ses tendances essentiellement cliniques, qu'ont si souvent appréciées les lecteurs de la *Gazette*, les recommandent à tous ceux qu'intéresse la pathologie générale de la syphilis, à tous ceux qui voient, dans cette redoutable et singulière affection, autre chose qu'un ensemble de manifestations cutanéo-muqueuses, à tous ceux qui cherchent à lui attribuer sa véritable place en nosologie, évitant aussi rigoureusement de nier son rôle que de lui attribuer, sans commencement de preuves, les affections les plus disparates.

L. BABONNEIX.

La Science de l'homme (1), par le docteur H. GRASSET.

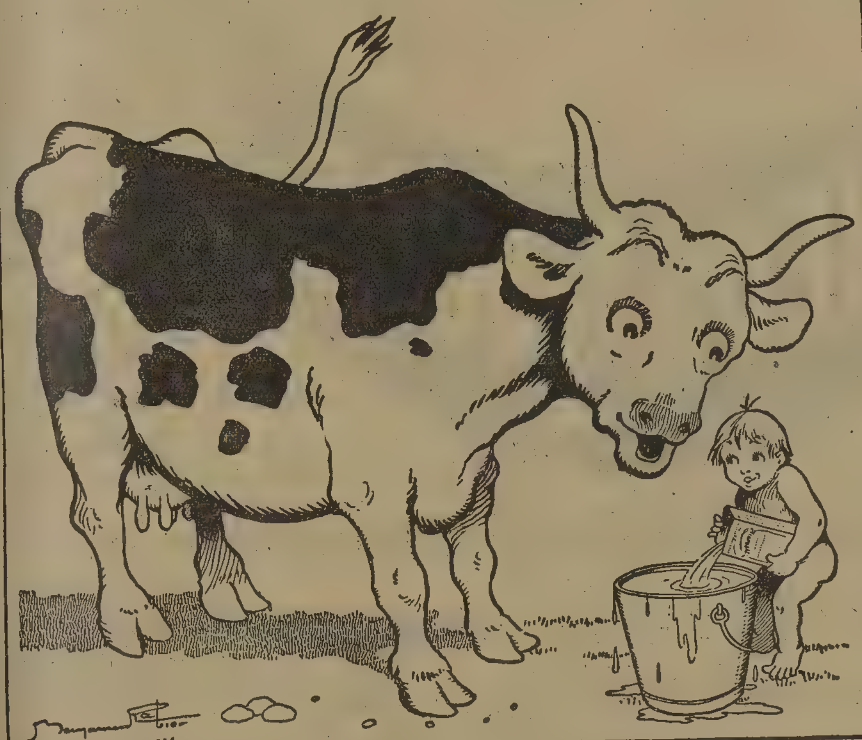
L'homme étant le produit de trois facteurs, ambiance, milieu intérieur, milieu mental, c'est par la connaissance de ces facteurs et de leur action que l'on doit arriver à opérer la réforme qui s'impose et pour l'orientation de laquelle le médecin est le premier indiqué.

J. L.

(1) Un volume in-16. — Paris, 1926, A. Legrand.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.





CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif no 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili. Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif no 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Ménétrier, Bruhl, Loeper, Foix, Labbé, Pinard, qui acceptent; Carnot, Aubertin, Michel, Faure-Beaulieu, Lian, Léri, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Censeurs : MM. Weissenbach, Tinel, M.-P. Weill, Henri Bénard, Caïn, May, Gautier et Binet.

Candidats admis à prendre part à ce concours :

MM. les docteurs Jacquelin (André), de Brun du Bois-Noir, Lelong, Marchal, Deschamps, Tzanck, Nicaud, Meyer, Janet, Bocage, Bernard (Etienne), Hillemand, Boulin, Ravina, Froment, Haguenau, Péron, Schulmann, Gaultier, Plichet, Boulanger-Pilet, de Gennes, Pollet, Clément, Mouzon, Mouquin, Hirschberg, Mme Bertrand-Fontaine, Weissmann, Prieur, Blum, Pichon, Oury, Turpin, Coste, Jacob, Levesque, Bloch, Ollivier, Marquézy, Chevalley, de Massary, Debray, Basch, Bith, Paraf, Ternis, Périsson, Libert, Isch-Wall, Gutmann, Marceron, Girot, Carrié.

Sont dispensés des épreuves d'admissibilité : MM. les docteurs Bith, Boulin, Carrié, Chevalley, Gaultier, de Gennes, Haguenau, Jacob, Mouquin, Nicaud, Paraf, Ravina, Schulmann.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bourges. — Un concours pour un emploi de médecin radiologiste à la polyclinique de l'Hôtel-Dieu de Bourges s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le lundi 28 mars 1927 à 9 h. du matin. Ne pourront être admis à ce concours que les médecins de nationalité française.

Inscription et renseignements avant le 8 mars 1927 auprès du président de la Commission administrative des hôpitaux de Bourges.

— L'Hôtel-Dieu de Bourges demande un externe, hôpitaux de Paris, de nationalité française, 14 à 16 inscriptions, pour remplir les fonctions d'interne en chirurgie.

Traitement 4.800 fr., nourri, logé, chauffé, éclairé.

S'adresser à l'Econome.

— Lyon. — Un concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux s'ouvrira le 4 avril 1927.

S'inscrire avant le 25 mars 1927 à l'Administration des hospices, 44, passage de l'Hôtel-Dieu, à Lyon.

— Toulouse. — Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

M. Aujaleu, Mlle Pesque, MM. Planques, Fabre (J.), Labro et Gadrat, internes titulaires.

MM. Cantegril, Dubau et Favre, internes provisoires.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Agrégation.* — Sont proposés dans l'ordre suivant par le Conseil de la Faculté de médecine de Paris :

Comme agrégés de chirurgie : MM. P. Brocq, J. Quénu, Leveuf.

Comme agrégés de médecine : MM. Pasteur Vallery-Radot, Chabrol, Hutinel, Donzelot.

Comme agrégé de physique : M. Dognon.

Comme agrégé de dermato-syphiligraphie : M. Sézary.

— *Concours pour une place d'agrégé* (section de pharmacologie). — L'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie (régime antérieur à 1924) comporte au lieu et place de la section unique de physiologie et pharmacologie deux sections distinctes, l'une de physiologie, l'autre de pharmacologie.

Un concours pour une place d'agrégé de la section de pharmacologie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris sera ouvert à Paris en 1927. Un arrêté ultérieur fixera la date des épreuves, celle du tirage au sort des membres du jury, ainsi que les dates d'ouverture et de clôture du registre d'inscription.

Pourront seuls prendre part à ce concours les candidats ayant été admis à prendre part au concours de 1923 pour la même section et dont les opérations ont été annulées par l'arrêt susvisé du conseil d'Etat. (*J. O.*, 17 fév. 1927.)

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — Des concours pour une place de prosecteur et une place d'aide d'anatomie s'ouvriront le lundi 2 mai 1927.

Inscription jusqu'au 25 avril, 56, rue du Port, à Lille.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. le docteur Perrin est prorogé pour un an, à partir du 1er mars 1927, dans les fonctions de chef de clinique médicale.

M. Lainé est nommé préparateur d'histologie.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ COLONIAL. — M. Painlevé, ministre de la Guerre, se rendra le 19 mars à Marseille pour remettre la croix de guerre à l'Ecole d'application.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Godard, médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Leyme (Lot), est nommé médecin chef préposé responsable du quartier d'aliénés de l'hôpital-hospice de Niort (Deux-Sèvres), en remplacement de M. le docteur Deswarte, décédé.

— Le poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile privé d'aliénés, faisant fonction d'asile public, de Leyme (Lot), par suite du départ de M. le docteur Godard.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUPLIQUE. — M. le docteur A. Villejean, médecin de la santé et médecin du bureau municipal d'hygiène de Cherbourg a été nommé auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. Snerb, décédé.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Georges Gautier (de Paris).

INTÉRIEUR. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Le Rolland, conseiller général des Côtes-du-Nord; Cantonnet et Wicart (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Peytard, conseiller général de l'Isère, Hélary (d'Enghien).

PROMOTION DES MAIRES. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Aumet (de Saint-Allèles-d'Aude), Bourdin (d'Argens), Martres (de Botchat).

TABLEAU DE CONCOURS POUR LA LÉGION D'HONNEUR (année 1927). — GUERRE (active) :

Pour chevalier. — MM. les docteurs Bordes, Forgues, Fournier, Plantier, Olive, Chaineaux, Collet, Peradon, Pocy, Tamalet, Legler, Bourdon, Barthas, Godard, Grenot, Lapierre, Jeannoel, Scherrer, Bellon, Nicouleau, Lauzerain, Robert, Pauron, Carret, Pourteau, Lafon, Durousseau, Pichet, Debrie, Martène, Hombourger, Clerc, Ramery, Lassale, Voizard, Castex, Péan, Gauthier et Barillet.

Troupes coloniales (active) : MM. les docteurs Baisez, Vernon, Ardouin, Tassy, Charenton, Peyre, Serradell, Bizien, Lucas-Championnière, Chaigneau, Vendran, Carral, Sellier, Caccavelli, Agenet, Tisseuil, Bravard, Giordani, Grall, Hilleret, Barbier, Durieux, Lavandier, Bernard, Legendre, Bouron, Petit, Bouny, Lefrou, Guenole, Delinotte, Lanet et Gallet.

CENTRES RÉGIONAUX DE LUTTE ANTICANCÉREUSE. — M. le professeur Rechou a été nommé directeur du Centre régional de lutte anticancéreuse de Bordeaux et du Sud-Ouest, créé près la Faculté de médecine de Bordeaux, en remplacement de M. le professeur Sabrazès, démissionnaire.

M. le professeur Sabrazès a été nommé chef du service de médecine et des examens histologiques et anatomo-pathologiques.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE. — Le XLe Congrès de la Société française d'ophtalmologie aura lieu à la Faculté de médecine de Paris le lundi 9 mai et jours suivants.

Le rapport d'usage sera présenté par M. Bailliart (de Paris) : « Le rôle du grand sympathique en pathologie oculaire et en particulier dans les échanges et dans la circulation intraoculaire. »

Une excursion sera organisée au château de Chaalis.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (VIIe).

COMITÉ NATIONAL DE L'ENFANCE. — L'assemblée générale annuelle du Comité national de l'enfance s'est réunie le dimanche 20 février, à 10 h. 1/2, dans le grand amphithéâtre du Musée social, 5, rue Las Cases.

Cette œuvre, dont le but est le développement de la protection de la maternité et de l'enfance dans notre pays, compte déjà 45 sections départementales. Elle a pour président M. le sénateur Paul Strauss, ancien ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, qui, depuis de longues années, ne cesse au Parlement de plaider la cause de la mère et de l'enfant, et a attaché son nom à toutes les lois d'assistance de ces dernières années et en particulier à la loi du 15 juin 1913 sur le repos des femmes en couches appelée à bon droit « Loi Paul Strauss ».

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — La place de directeur de ce bureau est déclarée vacante. Traitement : 16.000 fr.

S'inscrire dans le délai de vingt jours au ministère de l'Hygiène (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès). (*J. O.*, 19 fév. 1927.)

INSTITUT D'ACTINOLOGIE. — L'inauguration de l'Institut d'actinologie aura lieu le jeudi 24 février, à 3 h. de l'après-midi, sous la présidence de M. Herriot, ministre de l'Instruction publique (6, passage Dombasle, XVe).

L'ALPE MÉDICALE. — Le prochain dîner de l'Alpe médicale aura lieu le mercredi 9 mars, à 20 h. précises, au Club de la Renaissance, 12, rue de Poitiers (derrière la gare d'Orsay).

Le prix en est fixé à 45 fr. (service compris).

Les adhésions sont reçues chez le docteur Nadal, 3, rue de Chazelles (XVIIe). Téléph. Wagram 84-96.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Georges Mandonnet (de Clermont-Ferrand), victime du devoir professionnel; Paul da Silva Paranhos de Rio Branco, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Paris; le professeur Giuseppe d'Abundo, le grand neuro-pathologiste de Naples; Bachelot-Villeneuve (de Saint-Nazaire), le professeur Achille Herlant (de Bruxelles).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

URGENT. RÉCENT DÉCÈS. A CÉDER avec appart. 5 pièces, 1er ét., très anc. client. méd. dans IIIe arr. Se prés. si français à M. Hélic, 18, r. Jules-César (XIIe), de 8 à 12 et de 2 à 4 h.


FORTOSSAN
CIBA
NOM DÉPOSÉ
Phytine neutre au sucre de lait
Preparée specialement pour les nourrissons et enfants en bas âge
LABORATOIRES CIBA
O. ROLLAND. Phcien
1 Place Morand LYON

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

L'ÉLECTROLOGIE EN 1926

PAR

Louis DELHERM et Jean LOUBIER

Chef du Service d'Électro-Radiologie de l'hôpital de la Pitié,

Électro-radiologiste de l'Hôpital Américain.

I. APPAREILS ET TECHNIQUE

Un nouvel appareil de haute fréquence. (A. Walter. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1926.) — Description de trois modèles différents d'un appareillage dans lequel l'impédance du circuit est calculée de façon telle que soit réduite au minimum la dépense du courant employé à produire de la chaleur au niveau de l'éclateur.

Appareil de diathermie. (A. Walter. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1926.) — L'auteur a présenté antérieurement un type A. Le type B donne comme le précédent une très grande fréquence (3.000.000) avec un rendement de 70 p. 100, mais il donne une puissance plus grande, arrivant à 1.800 m. a. L'appareil possède un résonateur de Oudin et permet toutes les opérations de coagulation.

Quelques indications sur les intensités en haute fréquence. (A. Walter. *Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1926.) — La mesure des intensités en haute fréquence par les appareils ordinaires est faussée par un certain nombre de phénomènes :

Dérivation par capacité.

Skin effect.

Courant induit dans les circuits de l'appareil.

Les appareils de mesure bobinés à cadre mobile ou électromagnétique sont absolument à rejeter, seuls les appareils thermiques, construits spécialement pour la haute fréquence et étalonnés pour leurs conditions habituelles d'utilisation peuvent donner une précision suffisante.

Les appareils à dilatation simple sont plus exacts que les appareils shuntés; il y a lieu d'éviter de transporter ces derniers sur une fréquence différente de celle de leur étalonnage; ils peuvent, dans ce cas, être complètement erronés.

Présentation d'un dispositif pyrométrique. (A. Walter. *Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1926.) — La soudure froide est, dans la mesure des températures par couple thermoélectrique, la cause d'erreur si l'on ne prend pas les précautions toutes spéciales en vue d'assurer le maintien de la soudure à une température connue. Pour obvier à ces inconvénients, le pyromètre présenté a été construit.

Le cadran est mobile et porté par l'aiguille, la correction automatique est obtenue par la lecture en face de l'extrémité d'une colonne thermométrique mesurant la température de la soudure froide. Ce nouveau pyromètre se relie directement par deux fils à son thermophore et donne une mesure exacte sans aucune précaution spéciale.

La sonde elle-même a été étudiée dans le but d'empêcher les échanges de températures par la conductibilité thermique entre ses différents points.

II. ÉLECTRODIAGNOSTIC

Premières recherches sur les courants de haute fréquence redressés. (Cluzet et Chevallier. *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer.* fév. 1926.)

Electrodiagnostic au moyen des courants de haute fréquence redressés. (Cluzet et Chevallier. *Lyon méd.*, 7 mars 1926.) — Grâce à un dispositif nouveau, en donnant aux courants de haute fréquence un sens constant, les auteurs ont obtenu des effets moteurs et sensitifs.

Quand on excite un nerf normal au moyen de la haute fréquence redressée, le sujet perçoit vers 0 m. a. 2 un fourmillement dans le domaine du nerf; vers 0 m. a. 3 il se produit une tétanisation des muscles innervés par ce nerf; cette tétanisation n'est nullement désagréable.

La haute fréquence redressée peut donc remplacer le courant faradique lorsqu'on recherche une section tendineuse, une adhérence cicatricielle, etc.

La haute fréquence redressée est susceptible de donner l'ultime manifestation de l'excitabilité nerveuse ou musculaire car elle peut exciter un muscle ou un nerf dégénéré alors que le courant galvanique lui-même ne produit plus d'excitation apparente.

On peut utiliser toutes les installations du type d'Arsonval. Pour obtenir des courants de haute fréquence redressés on se sert, soit de kénotrons, soit des lampes à trois électrodes.

De l'utilisation des lampes à deux électrodes pour la recherche de la chronaxie. (Ph. Fabre et H. Desgrez. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, oct. 1926, t. X, n° 10.) — Cette méthode permet d'utiliser les génératrices industrielles de courant continu (secteur de ville avec ou sans commutatrice). Les faibles variations de voltage présentées par ces sources n'ont pas d'action sur le courant de saturation débité par les lampes. C'est un avantage considérable car les petits accumulateurs gardent mal leur charge et se détériorent vite.

Evolution de la chronaxie dans la tétanie spontanée ou expérimentalement provoquée. (Bourguignon. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1926.) — Important mémoire qu'il est impossible d'analyser ici et qu'il faut lire dans le texte. Exposé des constatations chez les spasmophiles enfants ou adultes, dans les crises de tétanie expérimentalement provoquées chez l'homme par hyperpnée volontaire et prolongée. Toutes ces constatations se complètent et s'éclairent mutuellement; toutes les tétanies se comportent de la même façon.

Forme atypique de névrite hypertrophique progressive. (A. Souques. *Ann. de méd.*, mai 1926.) — Observation d'une malade chez laquelle l'électrodiagnostic montrait de la réaction de dégénérescence des muscles des membres supérieurs et des membres inférieurs, avec troubles de la sensibilité et abolition des réflexes aux quatre membres. Il s'agit bien d'un cas atypique, car ce cas diffère du type Gombault-Dejerine par l'absence des signes de la série tabétique, du type Pierre Marie-Boveri, par l'absence des signes de la série sclérose en plaques et des deux par l'absence de toute espèce de cyphoscoliose.

Double chronaxie nerveuse dans le nerf radial de l'homme correspondant à la double chronaxie du double point moteur des extenseurs et du court supinateur. (G. Bourguignon. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1926, n° 24.) — Complétant ses recherches antérieures, l'auteur a trouvé que le court supinateur a, comme tous les muscles fonctionnellement homologues, un point moteur supérieur et un point moteur inférieur dont la chronaxie est égale à celle des fléchisseurs et des pronateurs.

Un cas d'amyotrophie postsérothérapique. (André Léri et Escalier. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 29 oct. 1926.) — Il s'agit d'un malade à qui l'on a fait une injection de sérum antitétanique à la fesse droite. Au cinquième jour, fièvre, frissons, douleurs.

Deux mois après on constata un décollement de l'omoplate à droite et à gauche avec atrophie du sus et sous-épineux.

L'examen électrique a montré une réaction normale du grand dentelé, la diminution et la lenteur galvanique des sus et sous-épineux et du rhomboïde.

III. SYSTÈME NERVEUX

Paralysie radiculaire supérieure du membre supérieur droit guérie par la galvanisation. (Alinat. *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, fév. 1926.) — Traitement par courant continu, positif à l'épaule, négatif à la main, 10 m. a., dix minutes, puis 15 m. a., quinze minutes. Amélioration dès la troisième séance, guérison complète au bout de trois mois.

Deux cas de contractures méconnues. (Bordier. *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, fév. 1926.) — Dans les deux cas il s'agissait de contractures névropathiques, l'une du grand droit de l'abdomen, l'autre des muscles sacro-lombaires; dans les deux cas on avait enlevé l'appendice sans résultat.

Du traitement par la diathermie de certaines contractures névropathiques rebelles. (R. Dubois. *Soc. de méd. de Paris*, fév. 1926.)

Note sur l'électrothérapie des contractures névropathiques. (R. Dubois. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1926.) — Le traitement électrique rééducateur (galvanisation intensive, révulsion faradique, étincelles de haute fréquence) peut échouer car il ne calme pas suffisamment l'hyperesthésie locale. La diathermie des muscles contracturés et de la région douloureuse provoque, au contraire, une sédation, et, au bout de quatre à cinq séances, le malade peut, en général, esquisser des mouvements.

Association de l'opothérapie et des agents physiques dans le traitement des syndromes d'insuffisance polyglandulaire. (Lignières. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1926.) — Trois observations où l'opothérapie (thyroïde ou ovaire) associée aux agents physiques (diathermie et ultraviolet) a donné d'excellents résultats.

Diathermie dans un cas de paralysie infantile. (R. Lehmann et Mallein-Gérin. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1926.) — Ancienne paralysie infantile présentant des troubles circulatoires et thermiques considérables. La diathermie donna une amélioration telle que la jeune fille put marcher sans appareil.

Electrodiagnostic et électrothérapie dans les paralysies consécutives à la poliomyélite. (Richard Kovacs. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 13 mars 1926.) — Les conclusions de l'auteur sont que l'électrothérapie, à la condition d'être précédée par un électrodiagnostic minutieux, est le traitement de choix, quelle que soit l'ancienneté de la lésion. Il faut une bonne technique et de la persévérance.

Le traitement de la poliomyélite antérieure. (H. Ewerhardt. *Arch. of physioth. X Ray. Radium*, avril 1926.)

Paralysie infantile. (L. Babonneix et L. Pollet. *Arch. de méd. des enf.*, mars 1926.) — Observation d'un sujet de vingt ans atteint de poliomyélite antérieure à l'âge de quatorze mois. Cette affection a laissé des séquelles importantes, surtout au membre supérieur droit. On notait de l'atrophie osseuse inégalement répartie. Ces malformations osseuses étaient accompagnées de rétractions fibro-tendineuses et de troubles moteurs avec réaction de dégénérescence.

Quelques propos d'actualité sur les traitements électroradiologiques dans la paralysie infantile. (A. Laquerrière. *Journ. de méd. de Paris*, 19 avril 1926.) — Le stade fébrile terminé, on doit agir, pendant peu de temps, sur la sclérose qui se produit au niveau de la lésion médullaire et à son voisinage, et ceci par la diathermie, l'introduction électrolytique de l'iode et la radiothérapie. Dès cette période on doit s'occuper des membres paralysés en utilisant le courant continu contre les troubles trophiques et la diathermie contre les troubles thermiques et circulatoires.

Quelques semaines après le début de la maladie on emploiera judicieusement les différentes formes de courant galvanique.

Ce que réclament la majorité des électrologistes c'est qu'on *leur confie les malades de façon précoce.*

A propos du traitement électroradiologique des sciatiques. (R. Gauducheau. *Congrès de Lyon*, 1926, in *Journ. de radiol. et d'électrol.*, oct. 1926, t. X, n° 10.) — La radiothérapie ne doit pas faire oublier les autres méthodes, galvanisation simple ou médicamenteuse, diathermie, étincelage de haute fréquence. L'auteur précise les cas qu'il croit devoir réserver encore à ces dernières méthodes.

Deux cas de maladie de Basedow guéris par l'électrothérapie. (Delherm. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1926.) — Observations de deux malades qui furent traitées d'abord par la radiothérapie sans résultat. La galvano-faradisation du cou, à raison de trois séances par semaine, a donné au contraire une grosse amélioration : diminution du métabolisme et augmentation du poids ; les malades ont pu reprendre leurs occupations.

Paralysies faciales congénitales. (Delherm. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1926.) — Ces paralysies peuvent être sous la dépendance d'un traumatisme obstétrical mais peuvent exister en dehors de tout traumatisme : agénésie du rocher ou paralysie d'origine centrale.

L'auteur rapporte deux observations : 1° Enfant de dix mois, excitabilité conservée aux deux modes sur le tronc du facial, mais pas de réponse dans le domaine du facial supérieur; il paraît s'agir d'une destruction du noyau. 2° Chez le deuxième enfant, réactions normales des nerfs et des muscles (origine centrale probable). La paralysie faciale congénitale peut constituer une exception au schéma d'Erb.

Traitement électrique du tic douloureux. (W. J. Turrel. *Brit. med. Journ.*, 12 juin 1926.) — Avant de recourir aux injections d'alcool, l'auteur recommande d'essayer le courant continu à aussi haute intensité que possible, 80 m. a. en moyenne pendant trente à quarante minutes.

L'électroradiologie dans le traitement des névralgies. (Delherm et Laquerrière. *La Pratique méd. franç.*, sept. 1926.) — Les procédés électroradiologiques sont très variés, aussi peut-on choisir celui qui convient à chaque cas particulier. Les auteurs citent quelques exemples. Le choix de l'ion est parfois difficile. C'est ainsi qu'une malade atteinte de névralgie occipitale, traitée sans succès (cinq séances) par l'introduction d'aconit, fut guérie en trois séances par l'électrolyse du salicylate.

L'instrumentation est importante à considérer : les petits appareils de haute fréquence peuvent à la rigueur faire une révulsion satisfaisante mais sont incapables de faire de la diathermie.

De la stimulation endocrinienne par les agents physiques. (M. d'Halluin. *Journ. des sciences méd. de Lille*, sept. 1926.) — En agissant sur les nerfs glandulaires, la circulation des glandes ou sur l'épithélium, les divers agents physiques, courants galvanique et faradique, diathermie, haute fréquence générale ou locale, peuvent favoriser une sécrétion déficiente.

La névralgie du trijumeau et son traitement diathermothérapique. (H. Bordier. *Presse méd.*, 18 sept. 1926.) — Commencer les séances avec le rouleau spongieux mouillé ; au bout de dix minutes on continue avec l'électrode ordinaire en étain souple, l'électrode indifférente étant constituée par le diélectrique souple.

Deux cas de contracture douloureuse chez des hémiplégiques traités par la méthode de Bourguignon. (Laquerrière. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1926.) — L'auteur rapporte deux cas, mais insiste surtout sur le dernier. Il s'agit d'une hémiplégique ancienne pré-

sentant depuis plusieurs mois des douleurs du pied consécutives à une déformation par contracture. Quatre séances d'introduction transcérébrale de calcium par la méthode de Bourguignon amènent la disparition de la douleur. Un mois après l'amélioration se maintient et on constate la diminution de la contracture.

IV. MALADIES DE LA NUTRITION

A propos du traitement de la goutte par le lit condensateur. (Bonnefoy. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1926.) — Observation d'un goutteux invétéré qui était immobilisé six mois par an. Séances de lit condensateur en 1905. Venu à la première séance avec des béquilles, il marchait avec une canne à la troisième et sans canne à la cinquième. Au bout de quelques mois il chassait allègrement. Ce malade revu vingt ans après, à soixante-seize ans, n'a aucune infirmité.

Essai de traitement de la diathermie dans l'athrepsie. (Mouriquand, Chevallier et Josserand. *Lyon méd.*, avril 1926.) — Les auteurs ont obtenu par ce traitement une augmentation de poids marquée chez deux enfants athrepsiques. Technique : une plaque en avant, l'autre en arrière de la région thoraco-abdominale de façon à comprendre foie et pancréas dans les lignes de force; intensité faible, 25 à 50 m. a.; séances de quinze minutes tous les jours, puis trois fois par semaine.

Guérison d'un cas de glycosurie diabétique par la diathermie. (Bordier. *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, juin 1926.) — Jeune homme de vingt ans, faiblesse, amaigrissement, dépression, polyurie, glycosurie. Diathermie, 3.200 m. a., trente minutes; une électrode dans le dos, une sur l'épigastre. Six séances amènent la disparition de la polyurie, de la glycosurie et des autres symptômes.

Les effets thermiques des courants de haute fréquence. (Bonnefoy. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juillet 1926.) — Appliqués sous forme de *lit condensateur*, les courants de haute fréquence peuvent amener des modifications importantes dans la circulation générale. On ne s'adresse pas assez souvent à cet excellent procédé thérapeutique. Bonnefoy cite l'exemple d'un frileux complètement guéri depuis dix ans à la suite de quelques applications.

La diathermie dans l'aérophagie. (Bordier. *Paris méd.*, 19 déc. 1925.) — Dans les troubles dus à l'aérophagie, la darsonvalisation diathermique produit des heureux effets : réchauffement de l'estomac, augmentation de la mobilité gastrique et de la sécrétion, action anesthésique.

La diathermie dans le traitement du rhumatisme chronique. (Gonnet. *Loire méd.*, avril 1926.) — La diathermie a donné à l'auteur les meilleurs résultats dans toutes les formes de rhumatisme, surtout localisées. La sédation des phénomènes douloureux fut obtenue mieux que par toute autre méthode.

V. APPAREIL CIRCULATOIRE

Les courants de haute fréquence dans le traitement de quelques troubles circulatoires. (Laquerrière et Delherm. Rapport au *Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, Lyon, juillet 1926.) — Dans ce rapport, les auteurs résument les usages des courants de haute fréquence contre les troubles circulatoires. En applications générales, ces courants sont très utiles contre les *troubles généraux* de la circulation, mais s'ils modifient très souvent les signes fonctionnels, ils sont incapables de faire varier notablement le chiffre d'une hypertension constante, ni d'assouplir les artères d'un artério-scléreux.

En ce qui concerne les *troubles de la circulation locale*, les auteurs envisagent les engelures, la maladie de Raynaud, l'artérite oblitérante, la gangrène diabétique qui sont justiciables, soit du lit condensateur, soit de la diathermie, soit de l'effluvation de haute fréquence.

Un cas d'angine de poitrine très amélioré par la diathermie. (Campana. *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, mars-avril 1926.) — Malade de soixante-cinq ans, pression 24, obligé au repos absolu sous peine de voir se déclancher une crise. Soumis à la diathermie transcardiaque; douze séances de douze minutes avec 1.200 m. a. améliorent le malade d'une façon telle qu'il peut faire des efforts, soulever un fardeau, etc., et qu'enfin, un an après (pression 19), il peut faire des ascensions en montagne.

VI. APPAREIL RESPIRATOIRE

La diathermie, traitement de choix des pleurites douloureuses. (J. Minet et M. Bavelaer. *Journ. de méd. de Paris*, mai 1926, n° 20.) — La diathermie constitue dans le traitement des pleurites douloureuses un procédé de premier ordre et son emploi mérite d'être généralisé, car non seulement elle fait disparaître la douleur, mais encore les signes physiques constatés par l'auscultation et la radiologie.

Diathermie appliquée spécialement à la pneumonie. (Stewart. Un volume de 45 pages; New-York, Paul Hoeber, édit.) — L'auteur emploie des électrodes de 5 × 7 pouces; intensité de 1.400 à 2.000 m. a. pendant vingt à trente minutes.

Les contre-indications sont peu nombreuses : pus enfermé dans une région traitée et qui tendrait à diffuser sous l'influence de la diathermie; partout où la dilatation des capillaires pourrait faire craindre une hémorragie; la tuberculose pulmonaire avec cavités en formation, enfin les ulcères du duodénum et de l'estomac.

VII. ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Traitement des métrites cervicales par la haute fréquence. (P. Flandrin et L. Schil. *Presse méd.*, 7 avril 1926.) — Les applications de haute fréquence constituent une méthode facile, ne nécessitant pas d'anesthésie, bénigne immédiatement et dans ses suites. Les métrites hémorragiques ne constituent pas une contre-indication car l'action hémostatique de la haute fréquence entre en jeu.

Technique. — a. *Electrocoagulation.* — L'électrode active (sonde à diathermie vésicale de Legueu) est placée au contact de l'ulcération, séances courtes; une séance tous les huit ou quinze jours; trois à six sont suffisantes.

b. L'*étincelage* convient aux ulcérations peu étendues, mais tenaces; séances deux fois par semaine.

c. L'*effluvation* complète ces deux modes.

Flandrin et Schil ont traité ainsi onze malades restées guéries un an après la cessation du traitement.

La diathermie dans le traitement de l'obstruction prostatique. (T. E. Hammond. *Brit. med. Journ.*, 16 janv. 1926.) — Dans les cas de sclérose fibreuse et d'atrophie prostatique la diathermie peut être utile et permet un résultat fonctionnel meilleur et une mortalité moindre que la prostatectomie.

La diathermie dans les affections rénales. (G. Kolisher et A. E. Jones. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 22 mai 1926.) — La diathermie dans le traitement des néphrites hâte la résorption des œdèmes. On peut employer, soit la diathermie localisée, soit la diathermie généralisée, auto-conduction et diathermie des extrémités.

De l'importance de la diathermie en gynécologie. (J. de Buden. *Progrès méd.*, 5 juin 1926.) — Statistique de la Clinique gynécologique de Budapest concernant 200 malades traitées par la diathermie. Guérisons ou améliorations : 83 p. 100. Trois procédés : 1° neuro-dorsal avec une petite électrode au-dessus de la symphyse pubienne, une plus grande sous le sacrum; 2° vaginal; 3° rectal, lorsque le précédent n'est pas applicable.

Séance trois fois la semaine; en général, il faut de dix à vingt séances.

La médication physique dans les affections inflammatoires gynécologiques. (A. Weiger. *Münch. med. Woch.*, 4 juin 1926.) — Diathermie et ultraviolets combinés donnent d'excellents résultats.

Les résultats de l'emploi de la diathermie dans les infections pelviennes. (Thomas H. CHERRY. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 5 juin 1926.) — La diathermie est le traitement conservateur de choix dans les infections pelviennes; on peut aussi l'employer comme traitement préopératoire pour diminuer les risques d'infection postopératoire.

Un cas de rétrécissement du rectum guéri par l'électrolyse. (LOUBIER. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1926.) — Rétrécissement syphilitique annulaire, dur et serré, chez un homme de trente ans ne pouvant plus aller à la selle qu'avec peine, rétrécissement au-dessus de l'ampoule. Courant galvanique, 8 m. a., huit minutes. A la première séance la bougie n° 10 pénètre très difficilement, même avec l'aide du courant. Ultérieurement, l'intensité est portée à 15, puis 20 m. a., dix minutes. A la dix-neuvième séance le patient va à la selle facilement et on peut passer la bougie n° 30. Un traitement spécifique a été pratiqué en même temps.

VIII. DERMATOSES

Un cas d'hypertrichose traité par l'introduction électrolytique du thallium. (LAQUERRIÈRE et R. LEHMANN. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1926.) — Pour favoriser la pénétration de l'ion thallium, les auteurs couvrent d'abord la peau de vaseline et font une épilation à la pince; de cette façon les follicules seuls servent de passage au courant. Ce traitement, consistant en une vingtaine de séances réparties sur plusieurs mois, a donné un résultat bien supérieur à ce qu'auraient donné vingt séances d'électropuncture.

L'introduction électrolytique médicamenteuse dans les affections de la peau. (LAQUERRIÈRE et DELHERM. *Journ. méd. franç.*, t. XIV, n° 2.) — Rappel des principales applications de cette méthode avec les sels les plus employés :

Salicylate de soude (pôle —), contre prurit et acné ponctué;

Sulfate de magnésie à 3 p. 100 (pôle +) contre les verrues;

Sels de zinc (pôle +) contre ulcères chroniques, plaies infectées, impétigo, ectyma, sycosis, etc.;

Iodure de potassium (pôle —) dans les sclérodermies, les cicatrices adhérentes.

La diathermo-coagulation en dermatologie. (PALVARINI. *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, fév. 1926.) — La diathermo-coagulation est un traitement utile dans le rhinophyma, les chéloïdes, les angiomes tubéreux, l'hypertrichose, les radiodermites ulcéreuses.

Lupus érythémateux traité par la diathermie et la radiothérapie combinées. (PEROCHON et VELNET. *Soc. de méd. de la Vienne*, juin 1926.) — Les auteurs présentent une malade atteinte de lupus érythémateux traitée avec succès par cette association en cinq ou six séances.

Traitement de l'intertrigo simple ou streptococcique par l'étincelage de haute fréquence. (DAVIOT. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1926.) — Cinq observations où Daviot a obtenu la guérison en cinq et quinze séances. Electrode à vide reliée à un résonateur. Etincelage aussi intense que la tolérance du sujet le permet. Séances quotidiennes en insistant sur la périphérie et sur les fissures ou érosions.

Traitement du lupus vulgaire par les courants de haute fréquence. (R. GIRAUDEAU. *La Pratique méd. franç.*, août 1926.) — Les courants de haute fréquence permettent deux modalités bien différentes dans le traitement du lupus : *étincelage caustique* monopolaire de haute tension pour favoriser la transformation scléreuse du nodule fibro-caséeux, tuberculeux; applications de courants de haute fréquence de basse tension, *électrocoagulation massive*, pour détruire les tissus lupiques.

Angiome oculo-palpébral; traitement par la diathermo-coagulation. (G. WORMS. *Soc. d'ophtalm. de Paris*, 16 juin 1926.) — Tumeur vasculaire détruite presque totalement par la diathermo-coagulation sans aucun danger pour les organes de la vision.

Guérison d'une verrue plantaire par l'électrolyse. (A. LAQUERRIÈRE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juillet 1926.) — Exceptionnellement, Laquerrière a employé, dans un cas de verrue plantaire, la technique qu'il a préconisée sous le nom de procédé du *clivage* pour les verrues ordinaires. Non seulement la verrue fut détruite en une séance, mais les douleurs causées par la lésion disparurent aussitôt après la séance.

Insuccès de la haute fréquence dans un cas de prurit anal. (LOUBIER. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1926.) — Comme la haute fréquence donne presque toujours des succès, il est intéressant de publier les rares échecs. Dans ce cas, neuf séances de haute fréquence (effluvation) n'ont amené aucun résultat. Après un repos de quinze jours, radiothérapie superficielle très localisée sur la région malade; trois séances d'une unité H et demie chacune, en dix jours, amènent la guérison.

Prurits et électricité statique. (HADENGUE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1926.) — L'électricité statique constitue une thérapeutique excellente dans certains prurits. L'effluve statique est le procédé le moins irritant, le bain calme l'éréthisme nerveux et l'insomnie. Deux observations montrent que la statique peut réussir là où les ultraviolets et la haute fréquence ont échoué.

IX. AFFECTIONS CHIRURGICALES

Du traitement de la fissure anale sphinctéralgique par les courants de haute fréquence. (R. CERF. *Th. de Paris*, 1926.) — La majeure partie de ce travail est consacrée à la thérapeutique : traitements médicaux et chirurgicaux. Cerf conclut aux avantages de l'emploi de la haute fréquence et étudie les différents modes d'applications, soit par la diathermie (Bordier), soit par l'effluvation (Doumer). Des statistiques rapportées, il conclut : « La haute fréquence par l'effluvation est le traitement de choix, car c'est un traitement sûr, rapide, non sanglant, efficace, n'immobilisant pas le malade. Il doit toujours précéder tout autre traitement.

Une simplification de la technique de l'ablation des polypes recto-sigmoïdiens. (R. BENSAUDE et J.-H. MARCHAND. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, mai 1926.) — Destruction des polypes rectaux par coagulation diathermique, à l'aide d'une pince diathermique dont la tige est isolée. Au moyen du rectoscope, sans anesthésie, la tumeur est saisie entre les deux mors de la pince, puis on établit le courant, 500 à 700 m. a. pendant quinze secondes. Opération sans douleur et sans hémorragie; cicatrisation en trois semaines au maximum.

A propos des différentes modalités des courants de haute fréquence dans les affections ano-rectales. (LAQUERRIÈRE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1926.) — A la suite des travaux de Bensaude et de Mayer, on a tendance à substituer aux courants de haute fréquence et de haute tension les courants de tension plus basse (diathermie). Les anciennes méthodes dues à Doumer ont donné des résultats remarquables, mais dans les fissures des hémorroïdaires survenant chez les hépatiques, dans la rectite, et peut-être dans la sphinctéralgie sans fissure, il semble que la diathermie donne des résultats incontestables.

Deux cas d'insuccès dans le traitement de la fissure anale par les courants de haute fréquence. (LAQUERRIÈRE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1926.) — Il s'agissait de deux grands névropathes, l'un fut traité exclusivement par la haute tension, l'autre par la diathermie. Ces deux échecs, que l'auteur a tenu à publier, ne retirent rien à la haute valeur de la méthode de Doumer, datant de près de trente ans.

Du traitement des sphinctéralgies anales par les courants de diathermie. (BENSAUDE et P. MAYER. *Journ. des prat.*, 24 juillet 1926.) — Dans les cas aigus, commencer par une application externe avec tampon de coton de la grosseur d'un œuf imbibé d'eau salée, 700 à 800 m. a., dix minutes. Après quelques séances, sédation suffisante pour faire des applications intrarectales.

Dans les cas subaigus faire des applications intrarectales

B. C., 176.249, Seine.

avec des électrodes rappelant celle de Doumer, mais présentant à 3 centimètres de la pointe un étranglement destiné à recevoir le sphincter, dix à douze séances.

Dans les cas chroniques l'électrode indifférente double est placée sur l'abdomen et la région lombaire; l'électrode active intrarectale est constituée par une bougie de Hégar, de 18 à 26, 2.000 à 2.500 m. a., quinze séances suivies d'un repos d'une quinzaine de jours.

Les auteurs apportent leurs résultats qui sont très satisfaisants.

Traitement de la fissure sphinctéralgique par la diathermo-coagulation. (BORDIER. *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, juin 1926.) — Bordier préconise la coagulation de la fissure au moyen d'une aiguille appliquée sur toute la longueur de la fissure. Anesthésie locale par injection d'allocaïne; 100 à 150 m. a. pendant quelques secondes. L'auteur rapporte l'observation d'un malade qui, constipé hémorroïdaire depuis plusieurs années, présentait une petite fissure postérieure entre deux sacs hémorroïdaux. Coagulation. Le lendemain, selle non douloureuse; le neuvième jour, chute de l'escarre, aucune trace de fissure.

Polypes de la luette traités par l'électrocoagulation. (DEBEYRE-LIBERSA et DUTERNE. *Soc. de méd. du Nord*, mai 1926.) — Revue générale du traitement des papillomes et tumeurs bénignes du voile du palais par l'électrocoagulation qui seule permet d'obtenir des cicatrices souples, peu visibles.

Le traitement de l'entorse simple aiguë par la faradisation. (G. COLSON. *La Pratique méd. franç.*, sept. 1926.)

Deux cas d'entorse guéris par la faradisation. (G. COLSON. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juillet 1926.) — Dans les deux cas la faradisation tétanisante fut commencée quelques heures après l'accident, et chez ces deux malades quatre séances réparties en deux jours amenèrent la guérison complète. Dans l'un des cas la radiographie montrait un petit arrachement osseux.

Traitement des sténoses par la diathermie. (Alvarez GARCIA. *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, mai 1926.) — La diathermie est applicable aux rétrécissements de l'urètre, du rectum, du canal cervical, aux dacryocystites. L'auteur donne la technique pour ces applications.

Sur l'épicondylite et son traitement par les agents physiques. (J. CLUZET. *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, mai 1926.) — Diathermie trois fois par semaine, 800 m. a., vingt minutes, une électrode autour de la main, l'autre au-dessus du coude. Deux observations : guérison un mois et demi après l'accident.

X. DIVERS

L'introduction électrolytique des médicaments. Rapport présenté à la réunion commune de la Société française d'électrothérapie et de radiologie et de la Société française des électriciens. (LAQUERRIÈRE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1926.) [Résumé de l'état actuel de la question.] — Laquerrière expose comment se fait le passage du courant à travers l'organisme, et montre, d'une part, que les actions électrolytiques sur les ions de l'organisme, indépendamment de tout ion médicamenteux, ont une grosse action thérapeutique, d'autre part que de multiples facteurs rendent le phénomène beaucoup moins simple que dans la cuve de Faraday. La pénétration médicamenteuse se produit, mais on n'est pas maître de porter le médicament à la profondeur que l'on désire; il faut donc distinguer les actions superficielles et les actions profondes. Laquerrière termine en exposant la théorie de Bourguignon sur le mécanisme des actions profondes.

Les applications médicales de la diathermie. Rapport à la réunion commune de la Société française d'électrothérapie et de radiologie et de la Société francaise des électriciens. (P. DUHEM. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1926.) — La diathermie est l'utilisation de l'effet Joule qui peut être poussé très loin avec les courants de haute fréquence parce que ceux-ci ne sont pas perçus par notre sensibilité.

L'auteur étudie dans ce rapport très documenté l'action de la diathermie sur la circulation, sur les échanges respiratoires, sur la sécrétion urinaire, sur le système nerveux, sur le rhumatisme chronique, sur la poliomyélite, sur l'hypertension artérielle, etc. Les applications de la diathermie sont extrêmement nombreuses.

L'auteur termine en disant un mot de la technique des applications; cette technique n'est pas compliquée, mais demande à être correctement appliquée si on veut éviter les accidents : brûlures que l'on reproche à cette méthode et que l'on doit toujours éviter.

Brûlure par courant électrique, électrocoagulation massive du membre supérieur. (GÉLAS. *Soc. de chir. de Lyon*, 27 mai 1926.) — La cicatrisation de l'amputation dura quinze mois, la tachycardie persista pendant six mois. Au cours de la discussion, M. Bérard fit observer que l'effluvation aurait favorisé la cicatrisation.

A propos du traitement des accidents dus à l'électrocution. (J. BESNARD et HADENGUE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1926.) — Il faut toujours pratiquer longuement la respiration artificielle. La méthode de Schaffer est de beaucoup la meilleure, mais il faut continuer les manœuvres très longtemps. Prendre bien garde si l'on sent une ébauche de mouvement respiratoire de le contrarier.

REVUE DES THÈSES

Influence des radiations sur la nutrition de l'aspergillus niger (1), par le docteur François GAYRAL.

Les radiations sont une forme de l'énergie. Elles produisent sur les corps qu'elles rencontrent les effets les plus variés et peuvent modifier les fonctions d'un être vivant.

Ces modifications, très difficiles à mettre en évidence sur un être supérieur, seront plus facilement observées sur un organisme simple présentant d'autre part des processus nutritifs bien déterminés : c'est pour ces raisons que l'aspergillus niger a été utilisé.

Les radiations, selon leur fréquence, couvrent une gamme très étendue; seules, les radiations ultra-violettes, X et gamma ont été étudiées.

Leur influence sur les fonctions nutritives des bactéries et des champignons est peu connue : les plus belles expériences ont été réalisées par Stoklasa sur la fonction nitro-synthétique de certaines bactéries.

Les variations réalisées dans la nutrition du champignon ont été appréciées en comparant la constitution chimique du mycélium et du milieu nutritif. Les diverses substances azotées, hydrocarbonées et lipoïdiques ont été envisagées.

Les techniques utilisées pour les cultures et les recherches comportent quelques modifications nouvelles.

Les analyses des mycéliums soumis à l'irradiation ultra-violette, X dur, moyen, mou et gamma du radium sont successivement rapportées. Des expériences sont consacrées à l'étude du rayonnement total du radium et du thorium X.

Les rayons ultra-violets exercent une action caustique sur la surface du mycélium, empêchent la sporulation et permettent de ce fait, la constitution anormale de la croissance : une formule chimique particulière traduit cette influence.

Les rayons X ou gamma selon la dose ont un effet favorisant ou empêchant; selon le cas, on observe des modifications inverses dans les processus nutritifs.

Les substances radioactives agissent encore plus activement.

Cette uniformité des résultats semble impliquer un mode unique de réactions des fonctions nutritives aux irradiations.

Comme conclusion on peut dire que les processus nutritifs sont donc profondément modifiés par l'irradiation : la dose paraît influer nettement sur le résultat obtenu.

La radiosensibilité d'une fonction nutritive déterminée ne paraît pas probable.

DELHERM.

(1) *Thèse de Toulouse*, 1926.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1927)

Sur le rôle de bacille diphtérique dans les bronchopneumonies. Action des lysats-vaccins polymicrobiens de Duchon. — M. FLANDIN rappelle les travaux de Duchon sur le rôle du bacille diphtérique dans les bronchopneumonies. Il ressort de cette notion nouvelle : 1° que le bacille diphtérique aggrave le pronostic des bronchopneumonies; 2° qu'un cas de bronchopneumonie peut devenir l'origine d'un foyer de diphtérie. Dans ces conditions il conviendrait d'ajouter au traitement habituel des bronchopneumonies, une thérapeutique spécifique dirigée contre la diphtérie.

Valeur pour le diagnostic et le traitement de la scarlatine d'un sérum préparé suivant les principes de Dick. Mode de préparation et titrage du sérum. — MM. Robert DEBRÉ, Maurice LAMY et Henri BONNET rappellent les diverses tentatives faites depuis vingt-cinq ans pour traiter la scarlatine par la sérothérapie antistreptococcique.

Les échecs observés étaient dus à des fautes de technique dans la préparation des sérums et à une absence de titrage. Grâce aux découvertes récentes des Dick il est désormais possible d'obtenir un sérum actif et de le titrer avec précision.

Les auteurs ont préparé un sérum antitoxique qui peut être utilisé pour le diagnostic de la scarlatine en provoquant le phénomène d'extinction de Schultz et Charlton.

Ils pensent que d'intéressants résultats thérapeutiques peuvent être obtenus avec ce sérum dans les scarlatines graves et malignes, à condition d'injecter très précocement une dose forte.

Un cas de sensibilité aux primevères. — M. ESBACH (de Bourges) signale un cas de sensibilité spéciale aux primevères ayant déterminé une éruption intense chez le malade.

Relativement au ramollissement cérébral, à sa fréquence, à son siège, et à l'importance relative des oblitérations artérielles complètes ou incomplètes dans sa pathogénie. — MM. FOIX, HILLEMAND et LEY apportent leurs statistiques relatives à la fréquence du ramollissement cérébral, et à l'état des artères :

1° Le ramollissement est quatre fois plus fréquent que l'hémorragie (100 cas contre 24). Donc sur 10 hémiplégies anciennes, 9 sont dues au ramollissement; sur 10 ictus mortels, 7 sont dus au ramollissement, et sur 10 lésions en foyer, 8 sont dues au ramollissement. Au point de vue pronostic, dans l'hémorragie 70 p. 100 de cas mortels et 30 p. 100 (concernant de petites hémorragies) ont permis une survie plus ou moins longue. Pour le ramollissement 47 p. 100 seulement de cas mortels, et dans l'ensemble pour l'ictus une mortalité de 51,6 p. 100 des cas.

2° *Etat des artères.* — Sur 10 cas de ramollissement l'artère est bouchée 3 fois, presque bouchée 2 fois.

3° *Siège des lésions.* — Artère sylvienne, 68 fois; artère cérébrale postérieure, 19 fois; artère cérébrale antérieure, 12 fois; artère choroïdienne, 1 fois.

4° *Pathogénie.* — Deux points sont à mettre hors de doute : l'importance des lésions artérielles au niveau de l'artère du territoire nécrosé, et le fait que dans la majorité des cas il n'y a pas oblitération *complète*. Ce n'est donc pas celle-ci qui est la cause vraie de l'ictus. C'est, sous l'influence d'une cause occasionnelle, la nécrose brusque d'un territoire insuffisamment irrigué depuis longtemps. Il semble qu'il faille faire intervenir dans certains cas la chute de la pression artérielle, peut-être par défaillance du cœur.

Un cas mortel d'intoxication bismuthique par stomatite et néphrite azotémique aiguë. — MM. CH. AUBERTIN et DESTOUCHES rapportent l'observation d'un homme de trente-sept ans, syphilitique ancien, qui présenta le lendemain d'une injection de bismuth des signes de stomatite intense; le surlendemain il entrait à l'hôpital avec une stomatite grave ulcérée, sanieuse, nécrotique avec adénopathie et température aux environs de 38 degrés. Il existait de plus une albuminurie modérée (0g50), mais on nota dès le second jour une oligurie de 250 grammes et une azotémie de 1g50. La néphrite évolua rapidement avec dyspnée, anurie, hypothermie, progression de l'azotémie qui atteignit en quatre jours le chiffre de 4g70. La mort survint à la suite d'une crise convulsive.

Cet exemple semble le premier, dans lequel la mort est survenue à la suite du traitement bismuthique antisyphilitique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1927)

La toxicité de la tuberculine à l'œuf pour le cobaye tuberculeux. — Mlle SZÜLE (présentée par M. Urbain) établit que la tuberculine à l'œuf injectée par voie péritonéale au cobaye tuberculeux provoque la mort en vingt-quatre heures, à condition d'utiliser des doses élevées (607 centimètres cubes), mais ces doses ne provoquent aucun accident chez le cobaye sain. La tuberculine de l'œuf reste sans effet sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye.

Action du sérum normal de cheval dans le charbon expérimental du cobaye. — M. FRIEDHEIM (présenté par M. Urbain) montre que le sérum normal de cheval n'a aucune action préventive dans le charbon expérimental du cobaye; contrairement aux conclusions de quelques auteurs qui ont trouvé au sérum normal de cheval une action anticharbonneuse remarquable, on n'est donc pas autorisé à abandonner le sérum spécifique anticharbonneux qui s'est montré dans ses expériences d'une efficacité supérieure au sérum normal équin.

Action du ricinoléate de soude sur les bactéries et les toxines. — MM. NETTER, ANDRÉ, CÉSARI et COTONI, reprenant les recherches de Larson (1919) qui a réussi à « détoxiner » les poisons bactériens par l'action de l'oléoricinate de soude, vérifient cette propriété. Des cultures de pneumocoques et de streptocoques mises en présence à parties égales, d'une solution de ricinoléate de soude à 2/100, ont été neutralisées après un quart d'heure de contact. Le sérum des lapins immunisés avec la culture pneumococcique ainsi atténuée s'est montrée efficace contre l'infection pneumococcique de la souris; le fait n'a pu être démontré pour le streptocoque, mais la recherche dans le sérum des lapins d'agglutinines et de précipitines montre qu'il existe des réactions organiques de défense.

Ces recherches peuvent donc avoir une application pratique intéressante.

Variations de la tension artérielle rétinienne sous l'influence de l'émotion. — MM. G. DUMAS, LAMACHE et DUBAR montrent qu'il existe sous l'influence d'émotions provoquées une grosse élévation de la tension de l'artère rétinienne portant surtout sur la systole, et dont l'importance est directement proportionnelle à l'intensité de l'émotion déterminée. Ces modifications peuvent être intéressantes comme indice et mesure des perturbations encéphaliques déterminées par les chocs nerveux.

Le phénomène de la dépressibilité du maxillaire inférieur. Son intérêt dans le diagnostic des paralysies faciales d'origine centrale. — MM. Ch. FOIX et Maurice LÉVY. La paralysie faciale centrale n'est pas à proprement parler une paralysie faciale pure, mais une paralysie céphalique. Outre les muscles de la face, d'autres muscles, par exemple les muscles de la langue, les masticateurs, peuvent être également intéressés. La déviation vraie de la langue constitue un signe important; en ce qui concerne les masticateurs, on constate avec une constance remarquable des troubles de l'équilibre tonique qui se traduisent par une dépressibilité du maxillaire inférieur.

Ce signe peut être mis en évidence par la même manœuvre qui sert à provoquer le « phénomène de la face » de Pierre Marie et Foix. La compression du bord postérieur du maxillaire inférieur du côté paralysé ne détermine pas de contraction de la face de ce côté; en même temps on constate que le maxillaire inférieur est nettement dépressible et se laisse

LABORATOIRES "INAVA"

(INSTITUT DE VACCINOTHÉRAPIE)

ÉTABLISSEMENTS KUHLMANN

26, RUE PAGÈS, SURESNES (SEINE)

TÉLÉPHONE : 182-SURESNES



DENTIFRICE IMMUNISANT ajoutant aux qualités habituelles des meilleures pâtes, celle d'assurer la pénétration dans l'organisme, par la voie des gencives, des éléments vaccinaux luttant contre les microbes.

A découper et à envoyer aux Laboratoires « INAVA » (Institut de Vaccinothérapie), Etablissements Kuhlmann, 26, rue Pagès, Suresnes (Seine). Téléphone : 182 Suresnes.

BON pour un échantillonnage gratuit de PATE-VACCIN "INAVA"

Messieurs,

A la suite de votre annonce circulaire dans les journaux médicaux, mettant en relief les caractéristiques de votre pâte-vaccin « INAVA », basées sur l'utilisation d'un produit à emploi général et journalier tel que la pâte dentifrice, pour assurer la pénétration dans l'organisme, par la voie des gencives, des éléments vaccinaux susceptibles de la préserver contre l'action des microbes, tout en employant une pâte égale aux meilleures sous le rapport de la blancheur des dents et de l'hygiène générale de la bouche, je désirerais essayer ce produit pour me permettre de me persuader de ses avantages.

Veuillez donc m'envoyer **à titre gracieux** quelques échantillons de votre pâte-vaccin « INAVA ».

Signature et adresse du Docteur ....

Monsieur le Docteur,

Parmi nos vaccins auxquels déjà **plus de 6.000 médecins** pendant l'année 1926 qui est la première où ces produits ont commencé à être fabriqués, ont fait l'honneur de témoigner leur intérêt, en nous demandant des échantillons pour en faire l'expérimentation et dont les **résultats particulièrement heureux** sont constatés par des centaines d'attestations, il s'en trouve un qui nous a donné l'idée de réaliser, pour préserver l'organisme contre l'action des microbes, sa vaccination d'une façon permanente et aussi peu compliquée que possible en utilisant dans ce but quelque spécialité à emploi journalier de tout le monde. Bien naturellement notre pensée s'est portée sous ce rapport vers un produit tel que la pâte dentifrice · loin de n'être qu'un simple moyen esthétique pour assurer la blancheur des dents, cette spécialité, bien que prétendue « vulgaire » et même justement à cause de sa « vulgarité », c'est-à-dire du fait de sa très grande expansion et de son usage très fréquent, semble être indiquée plus que nulle autre à devenir le **meilleur véhicule** des médications susceptibles de **lutter contre les microbes**, les plus grands ennemis de l'organisme humain.

C'est cette idée qui nous a guidé pour créer une pâte dentifrice dont la caractéristique est de mettre à la base de sa fabrication, **en outre des éléments ordinaires de toutes les autres meilleures pâtes** assurant la blancheur des dents et l'hygiène de la bouche, **l'action des vaccins** susceptibles de faire **pénétrer** dans l'organisme **par la voie des gencives, les éléments vaccinaux** les plus aptes à le préserver contre l'action des microbes.

Quelques mois écoulés depuis le moment où nous avons commencé la fabrication de cette pâte-vaccin, ont suffi pour obtenir des succès si grands et ont prouvé son action médicale d'une façon si positive, que nous nous croyons autorisés à soumettre ce produit en tant qu'une **spécialité vraiment médicale** à un jugement suprême : à savoir à son appréciation par ceux qui peuvent en effet être sous ce rapport ses meilleurs juges, nous voulons naturellement dire les médecins.

Nomenclature des vaccins « INAVA » :

(Procédé L. Goldenberg.)

- « A » Asthme, Bronchite chronique.
- « B » Abcès chroniques, Sinusites maxillaires, Gingivites, Pyorrhée alvéolaire.
- « D » Furoncle, Anthrax, Acné.
- « G » Blennorragie et ses complications, Prostatites Epididymites, Arthrites, etc.
- « M » Métrites.
- « Ovules / « Vaccin INAVA » } Leucorrhée. Salpingites, Métrites.
- « P » Infections dues aux pyogènes communs.
- « R » Ozène.
- « U » Infections des voies urinaires, Pyélites, Pyélonéphrites, Cystites, etc.

Envoi des échantillons et de la littérature sur demande.

Nous nous permettons donc de vous prier de nous autoriser à vous adresser, à **titre gracieux** bien entendu, quelques échantillons de notre **pâte-vaccin** (un *grand tube* pour votre usage personnel et une *dizaine de petits échantillons*, que vous désireriez peut-être distribuer dans le cas où vous vous feriez une bonne opinion sur ce produit, à vos amis ou, en général, aux personnes de votre entourage). Vous n'aurez qu'à nous envoyer, pour obtenir ces échantillons, le ***BON CI-JOINT*** en y indiquant seulement votre nom et votre adresse.

aisément déplacer. Il ne bouge que peu ou pas quand la compression s'exerce du côté non paralysé.

Ce signe, qui met en lumière des troubles de la contraction tonique dans le domaine du trijumeau moteur, constitue un des meilleurs signes différentiels de la paralysie faciale centrale isolée ou associée à une hémiplégie. Il est précoce, durable, et peut même exister seul alors que tous les autres signes se sont plus ou moins estompés.

La pilocarpine adjuvant du chlorométhylate de diamino-acridine pour la cure des blennorragiens. — MM. H. Jausion et A. Pecker poursuivent l'étude des substances modificatrices permettant chez le blennorragien d'abréger la cure acridinique. A 5 centimètres cubes d'une solution au 1/50 de chlorométhylate de diamino-acridine, ils ajoutent 5 milligrammes de nitrate de pilocarpine ; 29 malades ainsi traités, dont 11 atteints de blennorragie primaire, 5 d'urétrite secondaire d'une durée supérieure à deux mois, 13 multirécidivistes ont été après un chiffre moyen de neuf intraveineuses pratiquées tous les deux jours fortement améliorés ou guéris. Pouvoir amphotrope de l'alcaloïde, effet excito-sécrétoire, leucocytose réactionnelle seraient les raisons de cette action.

Ces résultats seront détaillés et confirmés dans une publication ultérieure.

L'intoxication chronique par le thallium. — M. Henri-René Olivier, reprenant les expériences de Buschke Puser et Dal Collo, établit les modalités de l'action alopéciante du thallium sur tous les animaux de laboratoire : alopécie diffuse, momentanée, ne s'accompagnant, comme lésion histologique de la peau, que d'une raréfaction considérable des bulbes pileux.

Par ingestion, l'auteur a obtenu sur des rats des tumeurs d'aspect papillomateux, hyperkératosique du pré-estomac, de même sur l'œsophage de cobaye. En outre, dans deux cas, il a observé l'aspect histologique d'épithéliome épidermoïde au début. L'impossibilité de reproduire ces lésions en série, l'absence de métastases ne permettent cependant pas d'affirmer l'existence d'un cancer du thallium, et l'auteur préfère voir dans ces lésions le résultat d'un processus inflammatoire prolifératif de la muqueuse.

Enfin, après analyse spectrographique, l'auteur a noté que le thallium s'accumule dans la peau et les poils.

Action de l'atropine et de l'hyoscyamine sur le cœur isolé de l'escargot. — MM. Paul Boyer et René Hazard. L'atropine et l'hyoscyamine exercent sur le ventricule isolé de l'escargot une action caractérisée par une augmentation de l'amplitude des contractions, du ralentissement, et, éventuellement, par un rythme alternant.

Aux concentrations qui ont été étudiées, l'atropine (tropyltropéine droite + gauche) et l'hyoscyamine (tropyltropéine gauche) montrent une action sensiblement égale. Il semble donc que cet organe, presque uniquement musculaire comme on le sait, n'exerce pas la même électivité que les éléments du parasympathique vis-à-vis des hyoscyamines droite et gauche.

Eloge funèbre. — M. Henneguy prononce l'éloge funèbre de M. Manouvrier, membre titulaire de la Société.

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1927)

Pression du liquide céphalo-rachidien et pression veineuse. — MM. H. Claude, R. Targowla et A. Lamache, à propos d'une note de MM. Tzanck et Renault, rappellent leurs travaux antérieurs sur la question. Ils ont montré que les rapports entre tension veineuse et tension du liquide ne sont pas des rapports mécaniques simples et que leurs variations ne sont pas constamment parallèles.

Compression des jugulaires et tension céphalo-rachidienne. — MM. Claude, A. Lamacre et M. Aubry. La compression des jugulaires (épreuve de Queckenstedt) détermine une ascension notable de la tension du liquide céphalo-rachidien : 10 à 12 centimètres en général. Le facteur primordial de cette hypertension est d'ordre mécanique ; toutefois il faut tenir compte d'un facteur réflexe en relation avec l'état neuro-végétatif du sujet.

La torpeur nymphale et l'autonarcose carbonique. A propos d'une note de M. L. Portier et de Mlle de Rorthays sur la composition chimique interne des cocons de vers à soie. — M. R. Dubois. Les faits signalés par les auteurs de la note précitée sont intéressants parce qu'ils se rattachent à la physiologie de l'acide carbonique qui a été méconnue.

On a eu tort de considérer ce gaz comme un simple déchet de la nutrition, alors qu'en réalité son rôle est plus important encore que celui qui a été assigné par Lavoisier à l'oxygène. C'est bien à lui qu'appartient le premier rang puisqu'il règle et commande l'activité de l'oxygène, puisqu'il est le grand maître de nos combustions, l'antipyrétique normal, l'universel autorégulateur des phénomènes de la vie.

MM. Marcel Labbé et Paul Renault rapportent les résultats d'une série d'expériences précisant le **rôle de l'extrait surrénal sur la glycémie.**

Dans une première série d'expériences, les auteurs injectent de l'extrait surrénal à l'animal puis à l'homme. Ils ont noté dans tous les cas une réaction d'hyperglycémie. Dans une deuxième série d'expériences, ils pratiquent des injections d'extrait surrénal au cours de la réaction d'hyperglycémie provoquée au glucose, et observent que celle-ci est très peu modifiée.

Dans une troisième série d'expériences, ils mettent en évidence le rôle antagoniste de l'extrait surrénal et de l'insuline sur la glycémie.

Etude des corrélations urinaires. — M. R. Rafflin. On a :

$$\frac{pH}{4} + \log.\ \frac{Nam.}{N.\ tot.} + \frac{\log.\ V\ h}{6} = 3{,}495 + 0{,}12.$$

Et d'autres relations moins approchées entre ces variables.

Ces constantes sont modifiées dans certains états pathologiques. L'excrétion d'une glande est astreinte à certaines conditions propres à cette glande et à peu près indépendantes des modifications du milieu intérieur. Des rétentions peuvent ainsi se présenter comme la conséquence d'une propriété bien définie de certaines glandes.

La dose de toxine à utiliser pour la réaction de Dick. — MM. Robert Debré et Maurice Lamy estiment trop faible la dose de toxine utilisée en injection intradermique par G. F. et G. H. Dick pour provoquer la réaction. En l'employant, on s'expose à voir éclater des cas de scarlatine chez des sujets ayant présenté une réaction négative ou douteuse.

Après divers essais, ils concluent en préconisant l'injection d'une dose double de la dose américaine ; grâce à cette modification, on obtient des résultats plus nets, sans élever sensiblement le pourcentage des réactions positives. Aucun cas de scarlatine n'a été observé chez des sujets ayant réagi négativement à l'injection de cette dose.

Variations dans le pourcentage des sujets présentant une réaction de Dick positive. — MM. Robert Debré et Maurice Lamy ont observé de grandes variations dans la proportion des sujets réagissant positivement à l'injection intradermique de toxine de Dick. Le plus grand nombre des individus réceptifs s'observent dans les premières années de la vie, les premiers mois exceptés ; cette proportion s'abaisse progressivement à mesure que l'on s'adresse à des individus plus âgés : de 50 p. 100 chez les jeunes enfants, elle tombe à 10 p. 100 et moins chez les adultes.

L'influence du milieu est incontestable : le nombre des individus réceptifs est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain, dans la clientèle aisée que dans la population pauvre, dans les collectivités indemnes de scarlatine que dans celles où la maladie sévit à l'état endémique.

L'immunisation spontanée occulte contre la scarlatine explique les variations constatées.

Contrôle de l'état de la petite circulation par l'étude de la pression veineuse périphérique. — MM. Villaret et Martiny montrent qu'en étudiant simultanément la pression veineuse périphérique et les syndromes radiologiques vasculaires du hile on peut déduire des conclusions importantes sur l'état de la petite circulation : la pression veineuse périphérique est élevée dans tous les cas d'hypertension de l'artère pulmonaire (scléroses broncho-pulmonaires, artérites pulmo-

naires), elle est normale en cas de stase veineuse pulmonaire pure (lésion mitrale bien compensée).

Recherches sur le passage des toxines et antitoxines à travers le placenta. — MM. L. Nattan-Larrier, G. Ramon et Grasset. Les toxines diphtérique et tétanique introduites dans le courant circulatoire de la lapine ne passent pas à travers le placenta et ne se retrouvent pas dans le sang des petits, alors qu'il est facile de les caractériser dans le sang de la mère. D'autre part, les petits provenant de mères injectées se développent normalement. Le placenta du cobaye semble légèrement perméable lorsque de très fortes doses de toxine tétanique très active sont introduites dans la circulation maternelle. Le placenta est, d'autre part, perméable aux antitoxines homologues et hétérologues. Ainsi sont expliqués les caractères de l'immunité que la mère transmet au fœtus; immunité passive qui disparaît après deux mois environ chez le nouveau-né.

Sur le retentissement hépatique de l'autolyse du tissu splénique. — MM. Noël Fiessinger, H.-R. Olivier et C.-M. Laur. Les expériences des auteurs : ligatures partielles ou totales du pédicule splénique, ne permettent pas de réaliser une cirrhose annulaire d'origine splénique. Mais il faut tenir compte des difficultés techniques et de la courte durée des phénomènes. On ne peut en tirer qu'une notion, celle du retentissement incontestable des altérations aseptiques et autolytiques de la rate sur le foie. Ces constatations éclairent l'histoire des hépatites dégénératives et scléreuses survenant au cours des splénomégalies.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 4 février 1927)

Sur les incidents de la lithotritie. — M. Cathelin.

Déviation du maxillaire inférieur par déformation du condyle maxillaire. — M. Dufourmentel présente une malade opérée depuis quinze jours pour une déviation mandibulaire considérée comme incurable par les moyens habituels de l'orthodontie. Le résultat fut immédiat, sans aucun trouble articulaire, et avec une cicatrice pratiquement invisible.

L'incision transversale en gynécologie. — M. Peugniez donne sa préférence à l'incision transversale, mais reconnaît que la plupart des chirurgiens et lui-même, entraînés par l'habitude, ne l'utilisent que rarement.

M. Léo considère que cette incision permet le drainage, que l'infection éventuelle des sutures est compatible avec la conservation du bénéfice d'une paroi solide et qu'enfin une prolongation des extrémités de l'incision permet d'étendre les indications jusqu'à l'exécution d'une opération césarienne, comme il l'a faite une fois de propos délibéré.

M. Thévenard, en dehors des considérations esthétiques, emploie l'incision transversale quand la réfection d'une paroi abdominale solide et vigoureuse est indispensable : donc, chez les femmes astreintes à de durs travaux et les sportives. La possibilité de la nécessité d'un drainage, à plus forte raison d'un Mickulicz, la prévision de manœuvres opératoires étendues, d'examen de plusieurs régions de l'abdomen, contre-indiquent, au contraire, l'incision de Pfannenstiel. Il faut être éclectique.

M. Dartigues préconise la laparotomie transversale pour son caractère esthétique et sa solidité, dans toutes les opérations pelviennes, dans tous les cas où on n'utilise pas la voie vaginale, et à part les cas qui nécessitent de très vastes incisions. L'auteur rappelle qu'en France c'est le professeur Segond et lui qui ont pratiqué, les premiers, cette intervention dont il a donné la technique avec planches dans la *Presse médicale*, en 1899.

M. Petit de la Villéon se rallie aux avantages de l'incision transversale sus-pubienne. Il a pratiqué autrefois des Pfannenstiel types; mais depuis, surtout à cause des difficultés et des ennuis du retroussis de l'aponévrose, il emploie le plus souvent une incision transversale sus-pubienne, de la peau seulement; son but alors est purement esthétique.

M. Haller préfère l'incision médiane ombilico-pubienne à l'incision de Pfannenstiel, parce que plus rapidement exécutée, exposant moins à des hématomes, plus commode en présence de difficultés intraabdominales et donnant esthétiquement de très beaux résultats en rapport avec la qualité de cicatrisation de la peau de la malade.

M. Mornard se sert, dans un but à la fois d'esthétique et de solidité, de l'incision transversale toutes les fois que le volume de la tumeur, la nécessité de manœuvres sus-ombilicales, ou d'un large drainage, ne le lui interdisent pas.

M. Séjournet reproche les difficultés opératoires inhérentes à une incision qui, pour rester esthétique, doit être située au-dessous de la ligne des poils et ne la dépasser ni à droite, ni à gauche.

Appareils orthopédiques en cuivre galvanoplastique. — MM. Roederer et Poutet.

Séminome de l'ovaire chez une jeune fille de dix-huit ans. — MM. Mornard et Hirchberg en apportent un cas. Cette tumeur mâle est le résultat de la persistance des cordons médullaires du développement de l'ovaire, formation à potentiel mâle qui devrait disparaître. Ces notions expliquent bien des cas d'hermaphrodisme et d'inversion sexuelle.

A propos de deux cas de hernie géante. — M. J. Coudray en apporte deux observations : l'une, hernie inguinale droite, très volumineuse, étranglée, chez une femme de soixante-deux ans, irréductibilité malgré la kélotomie, résection iléo-cæcale, guérison; l'autre, hernie inguinale droite, descendant presque aux genoux, chez un homme de soixante-cinq ans, avec état général très mauvais; cure radicale, guérison.

L'auteur insiste sur l'importance, et de la préparation pré-opératoire (en particulier des injections d'oxygène) et de l'anesthésie régionale pour l'opération.

Un cas de tumeur ovarienne maligne dite de Krükenberg. — M. Lutaud montre qu'il s'agit d'une affection d'une extrême rareté, associant secondairement une tumeur ovarienne maligne à un épithélioma mucoïde gastrique.

Accidents d'occlusion consécutifs à une non-élimination d'un bouton métallique de Murphy toléré pendant dix-huit mois. — M. Dartigues présente le cas d'un bouton métallique de Murphy, pour anastomose jéjuno-jéjunale à la suite d'une gastrectomie pour ulcère de l'estomac, qui a été toléré pendant dix-huit mois au bout desquels il y a eu des phénomènes d'occlusion. Laparotomie, extraction, guérison.

Hernie crurale étranglée chez un homme, contenant l'appendice sphacélé et une anse grêle. — M. Weber.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(Décembre 1926-janvier 1927)

A propos du prolapsus utérin chez les femmes âgées. — M. Bonnal insiste sur les lésions très différentes que présentent la femme dans la force de l'âge, chez laquelle le prolapsus est consécutif à de nombreuses grossesses, et la femme âgée où le prolapsus est dû à la déchéance organique, par insuffisance de nutrition ou atrophie sénile. Dans le premier cas, l'étoffe est déchirée mais la trame est solide et il suffira de reconstituer le périnée. Dans le deuxième cas, l'étoffe est mauvaise, distendue et fissurée de toutes parts et la raccommoder est un leurre. L'auteur insiste sur l'inefficacité et les dangers de l'hystérectomie vaginale chez ces malades et il préconise l'opération de Le Fort élargie, le cloisonnement du vagin qui solidarise les parois vaginales et crée un bloc qui s'oppose au prolapsus. Il relate, à l'appui de sa thèse, diverses observations.

A propos des céphalées « secondaires » de la rachianesthésie. — MM. Marcel Arnaud et Albert-Crémieux rapportent quatre cas de céphalées secondaires, apparues dans les jours suivants une rachianesthésie à la syncaïne. Deux fois, la céphalée est accompagnée d'un syndrome méningé, dans deux cas, aucune amélioration ne fut observée à la suite du traitement préconisé par Leriche contre les phénomènes

d'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Au point de vue pathogénique, les auteurs incriminent une méningite toxique, associée ou non à l'hypotension du liquide céphalo-rachidien, le mécanisme n'étant pas univoque.

Acariose du grain d'allure épidémique. — M. Georges Barbier.

Un procédé de cathétérisme chez les prostatiques en rétention aiguë. — M. Dor. Chez ces malades qu'il faut pouvoir soulager rapidement, les procédés habituels de cathétérisme peuvent échouer quand ils sont essayés en position de décubitus horizontal. Aussi, quand la cystostomie n'est pas indiquée, et quand la sonde molle de Nélaton, la sonde béquille avec ou sans mandrin Béniqué ou Maisonneuve a échoué même combinée avec le toucher rectal; l'auteur conseille de placer le malade en position fortement inclinée comme en Trendelenbourg et d'essayer à nouveau dans cette position les diverses sondes citées plus haut.

Un cas de pleurésie purulente à pneumocoque chez l'enfant traité par l'optochine. Echec du traitement. — M. P. Giraud rapporte l'observation d'une pleurésie purulente chez un enfant de trois ans au début de son évolution. On pratiqua huit ponctions évacuatrices suivies d'injections intrapleurales d'optochine. La fièvre persistant, l'état général déclinant progressivement, on se décida à l'intervention plus d'un mois après le début des injections. L'opération pratiquée par le docteur Poucel montra un épanchement très abondant (un demi-litre) en plèvre absolument libre. La guérison fut lente après persistance d'une fistule pleurale temporaire.

Un nouveau cas de pleurésie purulente à pneumocoques traité par l'optochine avec insuccès. — M. J. Poucel. Enfant de trois ans et demi. Cas paraissant très favorable pour l'essai de la méthode; excellent état général; température peu élevée. Technique de Gralka, lavage de la plèvre avec solution de chlorhydrate d'optochine à 5 p. 1000, puis on laisse dans la plèvre 7 centimètres cubes d'optochine à 5 p. 100, soit 35 centigrammes (soit 25 milligrammes par kilogramme de poids), une injection tous les deux jours pendant trois fois. Echec complet nécessitant l'intervention. Les énormes éponges purulentes de fibrine qu'on trouve toujours dans ces pleurésies expliquent les échecs de toutes autres méthodes que l'intervention.

Rein tuberculeux préalablement traité par le bleu de méthylène. — MM. Chauvin et Buisson.

Syndrome de Stokes-Adams avec dissociation auriculo-ventriculaire complète. — MM. Olmer et Perrimond.

Déformation hippocratique des extrémités sans lésions cardiaques ni pulmonaires. — MM. Olmer, Perrimond et Mlle Gayraud.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

A PROPOS D'UNE COMMUNICATION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE SUR LE SECRET MÉDICAL

Au mois de novembre 1926, a été faite à l'Académie de médecine une communication sur le secret médical (1), qui mérite une attention particulière. Comme conclusion, cette communication contient que : le secret médical est avant tout un contrat entre le médecin et son client; le médecin ne doit pas le secret à une personne qui n'est pas son client; le client peut seul dégager le médecin du secret, mais le médecin dans ce cas n'est pas tenu de parler; c'est seulement par un certificat que le médecin peut révéler le secret de son client, mais ce certificat doit être remis au client qui l'utilise s'il le veut et qui prend ainsi la responsabilité de la divulgation. Et l'auteur demande que le législateur intervienne pour voter une loi qui contiendra ces principes.

Cette thèse qui consiste à dire que le secret médical repose sur une convention entre le médecin et le malade ne nous paraît pas pouvoir être consacrée; car elle méconnaît, à notre avis, le motif, et par suite, la justification du secret médical, comme du secret imposé à ceux qui exercent certaines professions telles que celles de l'avocat, l'avoué ou du notaire ou qui remplissent un ministère comme le prêtre. Ces personnes, par état ou profession, sont dépositaires des secrets d'autrui.

Le secret professionnel est la connaissance des faits confidentiels que l'on a appris dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa profession ou de son état, et que l'on est tenu moralement et légalement de ne pas divulguer. Le législateur, dans l'article 378 du Code pénal, s'est contenté de poser le principe du respect de certaines confidences : « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, dit-il, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes, dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 à 500 francs. L'expression « dépositaires » employée par l'article 378 n'a rien de juridique; elle ne se réfère en aucune manière au contrat de dépôt qui dans notre droit s'applique à des choses matérielles et non à des choses immatérielles. Suivant M. Garçon (Code pénal annoté, art. 378, nos 8 et 9), il appartient à la jurisprudence de faire application du principe du respect des confidences en s'inspirant à la fois des nécessités de la vie courante, de l'équité et des règles du droit pénal et de l'instruction criminelle. Cela n'indique pas la base juridique du secret médical. Il se peut que ce ne soient pas les mêmes raisons qui justifient le secret médical, le secret judiciaire, le secret notarial, le secret confessionnel, le secret d'État, et que dès lors le législateur n'ait pas voulu formuler une règle générale, servant d'appui au secret professionnel.

Mais ici, nous n'envisageons que le secret médical; on peut dès lors chercher son fondement.

Dans notre ancien droit, l'obligation au secret professionnel n'était sanctionnée, que lorsqu'il s'agissait du secret de la confession faite à un prêtre; c'était une règle d'ordre public destinée à protéger la religion catholique. La loi pénale actuelle a considéré que l'ordre public devait être garanti d'une manière plus générale et plus étendue : le secret médical est d'ordre public. Le motif en est que le manquement à la plus stricte discrétion constitue un danger pour la société : si un malade a la crainte que sa maladie peut être divulguée et que ceux qu'il fréquente aient connaissance de la nature du mal qui l'atteint ou qui l'a atteint, il est à redouter qu'il ne se confiera pas au médecin et laissera s'aggraver ou se répandre son mal : il est des maladies qu'il y a intérêt à ne pas divulguer. Le médecin est le confident nécessaire; une violation par lui de son obligation au secret jetterait un discrédit sur la corporation tout entière, discrédit qui aurait pour effet d'imposer le silence au malade par crainte d'une révélation.

Mais, à côté du malade, il faut considérer le médecin qui remplit un devoir professionnel et qui ne relève que de sa conscience; et il est seul appréciateur des faits qui parviennent à sa connaissance. Il ne connaît pas seulement les faits confidentiels par essence; le malade peut en outre lui confier certains faits, en tant que médecin et dans l'exercice de sa profession, faits confiés sous le sceau du secret; le médecin peut savoir certains faits que le malade ne veut pas révéler en raison de circonstances particulières. L'un des cas les plus redoutables en cette matière est celui où le médecin est consulté sur un projet de mariage. La situation est fort embarrassante et le cas le plus caractéristique est celui où le fiancé est syphilitique; se taire, c'est se rendre complice d'un véritable empoisonnement de la jeune fille et de ses descendants; parler, c'est violer la confidence qu'il a reçue d'un malade à l'occasion de l'exercice de sa profession. La conscience du médecin est seule juge du parti qu'il doit prendre; nous laissons de côté la sanction pénale qui peut résulter de la violation du secret professionnel.

La question se pose dans ce cas particulier de savoir comment la thèse du contrat entre le malade et le médecin pourrait recevoir sa justification. Sans doute, on peut dire que, s'il y a contrat, le malade donnera ou ne donnera pas son autorisation et en l'espèce il ne donnera jamais son autorisation. Mais ce n'est pas parce que le malade n'aura pas donné son autori-

(1) Gallois. Le secret médical, *Acad. de méd.*, séance du 30 novembre 1926 (voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 97, p. 1561).

sation, — laquelle il ne donnera jamais — que le médecin croira pouvoir parler ou se taire ; il prendra l'un ou l'autre parti suivant sa conscience. La question a passionné les médecins ; et encore maintenant elle n'est pas résolue unanimement dans un sens ou dans un autre ; pourquoi donc se pose-t-elle, étant donné qu'on peut dire d'avance que le malade refusera de donner son autorisation ? Elle se pose parce qu'elle relève de la conscience du médecin.

Nous considérons que le médecin est tenu au secret professionnel d'une manière absolue et qu'il ne peut en être délié par son client. Le secret médical ne peut résulter d'une convention, qui ne saurait être en tout cas que tacite, qui libérerait le médecin, si bon semblait au client, de l'obligation au secret. Mais qui empêcherait donc le malade lui-même de faire la révélation, s'il le désirait ? il pourrait le faire en certains cas, en produisant les ordonnances. Dans cette thèse de contrat, il n'y a qu'une obligation relative ; mais on peut dire que la divulgation ne peut se faire qu'avec l'assentiment des deux contractants ; ce point de vue ne résoud pas la question, car on laisse au médecin la faculté de faire la révélation, si son client l'y autorise ; quelle sera sa situation s'il ne le fait pas ? Va-t-il encourir une responsabilité qui se traduira par une condamnation à des dommages-intérêts, si le médecin estime que son devoir est de se taire ? La conscience du médecin est ici en jeu : il est juge. Et cela est si vrai que dans la communication faite à l'Académie de médecine, nous relevons ce passage : « Dans les maladies contagieuses soumises actuellement à la déclaration, la question du secret ne se pose plus guère, puisque les malades acceptent en général l'envoi de notre bulletin. Cependant si un de mes clients s'opposait à cet envoi, je ne me croirais pas autorisé à le faire. Je m'exposerais peut-être à une pénalité mais l'Etat ne peut m'obliger à parler si ma conscience me le défend. » Est-ce que le malade peut obliger le médecin à parler si sa conscience le lui défend ? La réponse, nous n'en doutons pas, serait négative.

Telles sont les observations que nous a suggérées la communication faite à l'Académie. Le secret médical, à notre sens, ne saurait trouver son fondement dans un accord tacite ; il est autre chose, il intéresse l'ordre social, l'ordre public, c'est pourquoi, il doit être absolu par principe.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DES OSTÉITES PAR L'HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE (1)

Par A. Gombault.

A la suite des communications de MM. Lemay et Jaloustre, à l'Académie des sciences, relatives à l'action du bismuth sur le staphylocoque, et des observations — publiées par le docteur Fourcade — de staphylococcies traitées par l'hydroxyde de bismuth radifère, le docteur Combault précise les indications de ce traitement, en ce qui concerne la question des ostéites traumatiques.

Ses observations lui permettent d'établir les conclusions suivantes : dans les staphylococcies internes, lorsque le staphylocoque est le seul agent pathogène, l'hydroxyde de bismuth semble spécifique ; le résultat thérapeutique est moins brillant lorsque le staphylocoque est associé au streptocoque, celui-ci semblant acquérir une virulence particulière lorsque le staphylocoque a été détruit par le bismuth.

Comme en attestent plusieurs observations, l'efficacité remarquable de l'hydroxyde de bismuth radifère dans le traitement des ostéites staphylococciques traumatiques, et parti-

(1) *Journ. des prat.*, 15 janv. 1927.

culièrement des ostéites chroniques, se traduit par une cicatrisation rapide; les récidives sont rares, une ou deux injections suffisent d'ailleurs à les juguler. Une série préventive d'hydroxyde de bismuth radifère permet en outre, dans certains cas, des tentatives de conservation ou de restauration qui sembleraient téméraires avec tout autre traitement.

Les conclusions du docteur Combault confirment donc, en matière de staphylococcie profonde, les observations des premiers expérimentateurs, tant au point de vue bactériologique qu'au point de vue clinique.

LIVRES NOUVEAUX

Le Traitement du diabète (1), par Marcel Labbé, professeur de pathologie générale à la Faculté de Paris, médecin de la Pitié. Collection de médecine et de chirurgie pratiques.

Ce petit livre s'adresse à la fois aux médecins et aux malades qui y trouveront des indications pour l'application du traitement et du régime au cours du diabète.

La première édition a été épuisée très rapidement. Il est difficile, en effet, non seulement de trouver des livres médicaux permettant de surveiller le régime des diabétiques, de les rendre suffisamment variés, mais aussi donnant des renseignements sur les recettes culinaires à utiliser dans la diététique du diabète.

On trouvera dans ce livre un aperçu du diabète, de sa physiologie et des accidents qui le compliquent.

L'auteur rappelle ensuite les règles qu'il faut suivre pour procéder à un examen méthodique du diabétique, et il insiste sur les diverses analyses chimiques auxquelles le médecin doit recourir.

La plus grande partie du livre est consacrée au traitement du diabète. Le professeur Marcel Labbé en expose les règles générales, puis il précise les traitements appropriés aux diverses formes de diabète et à leurs complications. Un chapitre est consacré à l'insuline.

Le médecin devant avoir une connaissance très sûre de la pathologie alimentaire, des notions de cuisine, des recettes culinaires variées, l'auteur décrit les régimes et précise la qualité et la quantité de la ration alimentaire du diabétique.

Ainsi, ce petit livre, non seulement servira de guide au médecin mais pourra être consulté fréquemment par le malade.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

INDICATIONS, TECHNIQUE & ACCIDENTS DE LA TRANSFUSION DU SANG (2)

3° Transfusion proprement dite.

La technique la plus simple est celle du sang citraté de P. E. Weill.

Elle nécessite :

Un récipient (capsule),

Une baguette de verre,

Des aiguilles à prise de sang, d'assez gros calibre,

Des seringues, deux au minimum, de 20 centimètres cubes ou 50 centimètres selon la quantité de sang à injecter.

Tous ces instruments doivent être stérilisés.

On se procurera également :

Une solution de citrate de soude à 10 p. 100. On versera dans le récipient destiné à recevoir le sang du donneur 10 centimètres cubes pour 300 centimètres cubes de sang.

(Théoriquement, 10 centimètres cubes peuvent stabiliser 500 centimètres cubes de sang.)

On prélève le sang, comme pour une saignée ordinaire, soit avec un garrot, soit plus commodément avec l'appareil de Vaquez. On le recueille aseptiquement tandis qu'un aide agite le mélange sang + citrate avec la baguette de verre pour éviter toute coagulation.

On réinjecte ensuite le sang. Chez les malades saignés à blanc c'est souvent l'introduction de l'aiguille dans la veine qui est le temps le plus difficile.

On injecte LENTEMENT, en surveillant le malade.

Lorsque la première seringue est épuisée on fixe solidement l'aiguille dans la veine, à l'aide de deux doigts, on retire la seringue, et avec la même précaution on adapte la seconde seringue. On répète la manœuvre jusqu'à ce que la quantité de sang voulue soit injectée.

Autres techniques. — Des appareils ingénieux permettent de pratiquer la transfusion de sang pur.

Parmi les plus employés il faut citer :

La seringue à transfusion de sang pur de Jubé;

Le distributeur à trois voies de Tzank.

Différentes modalités de transfusion. — 1° **Transfusion exsanguination.** — Peut s'employer dans les intoxications, les toxi-infections. Elle consiste à retirer au malade une grande quantité de sang, et à lui réinjecter une quantité égale de sang sain;

2° **Transfusion de globules lavés.** — A été préconisée, mais n'est pas de pratique courante;

3° **Transfusion chez le nourrisson.** — Se pratique comme chez l'adulte. On peut injecter dans la saphène interne, au niveau de la malléole ou dans une veine du pli du coude. Les veines du crâne sont souvent les veines de prédilection;

4° **Transfusion sous-cutanée** (Weissenbach). — Convient aux anémies médicales. Le sang citraté passe dans la circulation;

5° **Immuno-transfusion de Wright.** — S'emploie dans les infections graves. Consiste à injecter le sang d'un convalescent ou d'un sujet immunisé contre l'infection du malade, permet d'apporter outre le secours immédiat de la transfusion, les anticorps que le sujet est lui-même incapable de fabriquer contre son infection.

Accidents. — Ils sont peu à redouter si on a pris toutes les précautions nécessaires.

Néanmoins, la réaction de Beth Vincent peut être infidèle, le changement de groupe des malades, la possibilité de groupes complexes, le vieillissement des sérums étalons sont des causes possibles d'accidents dont il faut se méfier.

A. **Précoces.** — Ce sont des accidents d'incompatibilité. Surviennent au cours de la transfusion, avant même qu'on ait injecté 100 centimètres cubes. Ils se manifestent par :

Des changements de coloration de la face (pâleur suivie de rougeur);

De l'*angoisse*, de la *dyspnée*, une sensation de constriction cervicale et thoracique. Des *douleurs lombaires ou abdominales*.

Lorsque ces signes apparaissent : il faut arrêter la transfusion; la continuation de l'opération pouvant amener la mort par *hémolyse* : l'arrêt de la respiration, le collapsus cardiaque survenant souvent même avant la fin de la transfusion.

B. **Tardifs** : Hémoglobinurie;

Hémorragie externe;

Phénomènes d'ordre anaphylactique ou hémoclasique survenant plusieurs heures après la transfusion :

Crochet thermique;
Prurit intense;
Eruption d'urticaire;
Tremblement;
Frisson;
Malaise général.

(1) Deuxième édition revue. Un volume de 158 pages — *Prix de base* pour la France : 8 fr. en plus hausse variable (40 p. 100, juillet 1926). *Prix fixe* pour l'Etranger : 0 dollar 32. — Paris, Masson et Cie.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 14, p. 239.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili. Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Le règlement du concours des médecins des hôpitaux prévoyant que la lecture des copies anonymes (compositions théoriques et consultations écrites) sera faite par des internes en médecine des hôpitaux qui recevront par séance une rétribution de 25 fr. — deux internes étant attachés pour chaque séance à chacun des deux jurys et devant alterner pour la lecture des copies — les internes désireux d'apporter leur collaboration à l'Administration sont priés de donner leur nom au directeur de l'établissement en indiquant s'ils désirent :

1° Soit assurer la lecture des copies à chacune des séances du concours (12 séances environ) ;

2° Soit ne prêter leur concours que pour une ou plusieurs séances.

Le directeur de l'établissement adressera ces renseignements à l'Administration.

L'épreuve écrite aura lieu le 28 février.

— CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Ménétrier, Bruhl, Loeper, Foix, Labbé, Pinard, Carnot, Aubertin, Michel, Faure-Beaulieu, Lian, Léri.

Censeurs : MM. Weissenbach, Tinel, M.-P. Weill, Henri Bénard, Caïn, May, Gautier et Binet.

HÔPITAUX THERMAUX. — Sont désignés pour assurer en 1927 le service des hôpitaux thermaux :

Barèges. — M. le médecin-major de 1re classe Rebierre, médecin chef.

M. le médecin-major de 2e classe Laban.

Bourbonne. — M. le médecin principal de 2e classe Delacroix, médecin chef.

MM. les médecins-majors Dellys et Marion.

Mont-Dore. — M. le médecin-major de 1re classe Langlois, médecin chef.

Vichy. — MM. les médecins-majors Fauque, Bureau, Pambet et Dillenseger.

En outre, seront détachés pendant la saison : MM. les médecins aides-majors Icart et Trial, à Barèges ; Bourgeot et Ducoureau, à Bourbonne ; Henri, au Mont Dore ; Augrand, Baumelou, Labarthe et Veyssel, à Vichy.

DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE. — Les cas de maladie d'origine professionnelle, que les docteurs en médecine ou officiers de santé doivent déclarer aux termes de l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919, en vue de l'extension éventuelle de la législation sur les accidents du travail à ces maladies sont les suivantes :

Toutes les maladies ayant un caractère professionnel causées :

a. Par le plomb et ses composés ;
b. Par le mercure et ses composés ;
c. Par les hydrocarbures et leurs dérivés chlorés et nitrés, notamment le benzène, le tétrachloréthane, le tétrachlorure de carbone, l'éthylène perchloré, l'éthylène trichloré, l'éthylène dichloré, le chloroforme, l'éthane pentachloré, les nitrobenzènes ;
d. Par l'aniline et ses dérivés ;
e. Par le sulfure de carbone ;
f. Par les vapeurs nitreuses, le chlore et autres gaz chlorés, le brome, l'acide fluorhydrique, le gaz sulfureux, l'hydrogène sulfuré et le sulfhydrate d'ammoniaque, l'acide cyanhydrique, l'oxyde de carbone (gaz phosgène), les formaldéhydes ;
g. Par le phosphore blanc et l'hydrogène phosphoré ;
h. Par l'hydrogène arsénié et autres composés de l'arsenic ;
i. Par l'action des brais, goudrons, huiles minérales, bitume, ciments, chauds et autres produits caustiques ;
j. Par l'action de l'acide chromique et des chromates alcalins ;
k. Par l'action des rayons X et des substances radioactives.
— (*J. O.*, 22 fév. 1927.)

COMMISSION DE PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES. — MM. les docteurs Dequidt, inspecteur général

des services administratifs, et Lévy-Bing, médecin de Saint-Lazare, sont nommés membres de la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes.

MARINE. — Le concours annoncé au *Journal officiel* du 29 décembre 1926 pour l'emploi de professeur de pathologie externe et d'accouchements à l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux aura lieu à Toulon, le vendredi 1er avril 1927 et jours suivants.

Jury d'examen. — Président : M. le médecin général de 1re classe, inspecteur général du Service de santé.

Membres : MM. Oudard, médecin en chef de 1re classe; Ployé, médecin principal. (*J. O.*, 22 fév. 1927.)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — *Au grade de commandeur.* — MM. les professeurs Félix Legueu et Vaquez (de Paris).

POSTES ET TÉLÉGRAPHES. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Beaufumé (de Paris).

MARINE MARCHANDE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Charles Buillaud, médecin sanitaire maritime.

TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Vendeville (de Villers-Bretonneux).

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE. — Le *Journal officiel* du 20 février publie un avis de concours pour le recrutement d'un préparateur au Laboratoire national de contrôle des médicaments.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 20 février publie l'avis de vacance du poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Montreuil-sous-Bois.

AMERICAN PHILOSOPHICAL SOCIETY. — L'American Philosophical Society held at Philadelphia for promoting Useful Knowledge célébrera les 27, 28, 29 et 30 avril, à Philadelphie le deux centième anniversaire de sa fondation par Benjamin Franklin.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le Service de la statistique a enregistré pendant la 4e décade, du 1er au 10 février 1927, 1.277 décès, au lieu de 1.404 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.261, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 7 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 30, au lieu de 33 pendant la décade précédente (moyenne 24).

La variole et la varioloïde ont causé 1 décès; 1 cas nouveau a été déclaré par les médecins; au lieu de 3 pendant la décade précédente (moyenne 0).

La rougeole a causé 33 décès, au lieu de 30 pendant la décade précédente (moyenne 18).

La scarlatine a causé 7 décès, au lieu de 3 pendant la décade précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 128; il s'élevait à 119 pendant la décade précédente (moyenne 59).

SANATORIUM DES ÉTUDIANTS. — Notre confrère Crouzat, secrétaire général du Comité d'organisation du Sanatorium des étudiants, nous prie de faire connaître à tous nos lecteurs de Paris qu'un délégué se présentera prochainement au domicile des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, afin de recueillir leur obole pour aider à l'achèvement de l'Œuvre. Une lettre personnelle leur parviendra, avec la brochure de l'Œuvre, quelques jours à l'avance, qui indiquera le *nom du délégué*. Le Comité, à ce sujet, nous prie de *mettre en garde nos lecteurs contre des personnes qui pourraient se présenter chez eux sans mandat.* Le délégué sera porteur d'une carte d'identité avec photographie, dont les donateurs pourront exiger la production; il leur remettra un reçu acquitté, et, dans les dix jours qui suivront le versement, un second reçu annulant le premier sera envoyé à chaque donateur par les soins du trésorier de l'Œuvre, M. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble.

Il sera créé au Sanatorium des étudiants autant de lits que seront recueillies de sommes égales à 20.000 fr.; chacun des lits portera le nom de la corporation qui aura contribué à sa construction.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. les docteurs Cousin, Castéran, Favory, H. Ostwalt, Veil, Goulfier et Marcel Kalt, commencera, le jeudi 3 mars, à 11 h., un cours pratique de 12 leçons sur « l'examen objectif et fonctionnel de l'œil », et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES D'ANATOMIE DESCRIPTIVE. — M. Hovelacque, agrégé, commencera ces conférences le jeudi 3 mars 1927, à 16 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : Anatomie de l'abdomen et du bassin.

CONFÉRENCES DE CHIMIE PATHOLOGIQUE. — M. le docteur Blanchetière, agrégé, commencera une série de leçons de chimie pathologique, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 18 h. (amphithéâtre Vulpian, à partir du jeudi 3 mars 1927 inclusivement.

CONFÉRENCES DE PARASITOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — M. le docteur Joyeux, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 4 mars 1927, à 17 h., à l'amphithéâtre Vulpian, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

PATHOLOGIE MÉDICALE. — *Semestre d'été* (première partie). — M. Sicard commencera ses leçons le jeudi 3 mars, à 18 h. (petit amphithéâtre), et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : « Pathologie médicale des membres, du rachis et de la tête. »

M. Aubertin commencera ses leçons le mercredi 2 mars (amphithéâtre Vulpian), et les continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : « Maladies de la moelle osseuse, des ganglions, de la rate ; maladies hémorragiques et de l'aorte. »

HÔPITAL LAENNEC. — SERVICE DE LARYNGOLOGIE. — Sous la direction du docteur Henri Bourgeois, chef de service, un cours de technique endoscopique sera fait du 14 au 24 mars, par les docteurs Maurice Bouchet, laryngologiste des hôpitaux ; Ill, Huet, Soulas, assistants du service, et Serrand, assistant de radiologie de l'hôpital.

Cours limité à huit auditeurs. — Prix du cours : 500 fr. — S'inscrire auprès du docteur Huet.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

URGENT. RÉCENT DÉCÈS. A CÉDER avec appart. 5 pièces, 1er ét., bail 3, 6 9 ans, très ancienne clientèle médicale dans IIIe arrond. Se présenter si français à M. Hélie, 18, rue Jules-César (XIIe), de 8 à 12 et de 2 à 4 h., sauf dim.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE CLINIQUE DES HÉMIPLÉGIES ORGANIQUES DE L'ADULTE (1)

Par le docteur J. PÉRISSON,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef de clinique à la Faculté de médecine.

DIAGNOSTIC

I. **DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.** — Le diagnostic différentiel est, en effet, relativement facile ; car il n'y a guère d'affections qui puissent simuler l'hémiplégie.

Lorsque celle-ci s'installe brusquement au cours d'une attaque d'apoplexie, la NATURE DU COMA sera facilement reconnue grâce précisément à la constatation des signes révélateurs de l'hémiplégie, sur lesquels nous avons suffisamment insisté.

Plus tard, en présence d'une paralysie complète d'une moitié du corps, la nature organique de l'hémiplégie s'impose au cours d'un examen même rapide. Il est inutile, dans l'état actuel des connaissances neurologiques, de s'étendre sur le diagnostic avec l'HÉMIPLÉGIE HYSTÉRIQUE : celle-ci s'observe ordinairement sur un terrain spécial et s'installe souvent à la suite d'un traumatisme affectif; elle se révèle par des discordances dans le tableau clinique, par des contradictions grossières dans les manifestations extérieures, par l'évolution capricieuse, par l'absence de toute perturbation objective, en particulier de toute modification des réflexes tendineux ou encore de tout trouble végétatif précoce. On peut bien observer une hémianesthésie; mais celle-ci est anormale aussi bien par son intensité que par sa distribution : elle frappe exactement une moitié du corps et s'arrête sur la ligne médiane avec une précision parfaite, au lieu de présenter la localisation élective au niveau des extrémités qu'elle revêt toujours dans l'hémiplégie organique. Une erreur de diagnostic est vraiment impossible à commettre.

En présence d'un trouble manifestement organique l'hémiplégie se reconnaît aisément. Une HÉMIPLÉGIE FLASQUE d'origine cérébrale ne sera pas confondue avec une *paralysie périphérique* cantonnée aux deux membres d'une moitié du corps. Un pareil cas est exceptionnel. D'ailleurs, il s'agit d'une véritable hémiplégie dont la nature périphérique sera aisément décelée comme nous le verrons tout à l'heure.

Ce n'est qu'en cas de paralysie incomplète, de simple parésie, qu'on pourrait connaître quelques hésitations. Mais celles-ci ne peuvent être que de courte durée. On ne prendra pas pour une hémiplégie la gêne fonctionnelle plus ou moins accentuée que produisent des TROUBLES SENSITIFS OU CÉRÉBELLEUX UNILATÉRAUX. Une hémiparésie spasmodique ne peut pas être confondue avec la *raideur qu'entraînent parfois des lésions locales* telles que des arthrites et qui ne revêt pour ainsi dire jamais l'aspect hémiplégique.

Il y a cependant un diagnostic plus délicat qui mérite plus d'attention : c'est celui que pose l'aspect de certains SYNDROMES PARKINSONIENS qui, pendant une période plus ou moins longue de leur évolution, peuvent rester cantonnés ou très prédominants à une moitié du corps. Il existe alors une gêne fonctionnelle unilatérale telle qu'un observateur non averti pourrait croire à une paralysie du type hémiplégique. Le tremblement concomitant pourrait être confondu avec les mouvements involontaires que l'on observe au cours de certaines hémiplégies causées par des lésions de siège spécial. Cependant une telle erreur ne résiste pas à l'examen : tout d'abord, quand le tremblement parkinsonien est apparent, il revêt des caractères si particuliers de forme, de rythme, d'amplitude qu'il donne immédiatement une certitude; dans les cas où il est si fruste qu'il paraît absent, sa constatation, lorsque le malade est fatigué ou prend des attitudes comme celle du serment, est un bon élément de diagnostic. En son absence, les caractères mêmes de l'hypertonie parkinsonienne à laquelle on a donné le nom de rigidité sont trop différents de ceux de la contracture pyramidale pour laisser persister une erreur. Ces caractères ont été mis en lumière ces dernières années par les travaux de Sherrington, Wilson, Ramsay Hunt, Lhermitte et plus récemment Foix et Chavany (7). La *rigidité extra-pyramidale* est diffuse au lieu d'être prépondérante et intéresse au même degré les divers muscles; elle imprime une attitude en extension même au membre supérieur; elle présente certaines variations avec les mouvements intentionnels et en particulier elle s'exagère sous l'influence des mouvements automatiques comme la marche, phénomène auquel Roussy et Cornil ont donné le nom de « syntonie d'automatisme »; elle est plastique, c'est-à-dire qu'elle existe également dans toutes les attitudes des divers segments de membre; elle n'efface pas les saillies musculaires normales et conserve aux membres leur aspect vivant habituel. Ces caractères s'opposent exactement à ceux de la *contracture pyramidale* : celle-ci se localise électivement à l'extrémité du membre et intéresse surtout les groupes musculaires dépendant le plus de la motilité volontaire, alors qu'elle respecte relativement les muscles des actions automatiques et subconscientes, en particulier ceux de la statique et de l'équilibre; elle imprime aux membres une attitude spéciale : flexion au membre supérieur; extension au membre inférieur; c'est une contracture continue, n'ayant pas le caractère intentionnel et plastique et présentant cependant des rapports importants avec les excitations syncinétiques du tonus d'action à tel point qu'elle est renforcée par l'effort; elle efface les reliefs musculaires en entraînant un certain degré d'atrophie et donne aux membres paralysés un aspect mort. Les autres caractères bien connus de la contracture pyramidale, son atténuation pendant le sommeil, sa disparition momentanée dans les muscles soumis pendant quelques minutes à la compression par la bande d'Esmarch (Brissaud), son exagération sous l'influence de la fatigue (Long), des émotions, de l'électrisation ne sont pas des éléments de diagnostic différentiel, car ils appartiennent aussi bien à la rigidité parkinsonienne. En pratique, les meilleurs éléments du diagnostic sont fournis par la présence ou l'absence de symptômes associés : La rigidité extra-pyramidale s'accompagne d'un aspect figé très spécial, d'un facies inexpressif, d'une lenteur des mouvements à laquelle l'Ecole bordelaise a donné le nom de bradycinésie; l'examen révèle la présence, au niveau des membres rigides du phénomène de la roue dentée, qui n'est peut-être qu'une modalité du tremblement, et l'*exagération des réflexes de posture*, analogues au phénomène

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 15, p. 245.

de la contraction paradoxale de Westphal et décrits par Foix et Thévenard (4) qui ont au contraire constaté son abolition chez les hémiplégiques. D'ailleurs, il est rare que le syndrome soit strictement unilatéral et un examen minutieux peut déceler l'atteinte du côté en apparence sain, au niveau duquel on constate alors la même exagération des réflexes de posture et une abolition des mouvements automatiques ou associés (Souques). Ces signes manquent dans l'hémiplégie; mais par contre il n'y a guère de contracture pyramidale tant soit peu importante sans qu'il existe en même temps une exagération avec polykinétisme des réflexes tendineux, un clonus de la rotule et surtout du pied, des syncinésies, un réflexe cutané plantaire en extension, tous symptômes qui font toujours défaut dans les syndromes parkinsoniens.

En somme, le diagnostic de l'hémiplégie s'impose rapidement. Mais l'examen d'un hémiplégique soulève d'autres problèmes plus délicats : il importe de savoir établir le siège et la nature de la lésion causale. L'étude de ces problèmes ne se différencie pas de celle des formes cliniques; et l'on peut dire que l'exposé du diagnostic topographique se confond avec celui des formes symptomatiques, alors que l'étude du diagnostic lésionnel, basé surtout sur les phénomènes initiaux et sur la marche de l'hémiplégie, ne peut être séparé de l'étude des formes évolutives.

II. DIAGNOSTIC DU SIÈGE DE LA LÉSION. — Le siège de la lésion est l'élément qui influe le plus sur le tableau clinique; car c'est de lui que dépendent en partie les caractères mêmes de la paralysie et surtout l'aspect des symptômes associés.

A. Les **lésions hémisphériques** sont certainement les plus fréquentes. A ce sujet on peut opposer de façon parfaite deux variétés spéciales : l'hémiplégie capsulaire et l'hémiplégie corticale.

1° Nous avons eu surtout en vue dans notre description l'HÉMIPLÉGIE CAPSULAIRE, causée par une lésion de la capsule interne, au niveau de laquelle la condensation du faisceau pyramidal et du faisceau géniculé est telle que toute lésion est obligée de les atteindre dans toute leur étendue. La paralysie constituée est donc une hémiplégie dite *proportionnelle*, parce qu'elle intéresse au même degré les trois segments de la moitié du corps, la face, le membre supérieur, le membre inférieur. En outre, c'est une hémiplégie qui devient *spasmodique*, s'accompagne d'un signe de Babinski évident, n'entraîne en général aucun trouble sensitif et ne s'accompagne pas d'hémianopsie.

2° Les caractères de l'HÉMIPLÉGIE CORTICALE sont exactement inverses. Au niveau de l'écorce les cellules pyramidales sont étagées sur une assez grande hauteur, si bien que le plus souvent la lésion n'atteint qu'une partie plus ou moins importante de ces cellules. L'hémiplégie n'est plus proportionnelle; elle est *prédominante* ou le devient rapidement; et, pour des raisons de distribution vasculaire, elle est généralement plus intense à la face et surtout au membre supérieur qu'au membre inférieur qui conserve ou retrouve presque toute sa puissance. Il arrive même que les lésions corticales soient encore plus étroitement limitées et qu'on se trouve en présence des *paralysies dissociées* bien étudiées par Regnard (8) et par Mme Athanassio-Benisty (9). Cette dernière, chez les blessés du crâne, a pu distinguer deux types au membre supérieur : un *type cubital* simulant une paralysie du nerf cubital; un *type radial*, ainsi dénommé parce que la paralysie prédomine sur le côté radial de la main, mais rappelant plutôt une paralysie du nerf médian. Parmi les nombreuses observations publiées de paralysies corticales revêtant un aspect radiculaire, nous signalerons celles de Claude et Lhermitte, van Bogaert et Delbecke et celle toute récente de Roussy et Mlle Lévy (34). Dans cette dernière, la ressemblance avec une paralysie périphérique était rendue encore plus frappante par l'existence d'un léger degré de réaction de dégénérescence attribué par Bourguignon (35) à la répercussion de la lésion sur les cornes antérieures de la moelle. En outre, l'hémiplégie corticale reste *flasque* dans le domaine sympathique aussi bien que dans le domaine moteur; elle n'entraîne pas de modification du réflexe cutané plantaire qui est en flexion; mais peut s'accompagner d'un signe spécial, le *réflexe d'adduction du pied* de Pierre Marie et Meige (10), obtenu par excitation plantaire. Enfin l'hémiplégie corticale n'existe guère sans troubles sensitifs, à cause des rapports de la circonvolution frontale ascendante avec la pariétale ascendante. Quand la lésion gagne en profondeur, elle se complique souvent d'hémianopsie.

Cependant une lésion profonde étendue peut léser en même temps la capsule interne et la couche optique, relai sensitif important, et l'on peut voir alors des troubles sensitifs coexister avec une hémiplégie capsulaire. Il est même habituel que, dans les cas où les troubles de la sensibilité sont accentués, l'hémiplégie soit légère et le signe de Babinski soit absent. Le diagnostic avec l'hémiplégie corticale pourrait être délicat si l'on n'avait pas pour se guider les autres signes du *syndrome thalamique* de Déjerine-Roussy : l'incoordination motrice; les mouvements involontaires revêtant en général les caractères de l'athétose et surtout marqués au niveau de la main à laquelle ils impriment une attitude très spéciale; enfin et surtout la présence de douleurs spontanées et provoquées du côté de l'hémiplégie. Ces signes eux-mêmes n'ont peut-être pas une valeur absolue : quelques auteurs, comme MM. Foix et Thévenard, MM. Alajouanine et Lemaire (11), M. Roussy et Mlle Lévy (34) ont observé une véritable asynergie avec dysmétrie dans certaines lésions corticales; les mouvements involontaires et les symptômes douloureux peuvent manquer dans les lésions thalamiques, alors qu'on peut observer exceptionnellement dans l'hémiplégie corticale des mouvements involontaires très différents, il est vrai, de l'athétose, réalisant le syndrome de Kojewsnikow, et des sensations douloureuses comme tendent à le prouver les observations exceptionnelles de Piéron, de Souques (12). C'est pourquoi on a voulu chercher dans l'aspect même des troubles sensitifs objectifs des caractères différentiels. Ainsi Head a opposé les troubles corticaux, qui seraient surtout des troubles de la sensibilité consciente, intelligente ou *épicritique*, aux troubles thalamiques, qui porteraient principalement sur la sensibilité élémentaire, affective ou *protopathique*. Dans ce dernier cas, il y aurait perte des sensations tactiles, douloureuses, thermiques et vibratoires; alors que dans les lésions corticales ces sensibilités élémentaires seraient conservées, mais il y aurait atteinte du sens des attitudes, de la stéréognosie, de la discrimination tactile, de la faculté de localisation, de la notion de qualité ou d'intensité de

l'excitation, ce qui réalise en somme le syndrome sensitif cortical de Déjerine-Verger. Cette théorie a été singulièrement battue en brèche par Piéron, par MM. Pierre Marie et Bouttier (13); et ces auteurs admettent qu'en dehors de la douleur et d'une sensation spéciale de froid il n'existe pas de critérium sensitif permettant de départager les lésions corticales et les lésions thalamiques.

La constatation d'*une hémianopsie latérale homonyme* est plutôt le fait d'une lésion corticale. Cependant elle peut s'observer dans l'hémiplégie capsulaire, quand celle-ci se complique d'un syndrome thalamique. Elle n'a donc pas une valeur diagnostique absolue; elle n'en acquiert que si elle est en quadrant : une hémianopsie en quadrant inférieur relève d'une lésion de l'écorce; une hémianopsie en quadrant supérieur traduit au contraire une lésion profonde.

Lorsqu'il s'agit d'une hémiplégie droite le diagnostic topographique se trouve facilité par la constatation de TROUBLES DU LANGAGE : l'aphasie de Wernicke pure peut accompagner une hémiparésie presque toujours légère et transitoire; elle indique une lésion corticale postérieure. L'anarthrie pure, d'ailleurs exceptionnelle, traduit une lésion plus antérieure et plus profonde et complique presque toujours une hémiplégie durable. L'aphasie de Broca, qui n'est qu'un mélange de ces deux ordres de troubles, s'accompagne en général d'une hémiplégie massive avec troubles sensitifs importants, mais difficiles à rechercher à cause de l'aphasie; l'hémiplégie prédomine ordinairement au membre supérieur dans la variété superficielle, la plus fréquente; mais elle peut être proportionnelle dans la variété profonde de l'aphasie de Broca (36). C'est dans les cas de lésion profonde du lobe pariétal gauche que Foix a pu constater des troubles *bilatéraux* de la sensibilité du type Déjerine-Verger : il s'agirait d'une véritable *anesthésie par agnosie* (14), syndrome comparable dans l'ordre de la sensibilité générale à ce que sont l'agnosie auditive et la cécité psychique dans l'ordre sensoriel, l'aphasie et l'agraphie en ce qui concerne la parole et l'écriture.

En dehors des cas d'hémiplégie droite, le diagnostic entre lésions du cortex ou de la capsule interne n'est donc pas toujours très facile; et bien souvent ce sont surtout les caractères de la paralysie, son aspect proportionnel ou prédominant, spasmodique ou flasque qui doivent orienter le diagnostic.

3° D'ailleurs ces caractères eux-mêmes ne sont pas toujours aussi tranchés. Il arrive que la lésion siège non plus au niveau des cellules de l'écorce, mais au niveau des fibres pyramidales, dans la région du centre ovale où elles ne sont pas encore condensées. Une lésion peu étendue n'intéresse qu'une partie de ces fibres et peut donner lieu à une hémiplégie partielle, prédominant presque toujours au membre supérieur, mais ne présentant pas les autres caractères de l'hémiplégie corticale, réalisant au contraire l'aspect d'une hémiplégie spasmodique avec signe de Babinski. C'est dans certains faits d'HÉMIPLÉGIE SOUS-CORTICALE que nous avons pu voir une dissociation entre les troubles moteurs, à type spasmodique, et les troubles sympathiques qui peuvent constituer un type de paralysie sympathique persistante, avec perturbations particulièrement marquées : main succulente, arthropathies, amyotrophies précoces. L'hémiplégie sympathique flasque durable perd d'ailleurs peu à peu son aspect primitif : en particulier l'hyperthermie et l'hypertension artérielle cessent d'être constantes; elles alternent bientôt avec l'hypothermie et l'hypotension, ce qui constitue un *syndrome oscillant*, deviennent de plus en plus rares et finalement font place à une hypothermie et à une hypotension définitives. C'est là le *syndrome hypothermique secondaire*, résultant de la vaso-rétraction des fibres lisses paralysées, très difficile à distinguer, si l'on n'a pas assisté à l'évolution, du syndrome hypothermique primitif relevant de la vaso-contracture par libération sympathique. Quelle qu'en soit la pathogénie, la coexistence d'une hémiplégie sympathique flasque avec une hémiplégie motrice spasmodique ne se voit que dans les lésions sous-corticales. Comme elle n'est pas constante dans ces cas, elle tient certainement à une localisation spéciale, à une extension de la lésion à un des noyaux gris centraux, vraisemblablement le noyau lenticulaire ou le noyau caudé.

Nous avons insisté spécialement sur les caractères des hémiplégies hautes, hémisphériques, qui sont les plus fréquentes. Nous serons plus brefs sur les autres localisations.

4° A côté de l'hémiplégie compliquée de lésion thalamique, il y a lieu de rappeler qu'une hémiplégie peu accentuée peut se trouver associée au SYNDROME DU CARREFOUR HYPOTHALAMIQUE bien décrit par MM. Guillain et Alajouanine (15) et se distinguant du syndrome thalamique par l'absence de douleurs et l'intensité des troubles cérébelleux. C'est dans ces cas qu'on peut observer des mouvements involontaires particulièrement marqués, traduisant l'atteinte soit du corps de Luys, soit du noyau rouge. Nous touchons d'ailleurs ici à la partie haute du pédoncule cérébral.

B. Les caractères de l'**hémiplégie pédonculaire** ne diffèrent en rien de ceux de l'hémiplégie capsulaire, car le faisceau pyramidal continue à être aussi condensé à côté du faisceau géniculé. Ce qui va distinguer les hémiplégies par lésion basse, c'est la nature des troubles associés. Le faisceau pyramidal se trouve situé à la partie antérieure du mésocéphale, si bien que ce sont surtout les syndromes antérieurs, les syndromes du pied du pédoncule et de la protubérance qui s'accompagnent d'une hémiplégie marquée. Les syndromes de la calotte peuvent ne donner lieu à aucune paralysie ou entraîner seulement une hémiparésie. Les lésions étendues enfin peuvent produire une hémiplégie associée à de nombreux troubles d'autre nature. Dans de nombreux cas, les troubles associés siègent du côté opposé à l'hémiplégie et constituent l'un des nombreux *syndromes alternes*, qui ont fait l'objet d'une Revue générale de M. Charle Toinon (16).

Le symptôme surajouté est parfois une paralysie d'un des nerfs craniens. Or, comme le faisceau pyramidal n'est pas encore croisé et commande la motricité des membres du côté opposé alors que les fibres des nerfs craniens se portent directement des noyaux vers le côté homologue de l'extrémité céphalique, il est évident que toute paralysie d'un nerf cranien produite par la même lésion que celle provoquant l'hémiplégie siégera du côté opposé à la paralysie des membres. En particulier une lésion du pied du pédoncule produit une hémiplégie du type capsulaire avec une paralysie de la IIIe paire du côté opposé (ptosis, diplopie, mydriase...); c'est le SYNDROME DE WEBER ou hémiplégie alterne supérieure.

Ce syndrome peut s'associer à des signes relevant de l'atteinte de la calotte : l'apparition du côté de l'hémiparésie de mouvements involontaires, ayant les caractères de mouvements choréiformes de grande amplitude plus souvent que ceux d'un tremblement, réalise le *syndrome de Benedikt*. Ce dernier est en somme l'équivalent d'un syndrome hypothalamique compliqué de paralysie de la IIIe paire. Dans certains cas, il n'y a plus de mouvements involontaires spontanés et l'on observe seulement un tremblement intentionnel analogue à celui de la sclérose en plaques, qui serait dû d'après Foix à l'atteinte de la partie supérieure du noyau rouge (17). A ce tremblement peuvent s'associer tous les signes de l'asynergie et de la dysmétrie cérébelleuse traduisant l'atteinte du pédoncule cérébelleux supérieur ou du noyau rouge. Les troubles cérébelleux sont alors toujours croisés, car la lésion siège audessus de l'entrecroisement de Wernekink situé à la partie inférieure du pédoncule et constitue l'*hémiplégie cérébelleuse supérieure* ou pédonculaire, la seule qui soit croisée et s'observe du même côté que les troubles pyramidaux. Aussi les troubles cérébelleux ne sont-ils apparents que s'ils coexistent avec une hémiparésie peu accentuée. Ils sont particulièrement nets dans le *syndrome du noyau rouge de Claude*, lequel n'est en somme qu'un syndrome de Weber, dans lequel l'hémiplégie pyramidale complètement absente est remplacée par une hémiplégie cérébelleuse.

Des troubles sensitifs peuvent également coexister avec l'hémiplégie et siéger du même côté qu'elle. Ils sont souvent dissociés, à type syringomyélique, et leur association au syndrome de Benedikt constitue le *syndrome de Von Monakow*.

Enfin il peut y avoir atteinte du faisceau longitudinal postérieur qui commande vraisemblablement les mouvements de latéralité du regard ; et, comme cette voie n'est pas encore croisée, la paralysie des mouvements de latéralité des yeux siège du même côté que l'hémiplégie et le sujet ne peut pas regarder du côté de ses membres paralysés : c'est le *syndrome de Foville pédonculaire*. Dans des faits exceptionnels, les mouvements de latéralité sont conservés, alors qu'il y a perte des mouvements d'abaissement, d'élévation et de convergence (syndrome de Parinaud); cette paralysie verticale du regard serait due, d'après Dereux, à l'atteinte du faisceau de la commissure qui contourne dorsalement l'extrémité antérieure de l'aqueduc de Sylvius (37). La coexistence du syndrome de Parinaud avec une hémiplégie compliquée de troubles sensitifs et de troubles cérébelleux réalise le *syndrome de Grüner et Bertolotti*.

C. **L'hémiplégie protubérantielle** est tout à fait semblable à l'hémiplégie capsulaire, lorsqu'elle est due à une lésion haute du pont. Il n'en est plus de même si la lésion est basse, car c'est à la partie moyenne de la protubérance que s'entrecroise le faisceau géniculé, si bien qu'une lésion du faisceau pyramidal au-dessous de cet entrecroisement provoque une hémiplégie uniquement localisée aux membres et respectant la face du côté correspondant. Cette hémiplégie sera d'ailleurs une hémiplégie spasmodique avec signe de Babinski, ce qui la différencie de l'hémiplégie corticale. Ce sera une hémiplégie qui, tout en laissant intacte la face, intéressera les deux membres au même degré, ce qui la différencie de l'hémiplégie sous-corticale; car, si celle-ci présente les mêmes caractères de spasmodicité, si elle peut également ne pas se généraliser à toute une moitié du corps, elle est presque toujours prédominante au membre supérieur, et, pour des raisons de distribution vasculaire, intéresse la face plutôt que le membre inférieur. D'ailleurs, l'hémiplégie protubérantielle inférieure se caractérise surtout par l'association à la paralysie centrale et croisée des membres d'une paralysie périphérique et directe de la face située du côté opposé et due à l'atteinte du noyau de la VIIe paire; c'est le SYNDROME DE MILLARD-GUBLER ou hémiplégie alterne inférieure. Parfois ce syndrome se complique d'une paralysie de la VIe paire (strabisme interne) ou de la Ve paire (paralysie des masticateurs), du même côté que la paralysie faciale. La paralysie faciale ellemême peut être remplacée par un spasme dans le *syndrome de Brissaud et Sicard*.

A l'hémiplégie peuvent s'associer des signes d'atteinte de la calotte. Rarement on a signalé des mouvements involontaires du côté de la paralysie des membres, constituant un véritable *syndrome de Benedikt inférieur*. Il est plus habituel d'observer des troubles cérébelleux directs, siégeant par conséquent du côté opposé à l'hémiplégie des membres. Il semblerait que l'atteinte du pédoncule cérébelleux moyen puisse donner lieu à des troubles croisés, parce que les fibres de ce pédoncule naissent des noyaux du pont du côté opposé; mais les noyaux sont bien près de la ligne médiane et la lésion intéresse presque toujours les fibres après leur entrecroisement, si bien qu'il s'agit pour ainsi dire toujours de troubles cérébelleux directs, réalisant par conséquent un syndrome alterne avec l'hémiplégie.

Plus fréquents sont les troubles sensitifs qui peuvent présenter l'aspect de la dissociation syringomyélique comme dans les lésions pédonculaires et se montrent du même côté que l'hémiplégie. L'atteinte concomitante du noyau ou des fibres du trijumeau, qui sont directes, alors que les fibres du ruban de Reil s'entrecroisent plus bas, entraîne l'apparition d'une *hémianesthésie alterne* décrite par Raymond, caractérisée par l'existence de troubles sensitifs d'un côté et d'anesthésie faciale du côté opposé, pouvant se superposer à un syndrome de Millard-Gubler. Les troubles sensitifs de la fsce sont parfois très légers et difficiles à mettre en évidence. C'est alors que l'abolition du réflexe cornéen du côté opposé à l'hémiplégie a de la valeur pour le diagnostic topographique.

Enfin, l'atteinte du faisceau longitudinal postérieur peut encore amener une paralysie des mouvements de latéralité des yeux. Mais, comme ce faisceau s'entrecroise à la partie toute supérieure de la protubérance, la paralysie, dans les lésions du pont, sera toujours directe ; c'est-à-dire que le malade ne pourra pas regarder du côté opposé à ses membres paralysés. Si la lésion porte au-dessus de l'entrecroisement du faisceau géniculé, qui se fait à la partie moyenne du pont, l'hémiplégie concomitante sera complète, à type capsulaire, avec une paralysie faciale centrale du même côté que la paralysie des membres ; c'est le *syndrome de Foville protubérantiel supérieur*. Si au contraire la lésion est basse au-dessous de l'entrecroisement géniculé, on pourra voir la paralysie du regard coexister avec un syndrome de Millard-Gubler ; c'est le *syndrome de Foville protubérantiel inférieur*, dans lequel le malade peut regarder du côté de ses membres paralysés et

ne peut pas diriger son regard vers sa paralysie faciale périphérique.

Tous ces troubles peuvent s'associer pour réaliser des syndromes complexes, tels que le *syndrome protubérantiel supérieur de Raymond et Cestan*, le *syndrome de la calotte protubérantielle d'Oulmont et Lévy-Valensi*. Mais, dans ces cas, l'hémiplégie est ordinairement peu accentuée quand elle existe, et elle est reléguée au second plan par rapport aux autres troubles.

D. **L'hémiplégie bulbaire** est calquée sur l'hémiplégie protubérantielle inférieure : c'est une hémiplégie spasmodique intéressant les membres et respectant la face. Seuls les symptômes associés la distinguent nettement.

La localisation bulbaire est particulièrement redoutable et la mort survient souvent de façon rapide au milieu de troubles respiratoires et cardiaques traduisant l'atteinte de la Xe paire.

Quand le malade survit, ce qui caractérise l'hémiplégie bulbaire c'est l'association à la paralysie croisée des membres de la paralysie d'un ou de plusieurs nerfs bulbaires constituant un des nombreux syndromes alternes qui ont été décrits. Le trouble surajouté est une paralysie de l'hypoglosse dans le *syndrome bulbaire antérieur ou interolivaire* de Déjerine. C'est une atteinte des autres nerfs dans les *syndromes bulbaires postérieurs ou rétro-olivaires* : c'est une paralysie du voile du palais et de la corde vocale par lésion du pneumogastrique et de la branche interne du spinal, dans le syndrome alterne *type Avellis*; ce sont les mêmes troubles compliqués d'une paralysie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze, par lésion complète du spinal, dans le syndrome *type Schmidt* ; ce sont les mêmes symptômes que dans le syndrome de Schmidt, associés à une paralysie avec atrophie d'une moitié de la langue dans le *syndrome type Jackson*. Dans quelques cas, enfin, ce sont des troubles sympathiques oculaires réalisant du côté opposé à l'hémiplégie un *syndrome de Claude Bernard-Horner* avec myosis, enophtalmie et rétrécissement de la fente palpébrale, troubles dus probablement à l'atteinte du faisceau solitaire qui continue dans le bulbe le tractus intermédio-latéral de la moelle et qui contient vraisemblablement le centre cilio-bulbaire.

L'hémiplégie bulbaire peut encore coexister avec des *troubles cérébelleux* situés du côté opposé à la paralysie des membres, par suite de l'atteinte du pédoncule cérébelleux inférieur qui est directe; et des *troubles sensitifs* qui siègent ordinairement du même côté que cette paralysie, mais peuvent exceptionnellement être en partie directs et par conséquent siéger du côté opposé en cas de lésion basse frappant la voie sensitive au-dessous de l'entrecroisement du ruban de Reil. Comme le noyau sensitif du trijumeau descend dans le bulbe, une lésion bulbaire haute peut entraîner la production d'une *hémianesthésie alterne* analogue à celle qui a été décrite dans les lésions protubérantielles.

Ces divers troubles peuvent s'observer simultanément et constituer des syndromes plus ou moins complexes, tels que le *syndrome de Babinski-Nageotte*, composé de troubles pyramidaux et sensitifs croisés, de troubles cérébelleux et oculo-pupillaires directs.

Le *syndrome de Wallenberg* n'est autre que le précédent sans hémiplégie, tandis que le *syndrome de Cestan-Chenais* est un syndrome de Babinski-Nageotte compliqué d'une paralysie vélo-palatine directe du type Avellis.

Tous ces syndromes, dont la constatation permet le diagnostic topographique de l'hémiplégie, ne sont pas toujours isolés. La lésion peut être vaste et intéresser, soit d'emblée, soit au cours d'une évolution progressive, des régions voisines de l'encéphale, si bien que l'on peut observer des *syndromes pédonculo-protubérantiels* ou *bulbo-protubérantiels* dont le diagnostic est d'autant plus aisé que le tableau clinique est plus riche.

E. **L'hémiplégie spinale** est beaucoup plus rare et peut s'observer dans trois conditions :

1° Elle est réalisée lorsqu'une lésion médullaire siège AU-DESSUS DU RENFLEMENT CERVICAL. Il s'agit alors d'une hémiplégie spasmodique des membres analogue à l'hémiplégie bulbaire ou protubérantielle basse. Mais elle se reconnaîtra facilement à la présence de troubles de la sensibilité superficielle du côté opposé à la paralysie alors qu'il existe des troubles de la sensibilité profonde du même côté. Cet état de choses tiendrait à ce que les fibres de la sensibilité superficielle s'entrecroisent dès qu'elles ont pénétré dans la moelle, au lieu que les fibres de la sensibilité profonde ne s'entrecroiseraient qu'au niveau du bulbe. Quoi qu'il en soit, un pareil tableau clinique n'est autre que le *syndrome de Brown-Séquard* dont la constatation permet de diagnostiquer facilement une hémiplégie spinale.

2° Un second type d'hémiplégie médullaire est produit par une lésion siégeant exactement AU NIVEAU DU RENFLEMENT CERVICAL à la hauteur de la naissance du plexus brachial. Il y a, dans ce cas, une différence manifeste entre la paralysie du membre inférieur, qui résulte de l'atteinte du faisceau pyramidal et est spasmodique, et celle du membre supérieur qui est due à l'atteinte du neurone moteur périphérique (corne ou racines antérieures) et est flasque. D'ailleurs la paralysie du membre supérieur est souvent partielle et cantonnée seulement à un territoire radiculaire. La présence de troubles de la sensibilité superficielle du côté opposé, comme dans le syndrome de Brown-Séquard, complète ce tableau clinique dont le diagnostic s'impose.

3° Le dernier type d'hémiplégie spinale relève uniquement de l'ATTEINTE DU NEURONE MOTEUR PÉRIPHÉRIQUE : corne ou racines antérieures, nerfs périphériques. C'est là une variété tout à fait exceptionnelle ainsi que nous l'avons déjà dit, car elle exige à la fois une diffusion et une localisation des lésions bien difficile à réaliser. Les formes hémiplégiques de la poliomyélite antérieure aiguë sont tout à fait rares; celles des polynévrites ne se voient pour ainsi dire jamais. En tout cas, l'aspect de la paralysie est bien spécial : il s'agit d'une hémiplégie tout à fait flasque, bien différente de l'hémiplégie corticale car elle se traduit par une abolition complète des réflexes, avec amyotrophie rapide et considérable, réaction de dégénérescence et exagération des chronaxies, au lieu que les paralysies centrales entraînent une diminution des chronaxies.

En somme, dans la grande majorité des cas, le diagnostic du siège de la lésion est relativement facile pour qui connaît bien l'anatomie du système nerveux central. La seule erreur possible serait de croire à un syndrome alterne en présence de deux lésions différentes et éloignées l'une de l'autre, de croire par exemple à un syndrome de Weber chez un sujet atteint d'une lésion pyramidale hémisphé-

rique et d'une paralysie oculaire par lésion du noyau ou du tronc de la IIIe paire. Mais ce sont là des circonstances très exceptionnelles. L'interrogatoire révélera que l'hémiplégie et la paralysie oculaire ne se sont pas installées en même temps. L'examen clinique permettra de localiser la lésion cause de l'hémiplégie ailleurs que dans le pédoncule et d'éviter une erreur à la vérité grossière.

III. **DIAGNOSTIC DE LA NATURE DE LA LÉSION.** — Le diagnostic topographique est celui qui se discute souvent le premier en présence d'une hémiplégie définitivement installée, car c'est le siège de la lésion qui imprime surtout son aspect à la paralysie et aux symptômes associés. Mais il n'en est pas toujours ainsi et, en présence d'un hémiplégique dans le coma, le diagnostic de la nature de la lésion est le premier problème qui se présente à l'esprit. De toute façon, cette partie du diagnostic est évidemment la plus utile au point de vue pratique, puisque c'est la nature de la lésion qui guide les sanctions thérapeutiques. C'est un diagnostic souvent délicat qui doit s'appuyer avant tout sur la connaissance du mode de début et de l'évolution ultérieure.

A. **Traumatismes.** — Nous n'insisterons pas sur les hémiplégies traumatiques, dont le diagnostic s'impose. Une erreur importante au point de vue MÉDICO-LÉGAL doit cependant être évitée : en présence d'un individu atteint d'hémiplégie après une chute, on peut toujours se demander si l'hémiplégie est réellement la conséquence de la chute, ou si, au contraire, la chute n'est pas due à un ictus causé lui-même par une lésion vasculaire spontanée. C'est là un problème qui n'est pas toujours facile à résoudre. Sans doute, lorsqu'il s'agit d'un sujet jeune à artères saines, l'origine traumatique est certaine. Mais si l'individu est âgé, surtout s'il présente un système artériel en mauvais état, l'origine traumatique peut être mise en doute, en particulier si le traumatisme paraît trop léger pour expliquer un pareil effet.

D'autre part, nous rappellerons que l'apparition d'une hémiplégie, quelque temps après un traumatisme suivi d'un intervalle libre, est un signe de compression et doit être considérée comme une indication d'intervention chirurgicale. Mais il faut savoir que parfois l'hémiplégie a pu s'installer du même côté que le traumatisme et que l'épanchement sanguin; cette *hémiplégie homolatérale* s'explique par le refoulement de l'hémisphère opposé et sa compression contre la paroi osseuse.

A côté de l'hémiplégie traumatique, nous ne ferons que signaler l'HÉMIPLÉGIE CHIRURGICALE, consécutive à une ligature de la carotide primitive ou de la carotide interne et dont la cause sera facile à découvrir.

Ceci dit des hémiplégies traumatiques, en présence d'un adulte hémiplégique, les problèmes que soulève le diagnostic étiologique diffèrent suivant le début, qui a pu être soit brusque, soit au contraire lent et progressif.

B. **Hémiplégies à début brusque ou rapide.** — Les causes de beaucoup les plus fréquentes de l'hémiplégie rapidement installée, sont l'hémorragie et le ramollissement, qui peut lui-même être causé par une embolie ou plus souvent par une thrombose.

Nous avons insisté sur les divers modes de début de l'hémiplégie. Schématiquement, on peut dire que le début tout à fait soudain, non précédé de prodromes, se voit surtout dans l'embolie; que le début aussi soudain, précédé de troubles relevant uniquement de l'hypertension artérielle, en particulier de céphalée, est en faveur de l'hémorragie; enfin, que le début rapidement progressif, précédé de prodromes locaux au niveau d'un côté du corps, indique le ramollissement thrombosique.

1° **Diagnostic entre l'hémorragie et le ramollissement.** — Classiquement, on a l'habitude d'opposer de façon absolue les caractères de l'hémorragie et ceux de la thrombose.

a. PENDANT LE COMA. — On dit qu'il faut penser à l'HÉMORRAGIE chez un individu au cou court, au faciès congestionné, qui a eu un ictus absolument soudain, sans avoir présenté d'autres prodromes que ceux traduisant l'hypertension artérielle (vertiges, bourdonnements d'oreille, mouches volantes, céphalée, cryesthésie, doigt mort, crampes, polyurie et pollakiurie surtout nocturnes); qui est tombé dans un coma profond; dont la température s'élève rapidement jusqu'à 39, 40 et même 41 degrés, sans que les lois établies par Charcot et Bourneville aient la moindre valeur pratique ; chez lequel enfin on peut constater des signes de compression cérébrale (tels que ralentissement du pouls, respiration de Cheyne-Stokes) et surtout des contractures précoces parfois généralisées aux quatre membres, dont la constatation permet d'affirmer une inondation ventriculaire et de porter un pronostic fatal.

On pensera, au contraire, au RAMOLLISSEMENT THROMBOSIQUE chez un individu ayant eu un ictus moins subit; — ayant présenté, en particulier, dans ses antécédents récents des prodromes localisés à un membre menacé de paralysie et consistant soit en signes d'irritation corticale, tels que crises bravais-jacksoniennes, soit en gêne motrice plus ou moins transitoire, en paresthésies telles qu'engourdissement, sensations de fourmillement; — dont le coma est moins profond et la température moins élevée.

Mais tous ces signes sont inconstants. — α. S'il est vrai que la tension artérielle soit souvent normale chez des sujets jeunes atteints de ramollissement embolique ou syphilitique, elle est très souvent considérable dans le ramollissement des athéromateux. — β. S'il est vrai que les prodromes soient fréquents dans le ramollissement thrombosique, ils peuvent parfois manquer; et, d'autre part, l'hémorragie peut dans certains cas, débuter de façon moins brusque : elle est alors souvent précédée de troubles qui éveillent l'idée d'une indigestion, céphalée, vomissements, vertiges, avec hyperémie signalée par Mendi au niveau d'une moitié de la face. Le coma lui-même peut s'installer de façon progressive, ce qui correspond à un processus hémorragique lui-même progressif : une hémorragie d'abord faible se produit, puis s'accroît et finalement peut venir s'ouvrir dans le ventricule latéral. C'est l'*ingravescent apoplexy* de Broadbent, présentant quelque chose d'analogue aux hémorragies des anévrismes aortiques qui peuvent se rompre en plusieurs temps, de petites hémoptysies précédant de quelques heures l'hémorragie terminale foudroyante. — γ. S'il est vrai que le coma soit moins absolu dans le ramollissement et qu'en particulier l'installation d'une hémiplégie très accusée au cours d'une apoplexie légère permette de porter ce diagnostic d'une façon ferme, il arrive que le coma thrombosique soit très profond et que, par contre, un coma incomplet succède à une petite hémorragie. — δ. S'il est vrai que les contractures

précoces soient presque toujours la conséquence d'une inondation ventriculaire et que les convulsions soient habituellement les prodromes d'un ramollissement, on a signalé de telles contractures dans certains ramollissements profonds atteignant de façon exceptionnelle l'épendyme ventriculaire et des crises convulsives dans certaines hémorragies venant affleurer la face profonde de l'écorce. — ε. La constatation d'une albuminurie très abondante serait en faveur de l'hémorragie; mais les urines sont bien difficiles à recueillir et l'albuminurie n'a rien de constant. C'est dire qu'il n'y a pas de signes ayant une valeur absolue.

On a demandé au LABORATOIRE des précisions diagnostiques dans les cas où la clinique est en défaut. C'est ainsi que l'examen du sang montrerait en cas d'HÉMORRAGIE un aspect verdâtre plus ou moins fluorescent du sérum, dû aux produits de décomposition de l'hémoglobine dans le foyer apoplectique et constituant le *chromo-sérodiagnostic* de Pierre Marie et Léri. D'après Léri, la recherche de la *réaction d'Abderhabden* montrerait que des ferments peuvent passer dans le sérum en cas d'hémorragie seulement. Par contre, dans le RAMOLLISSEMENT, Lhermitte et Schaeffer ont observé après l'ictus une *leucocytose sanguine* intense, à prédominance de polynucléaires neutrophiles, débutant quelques heures après la perte de connaissance, atteignant son acmé vers le troisième jour et disparaissant entre le cinquième et le vingtième jour. Cette constatation chez l'homme est analogue à ce qu'ils ont pu observer par production expérimentale d'un ramollissement embolique chez l'animal.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre un liquide teinté de sang hémolysé dans quelques cas d'hémorragie, réalisant alors l'*hémorragie cérébro-méningée*, qui se traduit d'ailleurs cliniquement par l'adjonction à l'hémiplégie, signe d'hémorragie cérébrale, de contractures, de raideur, de céphalée, de vomissements, de glycosurie massive (Guillain), de perturbations telles qu'un signe de Babinski du côté opposé à l'hémiplégie, tous symptômes qui traduisent l'irritation méningée. En cas de ramollissement, le liquide est habituellement clair. Cependant, on a pu constater un liquide xanthochromique, qui est souvent dû à une légère hémorragie née dans le foyer congestif se produisant autour de la thrombose, dans ce qu'on a appelé le *ramollissement hémorragipare*, mais qui peut traduire aussi la désintégration cellulaire ou la transsudation du sérum sanguin dans des cas exceptionnels, tels que ceux signalés par Augistrou où il existe une *dissociation albumino-cytologique* avec hyperalbuminose isolée (18). Le plus souvent, ce qu'on observe dans le liquide céphalo-rachidien d'un sujet qui vient de faire un ramollissement cérébral, c'est une *leucocytose* ordinairement modérée, exceptionnellement très intense au point de pouvoir constituer un épanchement puriforme aseptique. Cette leucocytose, à base de polynucléaires au début, de lymphocytes ensuite est due à la diapédèse intense qui se fait au niveau du foyer et disparaît en dix à trente jours.

b. APRÈS LE COMA. — L'évolution ultérieure va donner de nouvelles indications pour le diagnostic. Tout d'abord la survie est beaucoup plus rare en cas d'hémorragie. Une hémorragie cérébrale tue 9 fois sur 10 : le sujet succombe après avoir présenté une ascension progressive de la température qui peut atteindre 42 degrés. En cas de ramollissement, au contraire, la proportion est presque inversée, et les cas de mort ne s'observent guère que chez les vieillards ayant des lésions diffuses.

Par conséquent, lorsqu'un hémiplégique est sorti du coma, il y a de fortes chances pour qu'il s'agisse d'un ramollissement, surtout si sa paralysie est importante et durable; car un sujet aurait succombé à une hémorragie capable de laisser cette séquelle. Il n'y a que les petites hémorragies qui permettent la survie, si bien qu'en face d'une hémiplégie peu accentuée, le diagnostic mérite d'être discuté. Celui-ci peut se baser sur l'ÉVOLUTION même de la paralysie. Jaccoud disait que, dans le ramollissement, la paralysie peut disparaître quatre ou cinq jours après l'attaque; ce délai passé, elle resterait stationnaire et l'on n'observerait pas l'amélioration graduelle caractéristique de l'hémorragie. C'est un aphorisme un peu absolu : s'il est vrai que l'hémiplégie par ramollissement cérébral n'est susceptible d'une amélioration importante et rapide qu'à la phase initiale, il n'en est pas moins exact que, dans la suite, une amélioration lente et graduelle est possible; mais cette amélioration est relative et ne se produit plus après l'apparition de la spasmodicité. D'après Pierre Marie, cet amendement uniforme porterait surtout sur l'étendue de la paralysie qui, le plus souvent, s'atténuerait plus ou moins au membre inférieur et conserverait la même importance au membre supérieur, au lieu que dans l'hémorragie, on observerait plutôt une diminution globale de l'intensité de la paralysie portant indifféremment sur les deux membres. Il est à remarquer également que les signes d'excitation tardive (crises bravais-jacksoniennes, syndrome exceptionnel de Kojewsnikow) se voient plutôt dans l'hémorragie, au lieu que leur apparition précoce à la période prodromique plaidait en faveur du ramollissement. Cette constatation s'explique facilement par ce fait que le ramollissement est suivi d'une destruction particulièrement marquée qui n'est autre que la dégénérescence wallerienne des fibres intéressées, tandis que l'hémorragie agit plutôt par compression sans entraîner jamais de destruction aussi complète.

On a pu dire que le SIÈGE de la lésion avait une valeur pour le diagnostic : l'hémiplégie du ramollissement est le plus souvent une hémiplégie corticale; celle de l'hémorragie est le plus souvent une hémiplégie sous-corticale ou capsulaire; et l'on sait qu'une des artères le plus fréquemment rompues, l'artère de l'hémorragie cérébrale de Charcot, se trouve au niveau de la partie externe du noyau lenticulaire, au voisinage de la capsule externe. Mais c'est un fait qui n'a rien d'absolu. La forme même du syndrome réalisé par l'hémiplégie et les troubles associés, la constatation d'un tableau clinique revêtant une *topographie vasculaire* peuvent aider au diagnostic de ramollissement, surtout lorsqu'il s'agit d'une lésion du cerveau gauche plus riche en localisations. Le diagnostic de ramollissement cérébral doit d'ailleurs être complété par le diagnostic de l'artère obstruée. Il importe donc de connaître les principaux syndromes vasculaires.

(A suivre.)

Hommage à Laennec, par le docteur Paul MEVEL, vice-président du Comité breton du Centenaire. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1927)

Toxines diphtériques donnant naissance à un bacille diphtérimorphe. — M. Paul HAUDUROY.

Action du bismuth sur l'ictère hémorragique. — MM. R. SAZERAC, Hirosi NAKAMURA et Mme M. KITCHEVATZ. Le bismuth possède une action préventive remarquable vis-à-vis de l'infection par le *Sp. icterohemorragiae* chez le cobaye.

Le même élément exerce un effet curatif au cours de l'évolution de l'ictère hémorragique chez le cobaye. Les résultats obtenus par les auteurs leur semblent assez encourageants pour permettre d'entreprendre chez l'homme des tentatives de traitement de l'ictère hémorragique par le bismuth.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1927)

M. LE PRÉSIDENT souhaite la bienvenue à M. le professeur Madsen (de Copenhague), président du Comité d'hygiène de la Société des Nations, membre correspondant étranger, qui assiste à la séance.

Les stupéfiants. — M. le professeur ROGER présente à l'Académie un ouvrage du docteur René Porak sur les stupéfiants. L'auteur, qui a enseigné la médecine en Perse et en Chine, a observé les effets produits sur l'organisme et la mentalité des sujets qui fument l'opium; il étudie dans des chapitres spéciaux d'autres poisons euphoristiques, la cocaïne et le Haschich, et tire des conclusions sociales de ces études physiologiques et psychologiques.

Etiologie et pathogénie de la gangrène pulmonaire. — M. H. VINCENT. « La symbiose fuso-spirochétienne que j'ai décrite dans l'angine, la gangrène hospitalière, etc., peut aussi se localiser à tous les étages de l'appareil respiratoire, depuis le larynx jusqu'au parenchyme pulmonaire et à la plèvre. La gangrène pulmonaire n'en est qu'une manifestation. S. Rona a démontré, en 1905, que cette dernière maladie « est due aux mêmes bacilles et spirochètes que l'on trouve dans l'angine de Vincent »; le bacille fusiforme peut y exister « en masses immenses ». De nombreux auteurs ont confirmé ces constatations, notamment en France J. Paraf, P.-E. Weil, M. Perrin, Dupérié et Cadenaule, etc. Aux Etats-Unis, B. S. Kline et M. A. Blankenhorn ont signalé l'association de Spirochaeta Vincenti et de B. fusiformis dans quatre cas très graves de gangrène pulmonaire. Feldmann, Küster, Buday, Arnheim, Franchini, Schlossmann, etc., ont constaté la même symbiose.

J. Pilot et Davis ont récemment fait l'étude complète de 37 cas de gangrène ou d'abcès gangréneux pulmonaires. Le *Bacillus fusiformis* a été présent dans 100 p. 100 des cas (crachats et lésions d'autopsie), en proportion souvent énorme. Le streptocoque existait dans la plupart des cas. Le spirochète observé était *S. Vincenti*.

Mais les travaux des auteurs américains vont à l'encontre de l'opinion qui tendrait à rattacher la gangrène pulmonaire à un spirochète spécial. En effet, pendant la vie, les crachats peuvent, en certains cas, ne renfermer *aucun spirochète*. Après la mort, les recherches bactériologiques minutieuses faites dans les frottis de régions gangrenées ainsi que dans les coupes de poumons traitées par le procédé de Levaditi, *sont restées entièrement négatives dans 4 cas sur 16* (*obs. nos 5, 10, 20 et 21*). Deux fois, la gangrène pulmonaire s'est compliquée

d'abcès fétides du cerveau à B. fusiformis et streptocoques, mais sans spirochètes (J. Pilot et D. J. Davis).

J'ai moi-même étudié en 1926 les crachats frais de quatre malades atteints de gangrène pulmonaire ou d'abcès gangréneux du poumon. Les bacilles fusiformes ont été constants. Les spirochètes abondants une fois, extrêmement rares deux fois, ont été entièrement absents dans un quatrième cas. Du reste, les spirochètes restent colorables pendant plusieurs jours dans les crachats.

Cette dernière particularité n'est pas exceptionnelle. J'ai, en effet, signalé l'absence de spirochètes dans certains cas de gangrène hospitalière et d'angine.

La gangrène pulmonaire est déterminée par la symbiose de B. fusiformis et de Spirochaeta Vincenti à laquelle s'associent des bacilles anaérobies et fréquemment le streptocoque, enfin des spirochètes buccaux dont quelques-uns sont cultivables, ainsi que je l'ai observé, en sérum dilué. Les infections buccales ou dentaires en sont le point de départ habituel. L'anesthésie au chloroforme ou à l'éther joue un rôle important.

Dans les coupes d'angine et de pourriture d'hôpital, ainsi que des tissus atteints de noma, les bacilles fusiformes, strictement anaérobies, végètent au centre des lésions; les spirochètes, moins anaérobies, se multiplient très abondamment à leur périphérie. La même disposition existe dans la gangrène pulmonaire. Elle s'observe aussi dans les cultures sous l'huile : les spirochètes végètent à la surface et les bacilles fusiformes dans la profondeur.

La putridité des lésions s'observe dans toutes les manifestations graves de la fuso-spirochétose, non seulement dans la pourriture d'hôpital, le noma vulvaire ou facial, etc., mais encore et souvent dans l'angine, la stomatite, la bronchite (Beau, Dide et Ribereau, G. Delamare, H. Vincent, etc.), l'otite moyenne fétide, etc., toutes affections qui relèvent de la même symbiose microbienne. »

Discussion. — Cette communication amène M. F. Bezançon à la tribune.

Il s'étonne que M. Vincent n'ait pas donné, dans son exposé la part qui leur revient aux travaux français, notamment à ceux de Veillon, Guillemot, Rist et Etchegoin, sans parler de lui-même.

M. F. Bezançon rappelle en effet que « c'est à la suite de ses recherches personnelles avec Etchegoin que la question du rôle des spirochètes dans la gangrène a été mise à l'ordre du jour; les auteurs ayant trouvé des spirochètes dans 7 cas sur 11. »

Quant à la question de l'identification du spirochète de la gangrène pulmonaire, M. Bezançon rappelle que « par tous ses caractères, il est absolument différent du S. Vincenti : il est plus gros, il est beaucoup plus mobile, il est surtout constitué par des spires profondes, il n'est pas effilé aux extrémités, enfin, il est peut-être cultivé dans le sérum de cheval dilué au 1/5, 7,6 à 7,8 de pH, alors que le spirochète Vincenti ne peut l'être. »

M. Vincent regrette que M. F. Bezançon ait interprété ainsi sa communication. S'il a cité des travaux étrangers, c'est en raison de leur antériorité; au surplus, il constate que son opinion sur le fond de la question ne diffère pas de celle de M. F. Bezançon autant qu'il apparaît au premier abord.

M. le Président prie très sagement l'Académie de remettre la suite de la discussion à une prochaine séance afin de permettre à tous ses membres de prendre connaissance des textes qui seront insérés au Bulletin.

Les indications de la cure de Vichy chez les diabétiques. — M. Marcel Labbé. La cure de Vichy convient aux petits diabétiques sans dénutrition azotée ni acidose. Elle rend les plus grands services chez les obèses, les gros mangeurs et les grand buveurs.

Chez les grands diabétiques pour lesquels la cure d'insuline s'impose on ne doit pas conseiller en même temps la cure de Vichy.

La parabiose homoplastique. — M. Helguera Coiriena.

Traitement de l'asthme et hypothèse pathogénique. — M. Paul Cantonnet expose sa conception de l'hypercholestérinéinisme asthmogène. Il rappelle ses recherches thérapeutiques depuis 1904. Il a employé successivement l'iode par voie musculaire, puis la peptone iodée, ensuite les polypeptones iodées, enfin le chlorure de calcium qui lui apparaît comme un fixateur important de guérison.

Election de deux correspondants étrangers dans la quatrième division (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

Classement des candidats : en première ligne : M. Gallardo (de Buenos-Aires), M. Starling (de Londres).

En deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Escomel (d'Arequipa-Pérou), Inada (de Tokio), Nuttal (de Cambridge) et Rollier (de Leysin).

Au premier scrutin, M. Gallardo, zoologiste, biologiste et ministre des Affaires étrangères de la République Argentine, est élu par 58 voix sur 63 votants. M. Starling obtient 1 voix, M. Escomel 1 voix, M. Nuttal 1 voix, M. Rollier 2 voix.

Au deuxième scrutin, M. Starling, le grand physiologiste à qui on doit la découverte de la sécrétine, est élu par 53 voix, M. Escomel obtient 4 voix, M. Nuttal 1 voix, M. Rollier 3 voix.

LIVRES NOUVEAUX

Etudes cliniques et radiologiques sur le diagnostic des cavernes pulmonaires (1), par les docteurs E. Leuret et J. Cassimon.

Ce travail consciencieux, richement illustré, est appelé à rendre les plus grands services aux médecins qui se trouvent en présence de signes pulmonaires plus ou moins embarrassants. J. L.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 3 mars. — Jury : MM. Ménétrier, président; Bezançon, Cunéo et Nobécourt. — M. Cayla. L'épreuve du choc au froid dans les ictères. — M. Ardoin (G.). Influence des tumeurs malignes dans les chondromes. — M. Bartet. Les avantages de la voie de Louis Bazy. — M. Breton. Rhumatisme cervical chez l'enfant.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Moussu, Panisset et Robin. — M. Charton. Etude sur quelques affections du cheval et du chien. — M. Robert. Etude sur la cachexie osseuse des bovidés.

Vendredi 4 mars. — Jury : MM. Couvelaire, président; Sébileau, M. Labbé et Ombrédanne. — M. Cannac. Etude sur la trigemellité. — M. Bouland (A.). Etude sur la pénétration dans l'organisme de corps étrangers. — M. Veil-Picard. Etude sur la lutte contre la dépopulation. — M. Olry. L'ostéosynthèse chez l'enfant.

Samedi 5 mars. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Carnot, Lecène et Terrien. — M. Baconnet (A.). La papavérine. — M. Baer. Etude de la protéinothérapie en dermatologie. — Mlle Plassat. Mastite suppurée de l'adolescence. — M. Brunet. Etude des pancréatites chroniques. — M. Carette. Névrites optiques.

(1) Extrait des *Archives d'électricité médicale*, — Bordonas, 1926, Imprimerie de l'Université.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50, — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Alger. — Un concours pour une place de chirurgien des hôpitaux d'Alger aura lieu le 15 juin 1927, à l'hôpital civil de Mustapha.

— Rouen. — Le jeudi 2 juin 1927 un concours aura lieu à l'hospice général, à 16 h. 30, pour la nomination d'un chirurgien adjoint des hôpitaux, sous la présidence de l'un des membres de la Commission administrative des hospices civils de Rouen.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Prix des thèses.* — *Médaille d'argent.* — MM. Pissavy, Duchon, de Peretti della Rocca, Coulon, Terris, Baruk, Ravina, Raiga, Oberthür, Martin, Bouchard, Segond, Choay, Pollet, Peron, Thévenard, Engelhard, Robin, Marceron, Welcker, Mlle Dobkevitch, MM. Dossot, Genin, Mégret, Lévy, Bayle, Hautefeuille, Bodin, Luton, Isch-Wall, Mme Sorrel-Déjerine.

Médaille de bronze. — MM. Caffort, Lejard, Denis, Le Sève, Camus, Chabaud, Goguel, Mlle Oumansky, MM. Mecus, Nicollo, Carvaillo, Cherouvrier, Gérard, Martiny, Cénac, Iaquière, Chevallier, Chastang, Welti, Bouttier, Cabanis, Rachet, Verger, Lefèvre, Marcel Rimé, Mlle Fradin, MM. Lhopitallier, Ferrier, Chavanon, Vezoux, Mlle Péchenard, MM. Joffroy, Rouchon, Mlles Dubac, Parat, MM. Brico, Callegari, Loubry, Lucchette, Mugnier, Gasser, Jéramec, Nouvion, Quivy, Le Clerc, Solente, Casteran, Favory, Mme Bertrand-Fontaine, Mlle Nicolle, M. Ollivier.

Mention honorable. — MM. Maurellet, Brody, Patay, Corby, Hababou-Sala, Houlnick, Le Rasle, Salmon, Schedrovitzky, Fortat, Sanglier, Mondet, Flora, Vayron de la Moureyre, Seegolim, Dauptain, Dalsace, Giroud, Isaac-Georges.

— Alger. — Ont été nommés agrégés : d'anatomie, M. Marcel Ribet; de chirurgie, M. H. Dubouchet; de physiologie, M. Henri Hermann.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le professeur Calmette, sous-directeur de l'Institut Pasteur, vient de recevoir la plaque de grand officier du Danebrog. La remise lui en a été faite par le chargé d'affaires du Danemark accompagné par M. le professeur Madsen, président de la Commission d'hygiène de la Société des Nations.

CENTENAIRE DE PINEL ET CENTENAIRE DE VULPIAN. — Ces deux commémorations auront lieu successivement.

Le 28 mai, le Centenaire de Vulpian sera célébré dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Il sera suivi des Journées neurologiques.

Les 30 mai et 1er juin aura lieu la célébration du Centenaire de Pinel.

Pour les adhésions au Centenaire de Pinel, s'adresser au docteur Henri Colin, 22, rue Gay-Lussac, Paris (Ve).

COLLÈGE DE FRANCE. — Cours d'épidémiologie et maladies infectieuses. — M. le professeur H. Vincent, membre de l'Institut, continuera son cours le mercredi 2 mars, à 5 heures, à l'amphithéâtre n° 5.

Sujet des prochains cours :

Les toxines colibacillaires. Moyens de défense de l'organisme contre les toxines microbiennes d'origine intestinale.

CONFÉRENCE. — M. le professeur Achard fera le 2 mars 1927, à 9 h. du soir, à la salle des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, une conférence sur *ses impressions de voyage en Indochine.*

POSTE DE CAMPAGNE, susceptible gros rapport. — S'adresser *S...*, bureau du Journal.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1927)

Du spasme et de l'oblitération en étages dans les nécroses par artérite incomplètement oblitérante. — MM. C. LIAN, Gilbert DREYFUS et P. PUECH mettent en valeur l'action surajoutée du spasme localisé, ou d'une deuxième localisation en aval dans les cas de nécrose ischémique consécutive à une artérite incomplètement oblitérante.

Les auteurs montrent l'importance de ces deux facteurs et rappellent que dans d'autres cas interviennent, soit une chute de pression artérielle générale (saignée abondante, insuffisance cardiaque), soit des facteurs périphériques locaux (traumatisme, infection secondaire, etc.).

De la fréquence de la diphtérie chez le nourrisson. — MM. RIBADEAU-DUMAS et CHABRUN ont recherché la fréquence de la diphtérie chez le nourrisson. A ce sujet, il y a lieu de distinguer les porteurs de germe des diphtéries vraies. Les auteurs rappellent les signes cliniques de la diphtérie chez le nourrisson et à ce propos insistent à côté du coryza, des rhino-pharyngites, sur les troubles généraux graves présentés par le nourrisson. Dans les rhino-pharyngites avec état général grave, il y a lieu de pratiquer la sérothérapie, et les auteurs ont constaté les mêmes résultats suivant qu'ils employaient dans l'immense majorité des cas, soit un sérum spécifique, soit un sérum quelconque. D'après Ribadeau Dumas, la diphtérie ne serait certaine que dans 2,5 p. 100 des cas.

M. LESNÉ partage l'opinion de M. Ribadeau Dumas; il fait néanmoins remarquer que tout coryza avec bacille diphtérique n'est pas toujours un coryza diphtérique, et d'après sa statistique personnelle la fréquence de la diphtérie du nourrisson est rare.

M. LEREBOULLET confirme l'opinion de M. Ribadeau Dumas. La diphtérie est plus fréquente cependant qu'on ne le pensait autrefois, car d'après les recherches récentes l'immunité maternelle est transitoire. La diphtérie du nourrisson doit être recherchée, mais il y a lieu de reconnaître qu'elle est très difficile à reconnaître cliniquement; l'angine, en particulier, ne s'observe jamais.

La toux cardiaque et la forme coqueluchoïde de l'insuffisance cardiaque. — MM. C. LIAN et Gilbert DREYFUS mettent en relief l'existence d'une toux isolée et précoce, symptôme révélateur d'une cardiopathie. D'après une analyse de quarante observations, il leur paraît légitime de décrire une forme coqueluchoïde de l'insuffisance cardiaque. Celle-ci s'observe aussi bien chez les valvulaires jeunes que chez les hypertendus de la cinquantaine. Son mécanisme intime semble néanmoins relever d'un encombrement progressif ou d'un encombrement aigu de la circulation pulmonaire; ce dernier détermine, par ordre de gravités croissantes, soit des quintes de toux, accident mineur de l'insuffisance ventriculaire gauche paroxystique, soit le pseudo-asthme nocturne, soit, enfin, la grande crise d'œdème pulmonaire aigu.

Le traitement des splénomégalies chroniques dans l'hérédo-syphilis tardive. — M. P.-Emile WEIL rapporte huit cas de splénomégalies apparues, soit dans la deuxième enfance, soit à l'âge mûr chez des hérédo-syphilitiques, avec une symptomatologie diverse : splénomégalie avec ictère, avec anémie grave, avec état hémorragipare, avec anémie et hémorragies, avec syndrome de Banti, et étudie l'action du traitement spécifique sur l'évolution de la splénomégalie et sur l'état général et les troubles fonctionnels des malades.

L'auteur arrive à cette conclusion que le traitement par les arsénobenzènes doit être rejeté d'une façon générale en cas de splénomégalies chroniques, et qu'il ne faut tenter la cure de ces malades que par les bismuthiques et les mercuriaux, à petites doses.

LIVRES NOUVEAUX

Anatomie topographique du système nerveux central (1), par les docteurs G. GUILLAIN et I. BERTRAND.

Avec Charcot, avec Pierre Marie, les auteurs estiment, non sans raison, que la méthode anatomo-clinique conduira à plus de progrès dans la connaissance des maladies du névraxe que toutes les spéculations verbales. C'est pourquoi il convient de ne pas séparer par des cloisons étanches études cliniques, d'une part, études anatomiques ou anatomo-pathologiques, de l'autre. Mais comment parfaire ces dernières? En s'adressant aux grands traités, remarquables par leur érudition et par leur développement? En recourant à ceux qu'illustrent, à chaque page, des figures schématiques? En mélangeant, comme l'ont fait tant de savants, anatomie humaine et anatomie animale?

Chacune de ces méthodes est passible de graves objections. La première n'est pas à la portée des débutants. La seconde ne correspond que de loin à la réalité. Que penser enfin, de la troisième qui conduit nécessairement à des erreurs d'interprétation?

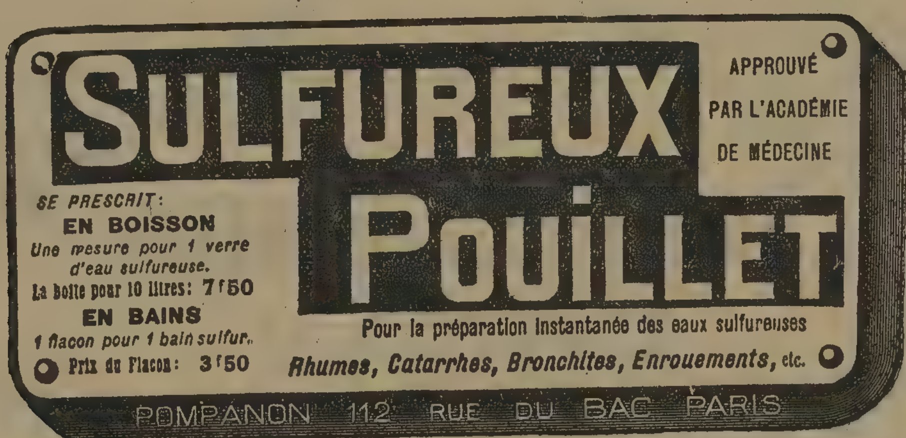
MM. Guillain et Bertrand ont préféré, et tous les neurologistes les loueront de leur choix, s'abstenir de toute bibliographie, comme de toute interprétation, et s'en tenir à des planches rigoureusement exactes, qui reproduisent des photographies originales, et à des dessins microscopiques exécutés à la chambre claire sur des coupes pratiquées au laboratoire. Un texte sobre et clair, commente chaque figure, la fait parler, pour ainsi dire. Ainsi sont successivement passés en revue les *circonvolutions*, le *tronc cérébral*, le *faisceau pyramidal*, les *coupes horizontales* et *vertico-transversales du cerveau*, les *coupes macro- et microscopiques des noyaux gris centraux*, les *coupes horizontales de la région sous-optique*, le *cervelet*, le *mésencéphale*, l'*isthme cérébral*, la *protubérance*, le *bulbe* et la *moelle*. Les auteurs ne manquent pas, à l'occasion, d'indiquer les raisons qui peuvent induire en erreur les débutants, qu'il s'agisse de repérer le sillon de Rolando, ou de sectionner transversalement le centre ovale; les fibres ne paraissent-elles pas d'autant plus grisâtres qu'elles ont été coupées plus obliquement? Ils font une large part à la cytoarchitectomie, trop négligée en France. Ils multiplient les figures, ne craignant pas, pour certaines d'entre elles, d'en donner une moitié telle quelle, sans la moindre modification, et l'autre en schéma. De ces figures, toutes judicieusement choisies, certaines émerveillent par l'habileté technique qu'elles décèlent. Comment ne pas frémir d'aise en contemplant certaine planche reproduisant une grande cellule radiculaire traitée par la méthode de Bielschowski? Le livre de MM. Guillain et Bertrand est appelé à devenir rapidement classique et chaque travailleur voudra l'avoir sur sa table, tout près de lui. Quel meilleur guide, quel plus sûr conseiller, pourrait-il en effet trouver?

L. BABONNEIX.

(1) In-4 de 322 pages, avec 60 planches originales. — Paris 1926, Masson et Cie.



Médication Sulfureuse à domicile



Ses propriétés sont celles des eaux Sulfureuses naturelles

Le *Sulfureux Pouillet* s'emploie en boisson ou en inhalations.

Son action est merveilleuse dans les **Rhumes au moment de l'expectoration, Catarrhes, Affections du Larynx, Granulations de la gorge, Pharyngites, Extinctions de voix, Catarrhes naso-pharyngiens** et autres maladies du nez et de la gorge — dans **les Diathèses arthritique, Herpétique, Rhumatismale, le Lymphatisme, la Scrofule.** Il est des plus efficaces en vaporisations au moyen du pulvérisateur à vapeur.

Enfin l'effet curatif est surprenant dans les **Eczémas**, dans **l'Acné** et en général dans toutes les **Affections de la peau**.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SUITES ÉLOIGNÉES DES PHLÉBITES ET DES GRANDS ŒDÈMES NON MÉDICAUX DES MEMBRES INFÉRIEURS

Par M. le Professeur R. LERICHE.

(Clinique chirurgicale A de Strasbourg.)

Les phlébites des membres inférieurs sont chose banale et cependant on ne trouve, nulle part, des renseignements sur leurs conséquences éloignées. Que reste-t-il au bout de quelques années des grands œdèmes de la phlegmatia alba dolens et des phlébites à bascule? Y a-t-il des guérisons complètes et par quel mécanisme? Quels troubles survivent aux phlébites légères si fréquentes dans les suites post-opératoires? J'ai vainement cherché des précisions sur ces questions de pratique courante.

Il est vrai que nous ne sommes guère mieux fixés sur ce qu'il en est anatomiquement dans bien des syndromes dits phlébitiques. Un opéré prend, vers le douzième jour, une douleur au mollet. Bientôt il souffre tout le long de sa veine fémorale. De l'œdème apparaît. On immobilise. Quelques jours après il n'y a plus rien. Le malade se lève, garde pendant quelque temps un peu d'œdème le soir, puis tout est fini.

Que s'est-il passé? Y a-t-il eu vraiment phlébite pariétale et thrombose oblitérante? S'il y a eu thrombose, où siège le caillot? Jusqu'où va-t-il? S'organise-t-il? Sinon, que devient-il? Quel est le mécanisme de l'œdème, dans ces cas, et pourquoi disparaît-il un jour? Franchement, nous ne savons rien de tout cela et cependant ces cas sont si fréquents que nous devrions les connaître mieux.

Dans les grandes phlébites de la veine fémorale qui transforment la veine en un cordon fibreux, l'apparition ultérieure de varices est la traduction de l'absence de perméabilité de la voie principale. Mais quand il ne persiste aucun trouble veineux apparent, il faut admettre, semble-t-il, que la phlébite est restée très localisée et que la zone oblitérée est de petites dimensions. On peut interpréter la douleur du début tout le long du trajet veineux comme le résultat d'une brusque veino-constriction identique à celle que l'on observe parfois après l'injection intraveineuse d'un liquide caustique, comme par exemple, quand on traite les varices par la méthode de Sicard. L'existence de ce veinospasme ne me paraît pas douteuse et je suppose que si l'application de sangsues, l'hirudination, suivant la méthode de Termier, est parfois si efficace, c'est qu'elle fait cesser le spasme veineux qui, certainement, favorise l'extension de la thrombose.

Il est probable également que cette constriction veineuse étendue est une des causes de l'œdème, car si la voie de retour du sang est bloquée brusquement, la voie artérielle d'apport, elle, n'a pas changé et il y a un déséquilibre complet de la pression dans le système sanguin.

Toujours est-il qu'aussitôt que le spasme cède, dès que l'équilibre des circulations est rétabli, l'œdème disparaît et bientôt le malade est exactement dans l'état de celui qui aurait eu, en un point de sa veine fémorale, une ligature bien tolérée.

Il arrive cependant qu'au bout d'un certain temps, certains de ces malades se plaignent de fatigabilité, de douleurs, de crampes très pénibles, d'un peu d'œdème. C'est pour ces cas qu'on peut être amené à poser chez des hommes jeunes une indication opératoire.

Que peut-on faire?

J'ai cherché deux fois à découvrir l'oblitération elle-même dans l'intention de la réséquer. Je pense, en effet, qu'au niveau d'une veine oblitérée, il se passe les mêmes phénomènes de perversion vasomotrice qu'au niveau d'une artère trombosée. Il y a dix ans, j'ai décrit (1) le syndrome consécutif aux oblitérations artérielles et j'ai montré qu'en supprimant le segment oblitéré, on faisait disparaître l'œdème, la cyanose, la sensation du froid, la paresse musculaire et les douleurs en même temps que l'on améliorait objectivement la circulation périphérique, ce dont l'oscillométrie et la thermométrie font la preuve graphiquement enregistrable.

Dans ces deux cas, j'ai découvert la veine fémorale depuis la triangle de Scarpa jusqu'au canal de Hunter. Je l'ai trouvée petite, aplatie, à peine remplie, ayant manifestement une circulation très réduite, ne fonctionnant que comme une voie collatérale secondaire. J'en ai conclu qu'il y avait quelque part plus bas une oblitération complète. Ne pouvant découvrir l'oblitération, je me suis borné à prélever un fragment de la veine pour examen et j'ai fait une sympathectomie fémorale. Ces deux malades ont été très soulagés et l'un d'eux, que j'ai suivi de 1922 à 1925, est resté très amélioré (2). La paroi veineuse, dans ce cas, était histologiquement très altérée. Elle ne présentait aucune trace d'inflammation. Son endothélium était normal, mais sa couche musculaire avait presque complètement disparu. Elle était remplacée par des fibres élastiques et il y avait, en somme, une adaptation à des conditions circulatoires nouvelles.

Je pense qu'il y aurait grand intérêt à renouveler pareilles tentatives et à découvrir le niveau habituel de ces oblitérations. On pourrait arriver, alors, par une résection veineuse précoce, à guérir complètement ces petits infirmes. En voici la preuve :

Une jeune femme de vingt-six ans, mariée, sans enfants, n'ayant pas eu de fausse-couche, mais ayant eu en mars 1925, un retard de règles suivi de pertes, de fièvre et de douleurs dans la fosse iliaque gauche, prend, à la suite de cet accident, de l'œdème du pied, de la jambe et de la cuisse. On la considère comme ayant une phlébite puis, au bout de quelques semaines, tous les accidents disparaissent. Il reste des douleurs pelviennes et de l'œdème du membre inférieur du même côté. En juin 1925, la malade est adressée à la clinique par son médecin, le docteur Ross. On constate par le toucher une annexite gauche. Un cordon douloureux sus-jacent que perçoit aussi la main abdominale. Il y a de l'œdème diffus, dur, de tout le membre inférieur. La circonférence de la cuisse, après repos, est de 2 cent. 1/2 plus grande que de l'autre côté. L'oscillométrie ne montre aucune lésion artérielle.

Le 18 juin, mon chef de clinique Stulz intervient, enlève les annexes gauches, plaquées contre la paroi. La trompe est saine. L'ovaire, très gros, adhère au péritoine pelvien. On se dirige ensuite sur le cordon douloureux perçu au palper. Il est constitué par la veine iliaque externe oblitérée depuis l'arcade crurale jusqu'à la veine iliaque primitive. L'artère est

(1) R. Leriche. Du syndrome sympathique consécutif à certaines oblitérations artérielles traumatiques et de son traitement par la sympathectomie périphérique, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 31 janv. 1917, p. 310. — Voyez aussi : Résultats éloignés des ligatures et des résections artérielles. Rapport au *XXXIe Congrès franç. de chir.*, oct. 1922.

(2) R. Leriche. Essai de traitement chirurgical des suites éloignées des phlébites du membre inférieur, *Presse méd.*, 4 avril 1923.

absolument libre. Je conseille à Stulz de faire la résection du cordon veineux et une sympathectomie périartérielle. La résection veineuse emporte toute la veine depuis la bifurcation de l'iliaque jusqu'au trou crural. La section ne saigne pas et on ne met une ligature qu'en bas. La veine est entourée d'une épaisse gangue scléreuse et jaunâtre, de laquelle on ne peut la libérer. Les suites furent normales, l'œdème disparut rapidement. Quinze jours après l'opération, à la sortie de l'hôpital il n'y en avait presque plus. La différence des deux circonférences n'était plus que de 1 centimètre. Dans les semaines qui suivirent, tout disparut. Cette malade est demeurée complètement guérie. Elle est enceinte de sept mois. Elle n'a pas d'œdème et mène une vie normale à la date de janvier 1927.

L'examen histologique fait par M. Masson montra une sclérose de l'adventice et de la tunique moyenne, dont les faisceaux musculaires étaient dissociés par du tissu fibreux avec, par places, des nodules d'inflammation chronique. L'endoveine était épaissie et avait l'aspect de l'endartérite végétante. Le thrombus adhérait sur tout son pourtour. Il était organisé avec une ébauche de recanalisation. Il renfermait peu de pigments ferrugineux étant donné son ancienneté.

Il est évident que, dans ce cas, c'est la résection veineuse qui a fait disparaître l'œdème. On ne saurait songer un instant que cette disparition est consécutive à l'ablation d'un ovaire adhérent et je ne crois pas que la sympathectomie péri-artérielle, sans résection veineuse, ait pu avoir un pareil effet. Or, qu'on y songe, cette résection d'une veine iliaque externe oblitérée n'a rien pu changer aux conditions de l'hydraulique veineuse du membre inférieur. Elle n'a pu agir qu'en supprimant une cause permanente de réflexes vasculaires créateurs d'œdème. On voit par là la façon dont l'intervention que je propose peut agir, et l'intérêt qu'il y aurait à mieux connaître l'anatomie pathologique macroscopique des phlébites localisées, maintenant que nous entrevoyons le mécanisme physiologique des accidents cliniques qui les accompagnent.

*
* *

L'étude du traitement des grands œdèmes chroniques des membres inférieurs va nous le montrer d'une autre façon.

On rencontre de temps à autre des malades arrivés à la période moyenne de la vie, qui ont de grands œdèmes chroniques des membres inférieurs. Le plus souvent, ces œdèmes sont inégalement répartis des deux côtés. L'œdème est plutôt dur, garde difficilement le godet. Il est très différent cependant de l'infiltration de l'éléphantiasis. Il est souvent douloureux. Souvent la peau a un aspect rouge foncé au repos. Elle est franchement cyanique dans la station debout. Dans un de mes cas, il y avait, en outre, de petites ulcérations sur la jambe.

Cet œdème a un autre caractère, c'est qu'il ne reste pas localisé aux membres inférieurs. Il atteint généralement la fesse et va jusqu'au seuil de la région lombaire. Il n'est réductible ni par le repos ni par le régime.

En présence de pareils œdèmes sans cause médicale décelable, sans syphilis, on est fort embarrassé pour porter un diagnostic exact, si l'examen ne montre aucune tumeur pelvienne susceptible de comprimer les grosses veines du bassin. Quand l'œdème est d'apparition récente, on pense à un néoplasme latent, prostatique ou autre. Quand les accidents sont de vieille date, on ne sait vraiment pas à quoi songer, Dans de pareilles conditions, je suis intervenu quatre fois par laparotomie pour vérifier l'état des veines du bassin. La première fois, j'avais, dans une première séance, contrôlé les veines fémorales et fait une sympathectomie péri-artérielle qui fut complètement inefficace. Les autres fois, je suis intervenu d'emblée sur les veines du bassin.

Voici ce que j'ai trouvé dans ces quatre cas.

Dans ma première observation, il s'agissait d'une femme de cinquante-six ans qui se plaignait d'un très gros œdème des deux membres inférieurs, prédominant à gauche. Elle en précisait mal le début et l'origine. Aussi, avant les constatations opératoires que je vais rapporter, je n'avais aucune idée du mécanisme possible des accidents. Donc, après un long repos au lit, après échec d'un traitement spécifique et d'une double sympathectomie fémorale, je fis une laparotomie le 31 octobre 1925, en position inclinée. M. Talheilmer, chef de clinique du professeur Gosset, y assistait. L'épiploon adhérait aux anses grêles et je ne parvins pas, au début, à refouler celles-ci vers le diaphragme. Les anses adhéraient, en effet, au petit bassin et l'épiploon était fixé. Quand je les eus dégagées, je perçus une anse grêle qui, à gauche, paraissait disparaître complètement derrière le péritoine pariétal. Elle le soulevait, mais on ne la voyait pas. On ne la retrouvait qu'au niveau du cæcum. Il était évident qu'un intense processus de péritonite plastique avait collé cette anse contre le péritoine pariétal postérieur l'extériorisant en quelque sorte de la cavité péritonéale. Après incision de cette lame sur le bord convexe de l'intestin, je pus mobiliser l'anse et la relever. Elle était complètement dépéritonisée et son empreinte se voyait imprimée sur la bifurcation de la veine cave et sur l'origine de la veine iliaque primitive gauche. Une plaque blanchâtre marquait sa zone de pression sur l'artère iliaque primitive. La veine iliaque était très dilatée au-dessous de l'empreinte intestinale, au niveau de laquelle elle était manifestement déprimée et comprimée. La circulation se faisait à peine, mais il n'y avait aucune thrombose. Le carrefour aortico-cave fut dégagé du tissu fibreux qui s'y trouvait englobant les rameaux sympathiques sortant de la fourche aortique et les ganglions lymphatiques juxta-artériels. La circulation normale se rétablit alors sous nos yeux. Je laissai retomber l'anse, la gêne veineuse se reproduisit. Il fallait donc maintenir cette anse définitivement écartée, si on voulait permettre à la circulation de se faire normalement. Mais c'était chose difficile. J'attirai le sommet de l'S iliaque, je l'insinuai entre les vaisseaux et l'anse grêle, en essayant de repéritoniser sous le méso de l'S iliaque. Je reconstituai, en somme, tant bien que mal, plutôt mal que bien, un péritoine pariétal. Le soir, on eut l'impression que l'œdème avait plutôt augmenté. Le lendemain, il avait sensiblement diminué. Le surlendemain, il n'y avait presque plus rien sur le dos du pied où la peau était flasque et flétrie. On ne pouvait plus faire de godet prétibial et dès le quatrième jour, la disparition était complète. Vers le huitième jour, l'œdème recommença à apparaître. Il augmentait insensiblement du côté gauche et au bout d'un mois, il y avait, autant qu'on pouvait s'en rendre compte, retour à l'état primitif. Cependant, la malade se trouvait améliorée et contente du résultat. Elle revint dans l'été 1926, demandant si on ne pouvait pas refaire quelque chose pour elle. Evidemment, je m'y refusai. Le cas me paraissant au-dessus de toute possibilité thérapeutique.

Reste à savoir quelle pouvait être la cause de la péritonite causale. La malade, pressée de questions, en vint à nous dire, qu'à l'âge de vingt-cinq ans,

elle avait eu des suites de couches fébriles, qu'elle avait fait fait un abcès abdominal qui avait dû être ouvert par le vagin. L'œdème avait commencé quinze ans plus tard, mais il est évident qu'il avait là son origine. Dans les quinze dernières années, la situation s'était progressivement aggravée au point de faire de cette femme active une véritable infirme.

Il me paraît inutile de souligner le grand intérêt de ce cas. Malgré l'insuccès thérapeutique terminal, il montre que la cause de ces œdèmes peut être précisée et qu'il serait vraisemblablement possible, au début de leur évolution, de les guérir par une thérapeutique appropriée,

Aussi, encouragé par ce fait, suis-je intervenu d'emblée dans trois autres cas. Toutes les recherches possibles avaient été faites pour déceler la cause de l'œdème. On n'était pas arrivé à mettre en évidence une néoplasie latente. L'œdème récent datait une fois de trois ans et demi, une fois d'un an et une fois de six mois. Dans un de ces cas, il avait commencé comme une phlébite spontanée, à bascule, chez un homme vigoureux, sans fièvre. Dans les deux autres cas, l'œdème était apparu peu à peu, sans cause apparente, et au cours du travail, s'était lentement aggravé au point de faire du malade un grand impotent.

Or, dans les trois cas, je trouvai, sous le péritoine pariétal postérieur, les veines iliaques primitives enserrées dans un tissu de sclérose dense. Cette sclérose remontait jusqu'à la bifurcation de la veine cave, descendait, dans un cas plus loin que la bifurcation de l'iliaque primitive et plongeait dans le bassin avec la veine hypogastrique. Les trois fois, aussitôt que j'eus dégagé les veines, je les ai vu reprendre un calibre sensiblement normal. Il y avait donc là la cause du trouble existant dans la circulation veineuse. J'ai pensé au début qu'il devait s'agir d'une sclérose périlymphatique et que l'englobement veineux était consécutif à une lymphangite pelvienne de cause inconnue. Je demandai à M. Masson d'examiner, à ce point de vue, les fragments de tissu enlevés. Il me répondit qu'il n'y avait pas trace de lympathiques, mais que, par contre, dans cette masse conjonctive, il y avait un grand nombre de filets sympathiques et de cellules ganglionnaires. Il m'a même signalé l'existence d'une sorte de paraganglion volumineux, formé d'un entrelac serré de fibres sympathiques entre lesquelles on apercevait des corpuscules tactiles feuilletés et des groupes de grosses cellules à protoplasma vacuolaire et finement granuleux, ayant l'air d'être de la substance chromafine. Cet examen montre que si les lymphatiques ne sont pas en cause, les éléments sympatiques, eux, sont atteints par le processus de sclérose et on peut en conclure qu'il y a là probablement une cause adjuvante de l'œdème.

Le tissu de sclérose dont je viens de parler allait dans tous les cas jusqu'aux parois artérielles; mais, celles-ci étaient libres et intactes. Les artères iliaques se juxtaposaient au tissu de sclérose qu'elles respectaient. Cela permet peut-être d'expliquer un caractère assez particulier, et en apparence paradoxal, de l'examen clinique de ces cas. Les oscillations, en effet, étudiées aux membres inférieurs, commençaient chez deux de mes malades trop haut, au bout de la graduation de l'appareil de Pachon et elles se poursuivait jusqu'au zéro avec des amplitudes assez grandes. Il nous a semblé, à mon collaborateur Fontaine et à moi que la résistance, extrinsèque aux parois artérielles, représentée par le tissu scléreux, expliquait peut-être cette hyperpulsatilité.

Un autre fait doit être relevé au point de vue artériel. Dans un cas, peut-être même deux, aussitôt la gaine vasculaire commune incisée, les artères iliaques primitives, soudain libérées, ont pris du champ et se sont mises à décrire des sinuosités animées de battements sur la paroi du bassin. On aurait dit qu'elles étaient subitement devenues trop longues et qu'il serait impossible de les remettre à leur place. J'ai déjà rencontré au niveau des membres cet état artériel dont je ne connais pas la signification. C'est lui évidemment qui est à l'origine des flexuosités de la temporale, mais cela ne nous dit pas grand'chose sur sa signification.

Dans un autre cas, les artères iliaques primitives étaient anormalement grosses, ayant le volume de la terminaison aortique. Elles étaient très pulsatiles. Il y a là, sans doute, un état qui joue un rôle adjuvant dans le mécanisme de l'œdème.

En somme dans ces grands œdèmes chroniques, mes quatre observations montrent qu'il faut chercher une cause pelvienne inflammatoire, intra ou sous-péritonéale, et qu'un élément nerveux entre également en jeu.

* * *

Quels sont les résultats thérapeutiques donnés par l'intervention? Chez mes quatre malades, dès le lendemain de l'intervention, un œdème que des semaines de lit n'avaient pu réduire avait considérablement diminué. Les pieds avaient une peau flétrie. En même temps, les membres inférieurs étaient chauds, brûlants même, bien plus chauds que la partie supérieure de la cuisse, par exemple. Les douleurs avaient cessé. On put espérer que chez tous on aurait une guérison complète. En fait toujours l'œdème arriva à disparaître complètement mais malheureusement le résultat ne tint pas chez tous.

Chez la malade dont j'ai plus haut résumé l'histoire, la récidive se fit peu à peu mais les douleurs et la gêne ne reparurent pas.

Chez un homme, dont l'œdème était considérable, il sembla que l'on tenait la guérison. Quand il quitta la clinique, vingt-cinq jours après l'opération, marchant déjà depuis plusieurs jours, l'œdème n'avait pas reparu, la circonférence de la cuisse était passée de 41 à 34. Mais quelques mois plus tard la récidive se fit. Dans ce cas, la sclérose s'étendait très loin dans le bassin et je n'avais pas pu poursuivre le dégagement veineux jusqu'au bout.

Dans un troisième cas, où l'œdème prédominait surtout à gauche, s'accompagnant de grands placards érythémateux et d'une lourdeur douloureuse, l'opération avait été assez satisfaisante; la libération de la veine iliaque avait été complète à gauche et le tissu de sclérose avait pu être largement dépassé. Dès le lendemain les douleurs et l'œdème disparurent puis ce furent les placards érythémateux. La circonférence de la cuisse diminua vers le troisième jour. Celle de la jambe passa de 34 à 30. Quand le malade se leva au dix-neuvième jour il n'y avait plus d'œdème. Il resta levé deux heures et au bout de ce temps, la jambe gauche resta sèche tandis que la droite s'œdématia un peu et s'indura autour de la région malléolaire. Il en était ainsi au départ. Ce malade a été revu et examiné par mon collaborateur Fontaine, le 6 février, soit sept mois après l'opération et il m'a remis la note suivante : Depuis l'opération la jambe gauche (antérieurement de beaucoup la plus malade)

n'enfle presque plus ; par contre, la droite, désenflée au repos, augmente de volume dès que le malade se lève. Il ne souffre pas, mais n'a pas repris son travail de bucheron. Cependant il marche sans fatigue. En position couchée, l'aspect des deux jambes est normal. Les deux mollets sont souples; les réseaux veineux superficiels ne sont pas apparents. A gauche la dermite pigmentaire a nettement diminué. Quand le malade se lève, il n'y a pas de changement à gauche, mais le membre droit devient rapidement cyanique. Au bout de peu de minutes les orteils sont asphyxiques.

J'ai donc obtenu dans ce cas un résultat très manifeste, évidemment incomplet, mais très probant tout de même. L'insuffisance du résultat semble tenir à une insuffisance de l'opération. Au côté où la libération fut complète, la guérison a été obtenue. De l'autre, où je ne fis rien parce que les signes cliniques étaient très peu nets, il a persisté de l'œdème.

On dira probablement que ces résultats ne sont pas très probants, puisque je n'ai obtenu aucune guérison complète et seulement des améliorations tantôt passagères, tantôt unilatérales, mais durables. Je pense cependant qu'ils donnent une précieuse indication et qu'à certains points de vue ils sont très encourageants. Si l'on songe à la difficulté de ces cas, à mon inexpérience absolue en pareille matière, si l'on veut bien se souvenir que dans les quatre cas, de très gros œdèmes, que rien n'avait pu réduire, ont en deux ou trois jours complètement disparu, on conviendra qu'il y a là une donnée intéressante, soit au point de vue physiologie pathologique, soit au point de vue d'une orientation thérapeutique.

On pensera peut-être qu'il est illogique de libérer des veines, lorsqu'il est impossible de les mettre à l'abri d'une sclérose cicatricielle post-opératoire qui peut-être sera pire que celle existant antérieurement. Mais cela, c'est de l'à priori. Nous ne savons pas s'il en sera fatalement ainsi. Il doit y avoir une phase de la maladie où il existe simplement un tissu scléro-œdémateux non encore définitivement organisé, et dans ce cas, une libération pourrait amener une guérison définitive. La preuve en est que dans un de mes cas, au bout de sept mois, un gros œdème dur n'avait pas récidivé du côté de beaucoup le plus malade, du côté où la veine était englobée sur 7 à 8 centimètres. Je pense donc que dorénavant, instruit par les cas que je viens de rapporter, on devrait intervenir précocement, faire toujours une libération bilatérale, et je ne serai pas surpris que l'on obtienne un jour une guérison complète.

Il ne faudrait d'ailleurs pas croire que ces opérations soient techniquement faciles. Chez un homme vigoureux, même avec une laparotomie étendue, il est difficile de libérer une grosse veine adhérente dans le fond du bassin. On a peur de la déchirer. On est gêné par le méso de l'S iliaque, souvent lui-même fixé. En haut on est arrêté par la troisième portion du duodénum qu'il faut fortement récliner parfois pour voir le carrefour cave. D'autre part il faut éviter avec soin de blesser les gros troncs lymphatiques qui passent du petit bassin dans le grand, en enjambant les artères iliaques. Heureusement on les voit très bien.

Au point de vue des suites, un de mes malades est mort le sixième jour avec un syndrome bizarre qui donna l'impression d'une insuffisance glandulaire aiguë. A l'autopsie, M. Masson trouva une double surrénalite aiguë. Il y avait en outre des calcifications des valvules aortiques, déterminant une légère sténose avec insuffisance, de l'athérome des artères iliaques et une gangrène pulmonaire, prédominant au sommet droit. Rien de cela n'avait été soupçonné cliniquement; ce malade avait été cependant très soigneusement examiné à la Clinique médicale du professeur Merklen. Rien ne pouvait faire prévoir le brusque accident qui a amené la mort. Il faut peut-être le tenir pour un accident post-anesthésique.

Un de mes malades a eu de petits infarctus tardifs, sans gravité.

Chez les deux autres, il y a eu, pendant quatre jours, du ballonnement abdominal avec une réelle difficulté d'émission des gaz, sans température ni signes péritonéaux. Ce n'est que vers le huitième ou le dixième jour que tout est rentré dans l'ordre et que l'état post-opératoire est devenu normal. Il est fort possible que cette paresse intestinale tienne aux dilacérations sympathiques que produit l'intervention au contact du mésocôlon iliaque. L'examen histologique que j'ai donné plus haut montre que l'on atteint de nombreux éléments sympathiques. D'autre part, dans le cas qui fut autopsié, Masson m'avait signalé qu'un œdème marqué de la muqueuse du gros intestin accompagnait un météorisme qui n'avait pas pour cause une inflammation péritonéale. Nous nous heurtons là à une de ces inconnues, si habituelles dans la chirurgie du sympathique, mais qu'on élucidera sans doute bientôt.

Malgré les échecs thérapeutiques relatifs et les difficultés dont je viens de parler, j'ai pensé qu'il y avait lieu de faire connaître ces faits. Ils jettent quelque lumière sur la question encore inconnue de la pathogénie des œdèmes chroniques qui n'ont pas une cause médicale et ne relèvent pas d'une compression par tumeur.

C'est une question qui touche de près celle des phlébites dont je parlais en commençant. Comme celle-ci, elle mérite d'être étudiée plus attentivement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, en n'oubliant pas que toujours un syndrome sympathique s'y juxtapose à un élément mécanique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Aérophagie. Syndromes gastriques, intestinaux, circulatoires et respiratoires. Etude clinique, radiologique et thérapeutique (l'adulte, l'enfant, le nourrisson), par le docteur G. Leven, ancien interne des hôpitaux de Paris, secrétaire général de la Société de thérapeutique. Deuxième édition revue et augmentée. In-8 de 256 pages avec 28 figures dans le texte. — Prix : 14 fr., plus hausse 40 p. 100, soit 19 fr. 60. — Paris, G. Doin et Cie.

La Cure de soleil. Pourquoi, où, comment la pratiquer? par le docteur L. Jaubert (d'Hyères), médecin de l'hôpital Renée Sabran. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. Bibliothèque des Connaissances médicales dirigée par le docteur Apert. In-18 jésus illustré. — Prix : 12 fr. — Paris, E. Flammarion.

Les Actualités thérapeutiques infantiles en 1925. Recueil d'analyses de thérapeutique de l'enfance publié par les docteurs Rouèche et R. Ausset, avec une préface de M. le professeur Nobécourt, professeur de Clinique médicale des enfants à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine. — Prix : 8 fr. — Lille, Plateau.

LABYRINTHITE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE

Par MM. L. BABONNEIX et A. DURUY.

C'est aux confins des sciences, a dit le professeur Ch. Richet, que se font les découvertes. Rien de plus exact; rien qui ne s'applique mieux à la pathologie, où le contact, de plus en plus intime, entre celui qui fait de la médecine générale et le spécialiste, conduit souvent à la vérité. Nous n'en voulons pour preuve que le cas suivant où le diagnostic a erré de la tumeur cérébrale à l'appendicite, en passant par l'aliénation mentale, jusqu'au jour où, frappés par la prédominance de certains symptômes, nous avons fait appel à l'oto-rhino-laryngologiste, dont l'examen nous a permis d'affirmer l'existence, chez notre malade, d'une labyrinthite liée à l'hérédo-syphilis.

***

Observation. — Marcel N..., vingt-sept ans, ouvrier agricole, entré le 1er novembre 1926, salle Bouillaud, pour : 1° surdité; 2° troubles vertigineux.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — Ils sont très difficiles à reconstituer. Tout ce que l'on peut dire, c'est que N... aurait été, dans l'enfance, atteint d'une scarlatine à laquelle il fait remonter sa surdité, complète à droite, à peu près complète à gauche.

Histoire de la maladie. — Depuis un certain temps déjà, il se plaint de troubles multiples : vertiges, céphalées, palpitations, douleurs abdominales. Il aurait été soigné à Châteauroux, en juillet 1925, comme en fait foi un certificat médical, pour neuro-syphilis.

Etat actuel. — L'*état général* est médiocre, les masses musculaires peu fournies, la taille petite, la physionomie inintelligente. On note, d'emblée, une exophtalmie en rapport avec une myopie forte. Le plus souvent, le front est ceint d'un bandeau destiné, dans l'esprit du malade, à améliorer sa céphalée. Il n'a pas de fièvre.

L'existence de palpitations, qui sont un objet de plaintes continuelles, attire aussitôt l'attention sur l'*appareil circulatoire*. La pointe du cœur n'est pas abaissée; il n'existe, à l'inspection, ni frémissement, ni double centre des battements, mais l'éréthisme cardio-vasculaire est manifeste. On voit battre la crosse aortique, les sous-clavières, les carotides. A l'auscultation, gros clangor aortique. Par instants, bruit de galop dans la région apexienne. La tension artérielle, prise avec l'appareil de Vaquez, est de 15 1/2-6 1/2. Le pouls est bondissant. Il n'existe pas de pouls capillaire. Est-il besoin d'ajouter que l'on ne constate aucun signe de décompensation cardiaque? L'urée sanguine est de 0g47 par litre. Aux rayons X, grosse dilatation du ventricule gauche.

L'examen du *système nerveux* est rendu difficile par la surdité et par l'irritabilité du malade qui, à tout instant, se fâche, envoie des coups de poing, déclare qu'on lui en veut, qu'on le persécute, se lève, s'agite et fait preuve, la nuit, d'une telle agitation qu'on a été, maintes fois, obligé de l'isoler et qu'on a dû envisager la nécessité d'un internement. Une fois même, il s'est donné un coup de canif dans la cuisse, dans le but de se suicider. Il s'entend bien, toutefois, avec le chef de service et avec la surveillante, leur expose par « billets », où l'orthographe n'est pas plus respectée que la syntaxe, ses griefs envers telle ou telle personnalité du service. Il s'y plaint, chaque fois, de la violence des palpitations qui l'empêchent de dormir et même de reposer. Pour autant qu'on puisse donner une formule de ces troubles psychiques, ils semblent consister en un simple état hypomaniaque. Il n'y a pas d'hallucinations, pas d'état confusionnel proprement dit, pas de phénomènes dépressifs.

Quant aux *symptômes nerveux*, voici ce qu'on peut en dire à un premier examen : pas de gros troubles moteurs; paralysie, atrophie, mouvements involontaires; pas de modifications importantes de la sensibilité objective. Les réflexes tendineux sont vifs, sans trépidation spinale ni signe de Babinski. Pendant la marche, mal assurée, titubation comme ébrieuse. La station verticale est cependant possible. Si l'on dit au malade de rester au « garde à vous » en fermant les yeux, il chancelle. A l'examen des yeux, strabisme interne de l'œil droit, en plus de l'exophtalmie déjà indiquée due à une myopie forte (15 à 18 dioptries), taies cornéennes bilatérales, mais plus marquées à gauche. Pas de signe d'Argyll. Fond d'œil normal, sauf un gros staphylome myopique. Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation.

L'examen des *fonctions digestives* aboutit aux résultats suivants : abdomen souple, sans modifications sensibles de volume de l'estomac ou du foie; pas de corde iliaque, hyperesthésie généralisée qui, à certains moments, semble se localiser sur la fosse iliaque droite; vomissements fréquents de type alimentaire ou bilieux; anorexie; langue saburrale. Les incisives inférieures présentent un microdontisme assez net. La gorge est un peu rouge.

L'*appareil respiratoire* ne paraît pas altéré. Cependant, à la radiographie, on constate une grosse diminution de clarté des deux champs pulmonaires, avec présence de deux ganglions volumineux dans le médiastin postérieur à la hauteur de la crosse aortique.

Il n'existe aucune cicatrice cutanéo-muqueuse, aucune hypertrophie ganglionnaire suspecte. Les organes *génitaux* sont intacts; les *urines*, normales comme quantité, ne contiennent ni sucre ni albumine. La *réaction de Wassermann* est *négative* pour le sang.

En présence de cet ensemble symptomatique, nous avouons être embarrassés. Tumeur cérébrale, à cause de la céphalée, des vomissements, des phénomènes vertigineux? Mais pourquoi la stase papillaire fait-elle défaut? Appendicite, en raison des douleurs abdominales et des vomissements? Cette hypothèse n'expliquerait pas les vertiges, l'hypertension artérielle, le bruit de galop. Elle a d'ailleurs été infirmée par le très soigneux examen qu'a bien voulu, à notre demande, faire M. le docteur Gouverneur, chirurgien des hôpitaux. Crises d'excitation psychique liées à des poussées d'hypertension cérébrale, comme dans les cas de MM. Vaquez et Laubry? Ici encore, que d'objections! Aussi, prenant en considération l'existence de surdité et de phénomènes vertigineux, de céphalées, pensons-nous à la possibilité d'une lésion labyrinthique et demandons-nous à M. le docteur Viguerie de bien vouloir procéder à l'examen des oreilles. Voici sa note :

« Scarlatine antérieure ayant entraîné :

Surdité complète de l'*oreille droite*.

A peu près complète de l'*oreille gauche*. La voix chuchotée n'est cependant pas entendue à la conque; la voix haute à 20 centimètres de celle-ci; le malade entend mais ne comprend pas et *répète difficilement*.

A l'examen *otoscopique* les deux tympans sont normaux. Il s'agit d'oto-sclérose en rapport avec la syphilis.

La surdité est accompagnée de bourdonnements qui se seraient augmentés par les bruits extérieurs. Il se plaint de *vertiges* avec chute du côté droit.

Il y aurait lieu d'envoyer ce malade à Laënnec pour l'examen complet de son *labyrinthe*, mais il n'y a pas lieu de traiter localement ce malade qui a besoin d'un traitement général.

Rh. antérieur. — Déviation de cloison, pas de perforation de celle-ci.

Pharynx. — Un peu rouge. »

Devant ces constatations, M. Viguerie nous conseille, n'ayant pas l'outillage nécessaire, de montrer ce malade à M. H. Bourgeois qui nous répond : « Labyrinthe hérédo-spécifique (signe d'Hennebert). » Pour compléter ce diagnostic, auquel avait pensé M. Viguerie, il aurait fallu étudier les réactions vestibulaires, mais le malade s'y est absolument refusé, comme d'ailleurs à la ponction lombaire.

***

Ainsi : 1° hypertension artérielle avec clangor et galop chez un jeune; 2° troubles intellectuels; 3° vertiges, céphalées, vomissements, en rapport avec une labyrinthite, tels sont les principaux symptômes présentés par le malade. Pour les rattacher tous à une même cause, quelle hypothèse plus séduisante que celle d'hérédo-syphilis à localisations

multiples? Sans doute, nous n'avons pas trouvé de stigmates nets d'hérédo-syphilis, abstraction faite du microdontisme; il n'y a pas d'hydarthrose des genoux. Mais le signe d'Hennebert ne suffit-il pas, à lui seul, à affirmer l'hérédo-syphilis puisqu'il ne s'observe que dans la labyrinthite liée à la syphilis héréditaire? Qu'est-ce donc que ce signe que presque seuls connaissent les spécialistes?

*
* *

En 1905, un oto-rhino-laryngologiste belge, M. Hennebert, découvrait, chez deux sujets manifestement atteints d'hérédo-syphilis, l'existence de réflexes oculo-moteurs produits par les alternatives de compression et de décompression de l'air contenu dans le conduit auditif externe, la membrane du tympan étant intacte. En 1909, il revenait sur ce sujet, apportait de nouvelles observations, montrait que la méthode pneumatique peut déceler une lésion vestibulaire, alors que les méthodes classiques n'aboutissent à aucun résultat, et distinguait soigneusement ces cas de ceux où les réflexes oculomoteurs consécutifs à l'insufflation de l'oreille externe n'étaient rendus possibles que grâce à l'existence d'une fistule dans la membrane du tympan. M. Ramadier, en 1915, M. Soulas, en 1924, ont consacré au sujet d'importantes monographies auxquelles nous empruntons les détails qui suivent.

Dans les cas purs, les deux labyrinthes sont pris, l'antérieur ou cochléaire, le postérieur ou vestibulaire. Faut-il rappeler ici qu'au premier sont dévolues des fonctions acoustiques, au second, des fonctions statiques et toniques?

La maladie débute brusquement, entre huit et quinze ans, par une surdité qui progresse avec rapidité, et qui, au bout d'un certain temps, d'unilatérale, devient bilatérale. Elle s'accompagne constamment de bourdonnements, de sensations vertigineuses, et parfois de céphalées.

A l'examen, il existe des signes cochléaires et des signes vestibulaires.

Signes *cochléaires*. Le plus important est une formule acoumétrique spéciale : *diminution très considérable de l'audition aérienne*, avec élévation des sons bas et abaissement des sons aigus, contrastant avec la *conservation de l'audition osseuse*. Aussi le « Schwabach », c'est-à-dire le rapport entre la durée de la perception osseuse chez le malade et la même valeur chez un sujet sain, recherché soit avec le diapason 150 VD soit avec le diapason 128 VD est-il peu modifié, tandis que le « Rinne » devient négatif, c'est-à-dire la durée de la perception aérienne devient plus petite que la durée de la perception osseuse.

Signes *vestibulaires* : ils sont assez nombreux.

1° L'*épreuve de Romberg* est toujours *négative*, quand il n'existe que de la surdité; elle peut ne pas l'être s'il y a aussi des vertiges.

2° Le *nystagmus spontané* existe, et, en principe, occupe le côté opposé à la lésion.

3° L'épreuve de l'*indication spontanée* est *négative*.

4° Il en est de même de l'épreuve *rotatoire*, laquelle est abolie (Buys).

5° A l'épreuve *calorique*, les réactions sont conservées, mais *paresseuses*.

6° Pour ce qui est de l'excitation *galvanique*, les réactions nystagmiques et auditives sont normales, la réaction statique troublée.

7° Passons à l'*épreuve pneumatique d'Hennebert*, pratiquée avec le spéculum de Siegle. Vient-on à *comprimer* l'air contenu dans le conduit auditif externe, on voit se produire soit un mouvement lent, symétrique, des globes oculaires, se produisant dans le sens horizontal et dirigé vers l'oreille examinée, soit un mouvement encore symétrique et horizontal, mais cette fois-ci, rapide et dirigé vers l'oreille opposée à l'oreille interrogée.

Procédons maintenant à l'*aspiration* de l'air contenu dans le même conduit. Des phénomènes inverses des précédents se produisent aussitôt.

Le signe d'Hennebert, auquel s'ajoutent parfois des phénomènes vertigineux ou nauséeux, dit M. A. Soulas que nous suivons ici pas à pas, est souvent constitué par un mouvement lent des globes oculaires dirigé, à la compression, vers l'oreille interrogée, à l'aspiration, vers l'oreille opposée. Sa valeur pathognomonique paraît absolue (Ramadier). Il constitue (Hennebert) le dernier vestige de l'excitabilité vestibulaire, et, quand il manque, c'est que cette excitabilité a disparu. On l'explique de diverses façons. On admet, d'une manière générale, qu'il ne s'agit pas d'un processus méningé (le liquide céphalo-rachidien est normal), mais bien d'une lésion locale : l'impulsion pneumatique se transmet au vestibule par la région de la fenêtre ovale qui, sous l'influence de l'hérédo-syphilis, présente une anormale mobilité.

Les signes précédents, soumis d'ailleurs à de nombreuses variantes, indiquent une *paresse vestibulaire*, ou plus exactement encore, doivent être considérés comme autant de réactions troublées et discordantes (Soulas).

Cette labyrinthite hérédo-spécifique, constamment, quoi qu'on fasse, s'aggrave et aboutit à la surdité bilatérale totale. Elle est bien en rapport avec l'hérédo-syphilis, comme le montrent les antécédents, les stigmates, kératite interstitielle, malformations dentaires, arthropathies du genou, et, une fois sur deux, les résultats de la réaction de Bordet-Wassermann. C'est pourquoi il y a un grand intérêt à le reconnaître de bonne heure. Ce n'est en effet que dans les cas où un traitement intensif a été institué de bonne heure et continué de temps suffisant que l'on a pu enrayer la marche de cette terrible maladie. A ce traitement, M. Ramadier ajoute les injections sous-cutanées de pilocarpine.

*
* *

Revenons à notre malade. Hérédo-syphilitique, il l'est, de par la constatation, chez lui, du signe d'Hennebert. Reste à chercher comment l'hérédo-syphilis peut expliquer les divers symptômes qu'il présente.

Pour l'hypertension, rien de plus simple. Ne sait-on pas que, souvent, l'hypertension des enfants et des jeunes gens reconnaît, pour seule cause, une infection héréditaire? M. Genévrier n'a-t-il pas apporté, à l'appui de cette thèse, les faits les plus démonstratifs?

Plus délicate est l'interprétation des troubles psychiques. Paralysie générale au début? Il manque l'élément démentiel. Confusion mentale d'origine toxique? Hypothèse insoutenable puisque, d'une part, l'enquête n'a révélé aucune cause d'intoxication et que, de l'autre les éléments essentiels du syndrome confusionnel : désorientation dans le temps et dans l'espace, lenteur dans les associations

d'idées, font défaut. Etat circulaire avec prédominance, tantôt des phénomènes dépressifs, tantôt de l'état hypomaniaque? Ce diagnostic semble plus satisfaisant, mais ne saurait être accueilli que sous réserve. En somme, hérédo-syphilis expliquant, par une labyrinthite, les phénomènes nerveux : vertiges, céphalées, surdité, et par l'hypertension, les troubles circulatoires, palpitations et bruit de galop.

LE VOYAGE

DU PROFESSEUR CUNÉO ET DU DOCTEUR REINBURG

EN COLOMBIE ET AU VÉNÉZUELA

(Le professeur Cunéo, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, vient de faire, ainsi que nos lecteurs le savent déjà, en compagnie du docteur Reinburg, un voyage d'Etudes universitaires en Colombie et au Vénézuéla. Nous avons demandé au docteur Reinburg de bien vouloir résumer rapidement, pour les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*, ce voyage dont nous publions ci-dessous un extrait.)

« Jusqu'à ce jour, les voyages universitaires des différents professeurs des Facultés françaises qui se sont rendus en Amérique du Sud ont toujours été dirigés vers le Brésil, l'Argentine et le Chili. Je suis heureux qu'après un échange de vues, mon ami Cunéo ait bien voulu consentir à changer cet itinéraire et à partir, non pas en explorateur, car ce sont des pays connus depuis longtemps, mais en missionnaire scientifique, vers la Colombie et le Vénézuéla. Il semblerait que ces deux pays eussent dû être parmi les premiers à être visités. En effet, ces deux Républiques comptent parmi les plus vieilles de l'Amérique du Sud et, de plus, leur éloignement de la France est moins grand que celui du Chili notamment.



LE PROFESSEUR CUNÉO (+) AU MILIEU DES PROFESSEURS ET ÉTUDIANTS DE L'HÔPITAL VARGAS DE CARACAS (VÉNÉZUELA)

Le 18 août dernier, nous quittions donc, de concert, la France, pour nous diriger vers la Colombie où nous descendions vingt jours plus tard au port de Puerto Colombia. Avant même d'avoir pris contact avec la terre colombienne, nous recevions à bord la visite d'un Délégué du gouvernement qui venait nous souhaiter la bienvenue et nous faciliter le débarquement et notre départ pour Barranquilla qui se trouve à une heure du port, sur les bords du Magdalena, la grande artère fluviale qui traverse tout le pays, et où le Corps médical de la ville, présenté par notre ami le docteur del Rio, nous témoigna son amicale sympathie.

Je m'excuse de ne pouvoir nommer tous les confrères qui vinrent nous saluer au cours de notre voyage, leurs noms seuls rempliraient les colonnes de ce journal. Pour nous rendre à Bogota qui était le but de notre voyage, deux moyens de transport nous étaient offerts : le bateau ou l'avion. Le bateau fluvial est plus agréable pour ceux qui ne connaissent pas encore le pays, car il permet de prendre un contact plus intime avec la forêt tropicale; par contre, l'avion est plus rapide, mais ne permet de juger que de très haut la vie du pays. Ce fut donc le bateau que nous choisîmes. Mal nous en prit; car si lorsque les eaux du Magdelena sont abondantes, le voyage est relativement rapide et agréable, par contre, lorsque les eaux sont basses, le parcours devient fatigant et d'une durée que l'on ne peut déterminer! Si bien que, quinze jours après être partis de Barranquilla, n'étant pas encore arrivés au terme, nous dûmes demander que l'on nous envoyât un avion afin de nous sortir de la rivière où notre bateau s'était ensablé. De la sorte, il nous fut possible de terminer rapidement le voyage et d'arriver à Bogota. La Faculté, sous la conduite du Recteur, docteur Franco, accompagné de nombreux professeurs et d'une délégation de plus de cent étudiants, avait tenu à se rendre, par le chemin de fer, au-devant du professeur Cunéo et à lui manifester son enthousiasme de voir dans la vieille capitale de la Colombie un représentant de l'Université de Paris. A la gare même de Bogota, le ministre de l'Instruction publique et le ministre de France avaient également eu l'amabilité de venir le saluer.

Quelques jours après eut lieu à l'Université la première conférence que le docteur Cunéo faisait en Colombie. Son excellence le Président de la République, le docteur Abadia-Mendez, entouré du Corps diplomatique et de tous les Corps universitaires, avait tenu à présider cette cérémonie, donnant de la sorte à la France une preuve manifeste de l'attachement qu'il n'a cessé de témoigner à notre pays pendant tout notre séjour. Le professeur Cunéo, après avoir salué l'Université de Bogota au nom de l'Université de Paris, invita le Gouvernement colombien à prendre part à la Cité universitaire de Paris et à y construire une maison pour ses étudiants. Le ministre de l'Instruction publique proposa immédiatement au Congrès de voter une loi permettant d'assurer les fonds nécessaires à cette construction et avant même que nous ne fussions partis de Colombie la loi était adoptée par les deux Chambres et la Colombie faisait officiellement partie de la Cité universitaire. Pendant notre séjour à Bogota, il nous a été donné de visiter les divers hôpitaux de cette ville, notamment l'hôpital San-Juan-de-Dios, hôpital moderne, basé sur les principes de la construction par pavillons séparés. Cet hôpital n'est pas encore terminé, mais il est à prévoir que lorsqu'il sera complété il pourra rendre les plus grands services, tant aux malades qu'aux étudiants. Un autre hôpital, l'hôpital San-José, retint également notre attention; à proprement parler, c'est une énorme clinique privée, construite sur un plan un peu plus ancien que celui du précédent, mais qui peut cependant être, avec avantage, comparé à certains de nos hôpitaux parisiens.

Je passe sur les nombreux banquets qui nous furent offerts par le Corps médical de Bogota, sur les visites aux curiosités des environs qu'il organisa en notre honneur (saline de Zipaquira, cascade de Téquendama, etc.); le temps dont nous disposons étant limité, nous dûmes à regret abréger notre séjour, car une autre Université colombienne nous attendait : Medellin. Grâce à l'avion, nous pûmes nous y rendre rapidement et l'accueil y fut aussi courtois et amical que celui que nous avions reçu dans la capitale. Le professeur Cunéo fit également à l'Université, sous la présidence du Recteur, docteur Robledo, une conférence analogue à celle qu'il avait faite antérieurement. Nous eûmes la bonne fortune de faire la connaissance du professeur Montoya-y-Flores, l'une des autorités scientifiques colombiennes, tant au point de vue chirurgical qu'au point de vue médical. Il nous fit visiter le nouvel hôpital de Medellin, actuellement en construction, et nous eûmes nettement l'impression de nous y trouver dans un hôpital parisien, de style moderne. En effet, il est construit sur les plans de la nouvelle Pitié et par le même architecte. Il s'en

faut qu'il soit terminé, mais il est certain que, lorsqu'il sera achevé, il sera le meilleur de toute la Colombie et un monument véritablement propre à faire honneur à ceux qui l'ont conçu et exécuté.

Comme nous devions aussi nous rendre au Vénézuéla, force nous fut de nous diriger vers la côte afin de prendre le bateau qui devait nous conduire à la Guaira; mais en quittant la Colombie où, pendant deux mois, nous avions reçu une hospitalité si aimable et si cordiale, nous eûmes l'impression de laisser un peu plus que des amis, je dirais presque des parents appartenant à la même famille de formation intellectuelle.

A Caracas, capitale du Vénézuéla, le professeur Cunéo eut l'honneur de parler à l'Université, sous la présidence du Recteur, le docteur Carbonell, pour exposer le but de son voyage, et le Gouvernement vénézuélien, se rendant compte de l'importance énorme que présentait pour ses étudiants la création d'une maison universitaire, nous fit la promesse que la question serait examinée avec bienveillance et résolue dans le sens que nous désirions.

Je ne surprendrai personne en disant que le Corps médical de Caracas nous fit l'accueil le plus cordial. Les professeurs de la Faculté, sous la conduite du Président de l'Académie de médecine, le docteur Condé Flores, vinrent rendre visite au professeur Cunéo et lui manifestèrent tout le haut intérêt qu'ils attachaient à sa visite et à cette manifestation de sympathie de l'Université de Paris. Tous parlent le Français correctement, tous sont venus à Paris faire ou perfectionner leurs études; tous, enfin, portent à notre pays une affection non déguisée, et nous en eûmes souvent la preuve au cours de notre séjour.

Le principal hôpital de Caracas, l'hôpital Vargas, est de construction déjà ancienne, mais d'une propreté méticuleuse, et grâce à une technique absolument scientifique les chirurgiens et les médecins peuvent y obtenir d'excellents résultats. Il est à souhaiter que le Gouvernement vénézuélien construise, ainsi qu'il en a le projet, un nouvel établissement pourvu d'une installation moderne qui permette aux nombreux étudiants de la Faculté de Caracas de suivre dans des conditions plus favorables les leçons de leurs professeurs.

Le Président de la République, le général Juan Vicente Gomez, nous fit le meilleur accueil en nous promettant de s'intéresser à la construction d'un pavillon vénézuélien à Paris.

En décembre, le professeur Cunéo repartait pour Paris, mais son voyage, ainsi que l'on peut le voir, n'aura pas été vain. Il aura d'abord créé entre l'Université de Paris et les Universités de Colombie et du Vénézuéla des liens de cordialité et d'estime. Il aura ouvert le chemin à d'autres pour des visites ultérieures que nous souhaitons fréquentes et variées. Il nous aura permis de nous rendre compte du développement économique vraiment surprenant que ces deux pays ont pris dans ces dernières années. Il nous aura permis aussi d'apprécier la science et l'intellectualité du corps enseignant en général, l'amabilité de la société cultivée, et nous a mis à même de prévoir l'avenir qui est réservé, et ceci à bref délai, à ces deux Républiques. Il nous aura appris, enfin, que, en dehors de la France, dans ces Républiques Sud-Américaines, malheureusement trop ignorées de nous, il est des sympathies qui ne demandent qu'à se manifester et des amitiés qui ne demandent qu'à s'affirmer.

Nous avons pu offrir à la Cité universitaire la collaboration de deux Républiques Sud-Américaines. N'eussions-nous obtenu que ce résultat, nous sommes en droit de dire que notre voyage n'aura pas été inutile. Dr P. REINBURG. »

NOTES DE PRATIQUE

ASYSTOLIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

1° Lutter contre l'intoxication par la prescription du régime lacté absolu et des cachets de Théosalvose pure ou phosphatée (3 à 4 cachets de 0g50 par jour).

2° Lutter contre l'insuffisance du myocarde par la digitale (macération ou infusion).

Ou encore, prendre 3 à 4 cachets, par jour, de Théosalvose digitalique à 0g50.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES, DIAGNOSTIC & TRAITEMENT DE

L'ANGINE DIPHTÉRIQUE

Définition et généralités. — L'angine diphtérique est une affection contagieuse, due à la localisation du bacille de *Klebs-Lœffler* au niveau des amygdales oudu pharynx. Dans la majorité des cas, c'est une angine à fausses membranes se manifestant par : des signes *locaux*, et des signes d'*intoxication générale*, dus à la diffusion des toxines diphtériques dans l'organisme.

La pratique, de plus en plus fréquente de la *réaction de Shick*, a permis de diviser les individus en deux groupes principaux.

1° *Sujets dits réceptifs*, dont l'immunité est faible ou nulle.

2° *Sujets dits réfractaires*, dont l'immunité est notable ou forte.

La notion des *porteurs de germes*, explique que certains sujets se vaccinent spontanément, et ainsi qu'il ressort des travaux de Lereboullet et Joannon, l'immunisation spontanée contre la diphtérie relève d'une infection occulte. Trois facteurs interviennent pour permettre, entraver ou empêcher l'immunisation spontanée occulte. L'un est fondamental ; l'aptitude défensive innée; les deux autres participent du hasard de la vie : intensité variable du contage, diminution momentanée de la résistance. (Immunity-contact de Zingher).

Étude clinique. — L'angine diphtérique se présente en clinique sous deux grands types : angine *diphtérique bénigne*, angine *diphtérique maligne*. Il existe, d'autre part, des formes d'aspect anormal.

I. ANGINE DIPHTÉRIQUE BÉNIGNE

Début. — Très insidieux, se manifestant par : de la fatigue, de l'anorexie, de la pâleur du visage, un peu d'enchifrènement nasal, un coryza séreux. On peut noter un *coryza séro-sanguinolent unilatéral*, avec ulcération légère de la narine. Sa valeur diagnostique est très grande. L'examen de la gorge peut montrer différents aspects.

Elle peut être simplement rouge, mais dans les cas typiques, elle est recouverte d'un enduit opalin, mince, ressemblant à une pellicule blanchâtre qui se localise d'abord sur une amygdale, puis sur les deux.

Dans d'autres cas, l'angine diphtérique va se présenter sous forme *de rares taches blanches* sur les piliers postérieurs.

État. — Cette période est essentiellement caractérisée par l'existence de *fausses membranes*.

A l'examen, l'aspect de la gorge est typique. Elle est recouverte par un enduit opalin, une pellicule blanchâtre, opaline, veloutée, irrégulière, d'abord localisée à une amygdale, puis occupant les deux amygdales, pouvant engainer la luette en doigt de gant, et descendre en coulée dans le pharynx.

Enlevée, la fausse membrane adhérente se reproduit. Autour d'elle, la muqueuse est à peine tuméfiée, à peu près normale. *Dans l'eau*, elle est cohérente, ne se désagrège pas. *Au microscope*, elle apparaît formée de fibrine, de leucocytes, de cellules épithéliales, de bacilles diphtériques.

L'*adénopathie sous-maxillaire* est bilatérale, limitée, sans *périadénite*; les ganglions sont durs, douloureux, mobiles, roulant sous le doigt.

Les troubles fonctionnels que détermine cette angine sont peu importants.

La *déglutition* est légèrement gênée et douloureuse, la *voix* nasonnée.

La *température* ne dépasse pas 38 degrés, 38,5.

Le *pouls* est régulier, bien frappé, en accord avec la température. La pression artérielle est à peine abaissée. Les urines sont légèrement albumineuses.

Par contre, ce qui frappe, c'est la *pâleur du malade*, son abattement.

En résumé, il s'agit d'une angine caractérisée par :
Des fausses membranes,
De l'adénopathie,
De la pâleur du visage,
Une température qui ne dépasse guère 38 degrés, 38,5.

Chez l'enfant surtout, l'association de ces différents symptômes a une valeur diagnostique considérable et doit pour le moins, faire prendre les mesures préventives que nons indiquerons.

Évolution. — Avant l'ère sérothérapique, cette diphtérie bénigne guérissait le plus souvent, mais le malade était très affaibli, la convalescence était longue, traînante. Souvent s'associait à l'angine, une diphtérie oculaire, auriculaire, cutanée, vulvaire.

La paralysie du voile était fréquente.

D'autre part, cette angine était susceptible de se transformer en *angine maligne*. Le *croup*, la *diphtérie trachéo-bronchique*, étaient des causes fréquentes de mort.

Actuellement, l'emploi de la sérothérapie amène un arrêt brusque dans l'évolution de cette affection. La température tombe, tandis que la gorge se déterge.

Les seules complications que l'on peut voir, à l'heure actuelle, sont les *paralysies*.

Elles sont d'autant plus fréquentes que le sérum est injecté plus tardivement.

Elles consistent en : paralysies du voile, en général, tardives et bénignes, en troubles de l'accommodation visuelle à distance, en paralysies des membres inférieurs à type polynévritique. Ces dernières années encore, on considérait les accidents sériques (urticaire, fièvre, arthralgies, etc.) comme une complication fréquente. Bien que la crainte d'accidents sériques, souvent très douloureux, mais presque toujours bénins, ne soit jamais entré en ligne de compte dans le traitement sérothérapique, la découverte du *sérum désalbuminé* a considérablement modifié le pourcentage de ces accidents.

II. ANGINE DIPHTÉRIQUE MALIGNE

Elle est due :

Soit à la gravité de l'infection locale : *diphtérie infectieuse*, soit à l'intoxication générale : *diphtérie toxique*.

Nous décrirons ces deux formes, mais il faut bien savoir qu'il y a souvent intrication des deux.

1° **Diphtérie infectieuse.** — Certains auteurs ont cru pouvoir distinguer une diphtérie infectieuse à bacilles de Lœffler purs, une strepto-diphtérie. En réalité, c'est le même tableau clinique, et seul le laboratoire peut trancher la question.

Début. — L'angine maligne peut être secondaire à une angine bénigne ou *primitive* et *brutale*, avec des signes généraux d'emblée graves : *frissons*, prostration, abattement, vomissements, douleur violente à la déglutition, fièvre élevée.

Etat. — Le malade présente un aspect bien spécial.

Il est prostré. Son facies est pâle; le teint est *souvent plombé*. La face est bouffie, les paupières sont œdémateuses, boursouflées.

Il existe un *coryza intense*.

Les narines sont tuméfiées, la lèvre supérieure érodée par le jetage d'une sérosité roussâtre purulente, sanguinolente, se concrétant autour des narines.

L'adénopathie est énorme avec péri-adénite fusionnant et empâtant les ganglions et réalisant l'aspect du *cou proconsulaire*.

La *bouche* est encombrée de mucosités roussâtres, fétides. La salive est mal déglutie, l'odeur de l'haleine infecte. La gorge est tapissée de fausses membranes putrilagineuses. Elle est épaissie, sa surface est inégale avec, par places, un piqueté brun noirâtre.

Cette fausse membrane ecchymotique, jaune foncé, envahit les *amygdales*, les piliers, le voile, la voûte palatine, le pharynx, rétrécit l'isthme du gossier.

La muqueuse est rouge, gonflée, formant bourrelet, saignante, parfois d'une coloration rouge livide.

L'*albuminurie est constante*, la *tension artérielle basse* et le malade présente de la diarrhée et des douleurs abdominales. A ce tableau s'ajoutent parfois des hémorragies et érythèmes divers (pharyngée, gingivale, nasale, purpura, etc.).

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.

Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Questions données : « Leucémies aiguës. — Crises viscérales du tabes. »

Questions restées dans l'urne : « Embolie pulmonaire. — Ulcère du duodénum. — Goitre exophtalmique; signes, diagnostic et traitement. — Ictères syphilitiques. »

— M. Foix a donné sa démission de membre du jury avant la première séance.

Jury. — Série A : MM. Brühl, président; Lian, Pinard, Labbé, Léry, membres; Binet, Tinel, Caïn, May, censeurs.

Série B : M. Ménétrier, président; Michel, Carnot, Loeper, Aubertin, Faure-Beaulieu, membres; Henri Bénard, Gautier, Weissenbach, M.-P. Weil, censeurs.

Hôpitaux consignés. — Série A : La Pitié, Cochin, Saint-Louis, Bichat.

Série B : Beaujon, La Pitié, Hôtel-Dieu.

Jours de séances. — Série A : lundi, 9 h., Saint-Louis; mercredi, 14 h. 1/2, La Pitié; samedi, 9 h., Cochin.

Série B : mardi, 9 h., Hôtel-Dieu; dimanche, 9 h., Beaujon; vendredi, 9 h., La Pitié.

Candidats. — Série A : MM. Weismann, Jacquelin, Hirschberg, Hillemann, Gutmann, Tzanck, Boulanger-Pillet, Bocage, Turpin, Bernard, Bloch, Tarris, Prieur, Lalong, Mouzon, Pollet, Basch, Plichet, de Brun du Bois Noir.

Série B : MM. Froment, de Fontaine, Clément, Coste, Debray, Deschamps, de Massary, Meyer, Blum, Janet, Lévesque, Marquézy, Pichon, Oury, Périsson, Péron, Lebert, Marcerou, Marchal.

Lecteurs. — Série A : MM. Blondel, Larsani, Delarue, Brumansky.

Série B : MM. Ardouin, Jean Bertrand, Gougen, Georges.

Première séance de lecture. — Série A : samedi 5 mars, à 9 h., à la Pitié.

Série B : mardi 8 mars, à 9 h., à l'Hôtel-Dieu.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Après concours, M. le docteur Joseph Zuccarelli a été nommé médecin adjoint des hôpitaux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Ont été nommés agrégés : de syphiligraphie, M. Bertin; de médecine, M. Legrand; de chirurgie, M. Swynghedauw.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or* (à titre posthume). — M. le docteur Mandonnet (de Clermont-Ferrand).

Médaille d'argent. — M. le docteur Tomey (de Carcassonne).

Médaille de bronze. — M. le docteur Silberstein (de Paris).

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en argent est décernée à M. le médecin-major Moynier (de Taza).

BANQUET DE L'INTERNAT. — Le banquet annuel de l'internat des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 7 mai 1927, à l'Hôtel Lutétia, sous la présidence de M. le docteur Babinski.

U. M. F. I. A. (UNION MÉDICALE FRANCO-IBÉRO-AMÉRICAINE). — Le prochain dîner amical de l'U. M. F. I. A. aura lieu le mercredi 9 mars, à 8 h. du soir, au Buffet de la gare de Lyon. Tenue de ville. Le prix du dîner sera de 36 fr. tout compris.

Prière de s'inscrire le plus tôt possible et au plus tard le 7 mars, dernier délai, auprès du docteur Grimberg, 74, rue Blanche. Téléphone Trudaine 35-93.

HOMMAGE AU PROFESSEUR FRANÇOIS ARNAUD. — Les élèves et les amis du professeur François Arnaud, de l'Ecole de médecine de Marseille, ont décidé de lui offrir, à l'occasion de son passage à l'honorariat, une médaille, œuvre du sculpteur Gustave Martin.

Le prix de souscription n'est pas limité. Une souscription de 40 fr. donnera droit à un exemplaire en bronze de la médaille.

Prière de vouloir bien adresser les adhésions à M. le docteur Bricka, trésorier du Comité, 15, rue de la République. Cte de chèques, Marseille 189-25.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONFÉRENCES D'HISTOLOGIE. — M. Verne, agrégé, commencera ses conférences le lundi 7 mars, à 16 h., et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, au petit amphithéâtre de la Faculté.

Programme des conférences : « Histologie des organes. »

CONFÉRENCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. (Professeur : M. G. ROUSSY.) — M. le docteur S.-I. de Jong, agrégé, commencera son cours le mardi 8 mars 1927, à 16 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours : « Anatomie pathologique spéciale. Les lésions viscérales des principales maladies. » (Programme de l'examen de 3e année.)

COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE. — M. le professeur P. Menetrier commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le mercredi 9 mars 1927, à 6 h., à l'amphithéâtre de thèses n° 2, et le continuera les mercredis suivants, à 6 h., pendant toute la durée de l'année scolaire.

Sujet du cours : « Histoire de la médecine et de la chirurgie au XIXe siècle. »

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, chirurgien des hôpitaux, directeur des travaux scientifiques.) — CONFÉRENCES DE BACTÉRIOLOGIE CLINIQUE AVEC TRAVAUX PRATIQUES. — Le cours de bactériologie clinique (avec travaux pratiques), en 15 leçons, par M. le docteur Georges Faroy, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire, assisté de M. le docteur Dubois-Roquebert, sous-chef de laboratoire, commencera le lundi 7 mars 1927, à 2 h., et continuera les lundi, mercredi et vendredi, à la même heure.

Ce cours est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux. Le nombre des élèves admis comme auditeurs n'est pas limité. Trente élèves seront seuls admis aux manipulations.

Droit d'inscription : 350 francs.

LABORATOIRE D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ET DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE. (Professeur M. B. CUNÉO.) — *Cours de chirurgie gastrique.* — Un cours de chirurgie gastrique s'est ouvert le 2 mars 1927 au laboratoire de M. le professeur Cunéo. Ce cours sera de quatre leçons comprenant chacune une répétition cadavérique suivie d'une répétition *in vivo*.

Les cours seront faits tous les jours par MM. J.-Ch. Bloch et J. Sénèque.

Ce cours est limité à 12 élèves. — Les droits à verser seront de 200 fr. pour chacun des cours (non divisible).

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Pour renseignements complémentaires s'adresser au Laboratoire d'anatomie médico-chirurgicale de la Faculté.

CONFÉRENCE. — Sous le patronage de la Légation de Colombie en France, le docteur Cunéo, professeur à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, et le docteur Reimburg, rendront compte le 11 mars, à l'amphithéâtre Richelieu (Sorbonne), à 20 h. 1/2, du Voyage universitaire qu'ils viennent d'effectuer en Colombie. Films et projections. Cartes d'entrée à la Légation de Colombie, 8, rue de Bassano.

HÔPITAL BEAUJON. — TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION CHRONIQUE. — Depuis le jeudi 3 mars, M. Baumann (de Chatel-Guyon), fait le jeudi à 10 h. dans le Laboratoire de radiologie du docteur Aubourg, une démonstration pratique de *Spondylothérapie* (méthode d'Abrams) avec présentation de malades et applications du traitement.

CONGRÈS

LES RÉUNIONS MÉDICALES DE NANCY

D'accord avec les médecins de la région, et notamment avec l'Association syndicale des médecins de Meurthe-et-Moselle, la Faculté de médecine de Nancy avait récemment décidé l'organisation de réunions médicales destinées à permettre aux praticiens de reprendre contact avec le milieu universitaire et de se tenir au courant des conceptions et des méthodes nouvelles, ces réunions devant avoir lieu sous forme de journées séparées pour éviter aux participants des absences trop prolongées.

La première d'entre elles a eu lieu le 28 janvier dernier avec un succès complet; une centaine de médecins des quatre départements lorrains — Meurthe-et-Moselle, Meuse, Vosges et Moselle — et quelques-uns de leurs confrères du Grand Duché de Luxembourg avaient répondu à l'appel du Comité d'organisation que préside M. le doyen Spillmann et dont le secrétaire est M. le professeur Perrin. Au cours de la matinée dans la salle du conseil de la Faculté, M. le doyen Spillmann déclarait ouverte la première réunion médicale de Nancy, et, dans une allocution cordiale et éloquente, saluait et remerciait les conférenciers et les auditeurs. Immédiatement après, eut lieu, au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique, une conférence de M. le professeur Vautrin, directeur du Centre anti-cancéreux, qui, envisageant l'état actuel de la lutte contre le cancer, étudia successivement la fréquence de cette affection, sa prophylaxie, les idées en cours sur son hérédité et sa contagion, les possibilités et procédés actuels du traitement aux divers stades de la maladie. M. le professeur Hoche indiqua ensuite le rôle et l'utilité des méthodes de laboratoire dans la lutte contre le cancer, et présenta à l'appui de son exposé d'intéressantes pièces anatomiques et histologiques et de nombreuses projections microphotographiques et épidiascopiques. La matinée se termina par la visite du nouveau centre anti-cancéreux et de ses récentes et puissantes installations, celles notamment de radiumthérapie et de radiothérapie profonde; la présentation de nombreux cas en cours de traitement illustra heureusement les conférences précédentes.

A midi, un déjeuner amical réunissait à l'hôtel Thiers la plupart des participants; des toasts furent portés au dessert par M. le doyen Spillmann, qui remercia tous les organisateurs de cette journée et, en particulier, M. Pacaud, le dévoué secrétaire de la Faculté, et par M. le docteur Ferman, directeur du Centre anti-cancéreux de Luxembourg.

L'après-midi se passa à l'amphithéâtre de la clinique d'ophtalmologie de l'hôpital civil. M. le professeur Jacques entretint ses auditeurs du cancer des premières voies digestives, en insistant sur les moyens actuels et l'énorme importance de son diagnostic précoce. M. le professeur agrégé Jeandelize indiqua pourquoi, quand et comment il faut traiter les voies lacrymales, et fit ressortir l'intérêt de ce traitement dans le cas notamment des accidents de travail. Ces deux conférences, fort documentées, furent comme celles du matin, complétées par des projections et des présentations de malades.

Ainsi se déroula la première réunion médicale de Nancy. Le succès qu'elle remporta, le nombre et l'empressement des médecins praticiens à répondre à l'invitation du Comité, ont démontré l'intérêt et la nécessité des manifestations de ce genre. Reste à mentionner l'organisation parfaite, dont il convient de féliciter et de remercier grandement la Faculté de Nancy, et à souhaiter aux journées qui vont suivre, les 11 mars et 18 mai prochains, la réussite qu'a connue leur aînée.

Dr LOUIS MERKLEN.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE CLINIQUE DES HÉMIPLÉGIES ORGANIQUES DE L'ADULTE (1)

Par le docteur J. PÉRISSON,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef de clinique à la Faculté de médecine.

2° **Diagnostic de l'artère oblitérée en cas de ramollissement.** — α. L'obstruction siège le plus souvent sur l'ARTÈRE SYLVIENNE. On peut observer un *ramollissement sylvien total*, dû à l'oblitération de l'artère à son origine chez un sujet qui a des artères en mauvais état ne permettant pas la suppléance au niveau du réseau pie-mérien dont dépend le territoire superficiel; c'est dire qu'il succède à une thrombose par artérite. Il se produit alors une hémiplégie massive avec hémihypoesthésie et hémianopsie par atteinte des radiations de Gratiolet, hémiplégie compliquée en cas de lésion gauche d'aphasie de Broca (aphasie de Wernicke et anarthrie très marquées) et d'apraxie idéo-motrice ou idéatoire. Le *ramollissement sylvien profond* résulte également de l'obstruction de la sylvienne à son origine mais se constate chez des sujets à artères souples laissant libre la suppléance et se voit donc surtout dans l'embolie. Seul est intéressé le territoire profond, en particulier la partie haute de la couche optique et de la capsule interne et le noyau lenticulaire. On constate alors une hémiplégie à type capsulaire accompagnée d'anarthrie pure ou presque pure si la lésion siège à gauche. Le *ramollissement sylvien superficiel* est dû à l'oblitération de la sylvienne après qu'elle a donné ses branches profondes : il réalise l'hémiplégie corticale typique avec hémianopsie possible et, en cas d'hémiplégie droite, aphasie de Wernicke à peu près pure et parfois apraxie. Dans certains cas de thrombose postérieure et de ramollissement partiel, l'aphasie peut être presque isolée ou s'accompagner seulement d'une hémiplégie fruste.

β. L'obstruction de la CÉRÉBRALE ANTÉRIEURE, bien étudiée par MM. Foix et Hillemand (19), est une cause beaucoup plus rare d'hémiplégie. Le plus souvent en effet le ramollissement est partiel, intéresse une zone muette et n'entraîne guère que des troubles psychiques. Cependant le ramollissement total produit soit une monoplégie crurale, soit une *hémiplégie à grosse prédominance crurale*, pouvant être associée à une apraxie idéo-motrice unilatérale et siégeant toujours à gauche quel que soit le côté lésé. C'est le type de l'*apraxie calleuse*, qui s'oppose à la bilatéralité de l'apraxie idéatoire par lésion temporale et de l'apraxie idéo-motrice par atteinte du lobe pariétal et du gyrus supramarginalis.

γ. L'oblitération de la CÉRÉBRALE POSTÉRIEURE, objet d'un travail important de MM. Foix et Masson et de la thèse de Masson (20), est plus fréquente. Le *ramollissement total* provoque une hémiplégie de type capsulaire avec signes de lésion thalamique, hémianopsie et, si le foyer est à gauche, alexie. Le *ramollissement partiel antérieur* entraîne la production d'une hémiplégie de même type, mais ne s'accompagne jamais pour Foix et Masson d'hémianopsie, celle-ci ne pouvant être produite en cas de ramollissement du territoire de la cérébrale postérieure que par lésion du lobe occipital qui est irrigué par la branche postérieure de l'artère.

δ. Une hémiplégie par ramollissement hémisphérique peut encore être due à l'obstruction de l'ARTÈRE CHOROÏDIENNE ANTÉRIEURE, étudiée par MM. Foix, Chavany, Hillemand et Mlle Schiff-Wertheimer (21). Il s'agit d'une hémiplégie capsulaire, car l'artère irrigue la capsule interne postérieure dans ses deux tiers inférieurs, hémiplégie compliquée d'hémianesthésie et d'hémianopsie par atteinte de la bandelette optique ou des fibres de projection du pulvinar. Ce ramollissement est très difficile à distinguer cliniquement de la thrombose totale de la sylvienne ou de la cérébrale postérieure. Le diagnostic n'est guère possible qu'en cas de lésion gauche, car on ne constate jamais dans ce cas d'aphasie ni d'alexie.

Les ramollissements hémisphériques sont les plus fréquents. Les ramollissements bas situés sont plus rares et leur topographie vasculaire est moins nette. Nous dirons seulement que le syndrome hypothalamique est causé par l'obstruction d'une branche de la cérébrale postérieure bien décrite par Clovis Vincent et Darquier (22), que le syndrome de Weber pur est généralement dû à l'oblitération d'une branche de cette même artère, que les syndromes pédonculaires diffus relèvent plutôt d'une thrombose de l'artère cérébelleuse supérieure; que les syndromes protubérantiels sont la conséquence de l'obstruction d'une branche du tronc basilaire; que les syndromes bulbaires enfin sont causés par l'oblitération soit d'une branche du tronc basilaire, soit d'une branche des artères vertébrales et plus spécialement des spinales antérieures. Mais les tableaux cliniques réalisés en pareil cas n'ont pas des caractères aussi tranchés que les syndromes hémisphériques et ont moins de valeur pour le diagnostic.

3° **Diagnostic de la cause de la lésion.** — Par conséquent le diagnostic entre l'hémorragie et le ramollissement est souvent difficile. Lorsque cela sera possible, il sera singulièrement aidé par la recherche de l'affection originelle.

En présence d'un sujet en état d'*insuffisance cardiaque* ou atteint d'*endocardite infectieuse*, on fera le diagnostic de ramollissement embolique. Cette déduction n'a d'ailleurs une valeur absolue que s'il ne s'agit pas de l'asystolie observée souvent chez des individus artério-scléreux et hypertendus, lesquels peuvent aussi bien faire une hémorragie ou une thrombose. Le diagnostic d'embolie sera au contraire certain, lorsque l'insuffisance cardiaque complique une lésion valvulaire isolée. D'ailleurs chez tout sujet jeune atteint d'hémiplégie soudaine, on doit toujours faire un examen minutieux du cœur, même s'il n'y a eu dans le passé aucun signe d'hyposystolie; on recherchera surtout l'existence d'une LÉSION MITRALE, en particulier d'un *rétrécissement*, et au besoin on fera un examen radioscopique.

On recherchera les signes de SYPHILIS par un examen clinique complet, un interrogatoire précis. La constatation de stigmates spécifiques et d'une réaction de Wassermann positive dans le sérum sanguin incitera à porter le diagnostic de thrombose syphilitique, bien que la syphilis puisse être la cause d'hypertension artérielle et d'hémorragie cérébrale et que certains auteurs comme Lacapère (23) incriminent la syphilis même héréditaire comme facteur d'une telle hémorragie. Parmi les stigmates spéci-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 15, p. 245, et n° 17, p. 285.

fiques, nous rappellerons que la présence d'une inégalité pupillaire ne pourra être considérée comme un indice certain de syphilis que si elle s'accompagne de perte du réflexe photomoteur; car nous avons vu que la lésion, cause de l'hémiplégie, pouvait produire une telle inégalité. Il faut savoir aussi que l'anarthrie pure relève presque toujours d'une lésion syphilitique.

Au contraire chez un sujet atteint d'HYPERTENSION ARTÉRIELLE IMPORTANTE, on tendra plutôt à accuser une hémorragie. Cependant cette déduction n'a rien d'absolu ; car les vieillards athéromateux, présentant ordinairement une hypertension considérable, font des ramollissements cérébraux répétés plus souvent qu'une hémorragie. C'est alors que certaines constatations, indiquées par A. Dumas (24), peuvent avoir de la valeur : chez un individu dont on connaît le chiffre antérieur de la tension artérielle, un gros abaissement de cette tension après l'ictus indique une hémorragie et une hémorragie importante. L'évolution de la tension pourrait même guider le pronostic : un abaissement progressif annoncerait la mort; au contraire son rétablissement sans que la température monte ferait présager la guérison.

Dans certains cas, qui sont loin d'être rares, l'enquête étiologique reste absolument négative. On a l'habitude de dire qu'il s'agit alors de syphilis méconnue et latente. Il existe cependant des faits dans lesquels l'hémiplégie est la conséquence d'une thrombose par ARTÉRITE INFECTIEUSE d'autre nature. On a décrit des ramollissements secondaires à des infections évidentes, telles que la *pneumonie* (Lépine, Landouzy), la *fièvre typhoïde*, la *diphtérie* (Hallé, Foix et Marcel Bloch), l'*infection puerpérale.* Dans les cas où l'on ne trouve rien dans les antécédents d'un hémiplégique qui ne présente aucun stigmate de syphilis, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une *infection tout à fait banale.* La fréquence de ces cas, contrastant avec la rareté des gangrènes par artérite infectieuse des membres, peut bien s'expliquer par la disposition terminale des artères cérébrales.

4° **Autres causes d'hémiplégie brusque.** — D'ailleurs ces infections peuvent produire une hémiplégie, non plus par ramollissement thrombosique, mais par l'intermédiaire d'une MÉNINGITE compliquée de lésions corticales sous-jacentes. Il s'agit alors d'une hémiplégie corticale peu intense et en général curable. C'est par ce processus qu'agit en particulier le *zona.* La syphilis elle-même peut provoquer de pareilles lésions, si bien qu'on ne doit jamais négliger la ponction lombaire qui, même lorsque l'examen du sang reste négatif, peut retirer un liquide céphalo-rachidien tel qu'on l'observe dans la méningite spécifique. C'est probablement un semblable processus qui est à l'origine des hémiplégies transitoires observées fréquemment dans la *paralysie générale*, plus rarement dans le *tabes*.

De même une hémiplégie peut être la conséquence d'une *méningite tuberculeuse* plus souvent que *méningococcique*, et le début de l'hémiplégie peut être foudroyant, à tel point qu'il existe des formes apoplectiques de ces maladies. Le syndrome méningé intense fait errer le diagnostic avec une hémorragie cérébro-méningée; c'est la ponction lombaire qui résout le problème.

Dans quelques cas plus rares, l'infection produit une hémiplégie en causant une ENCÉPHALITE. C'est le cas de certaines formes encéphalitiques exceptionnelles de la *maladie de Heine-Medin* qui produit plutôt une myélite des cornes antérieures. C'est le cas moins rare de l'*encéphalite épidémique.*

L'hémiplégie est fréquente dans le *diabète*, l'*urémie*, et le plus souvent elle est due à un ramollissement d'origine athéromateuse. Mais parfois on observe des paralysies tout à fait passagères et on a invoqué pour les expliquer l'œdème cérébral ou mieux l'intoxication des centres par les poisons circulants ; on a parlé d'HÉMIPLÉGIE TOXIQUE (Bouchard, Chauffard) pouvant être favorisée par l'existence de lésions antérieures (Raymond, Pierret, Dufour). De même, pour expliquer les hémiplégies transitoires qu'on observe parfois chez les *cardiaques* (Achard et L. Lévi), chez les anémiques, les femmes enceintes (Menière, Charpentier), on a incriminé de simples TROUBLES CIRCULATOIRES. Il est plus vraisemblable d'admettre que la paralysie passagère relève de lésions cérébrales minimes telles qu'un ramollissement infime ou une très légère hémorragie.

Enfin, nous ne pouvons passer sous silence les faits dans lesquels une hémiparésie de courte durée succède à une *crise comitiale*, souvent bravais-jacksonienne, et ceux dans lesquels une hémiplégie marque le début d'une *sclérose en plaques.* Il s'agit encore d'une hémiplégie souvent curable, disparaissant assez vite, à tel point qu'elle est parfois prise pour une hémiplégie hystérique. Mais l'évolution ultérieure vient fixer le diagnostic en montrant l'évolution par poussées successives aboutissant à la formation d'un tableau clinique fait d'un mélange de troubles pyramidaux et cérébelleux bilatéraux.

C. **Hémiplégie à début lent et progressif.** — Les problèmes diagnostiques sont bien différents lorsque l'hémiplégie s'installe d'une façon lente et plus ou moins régulièrement progressive.

1° L'attention doit alors être immédiatement dirigée vers la possibilité d'une **tumeur cérébrale.** Les symptômes paralytiques apparaissent insidieusement et n'évoluent jamais en deux phases : flasque et spasmodique. Dès qu'elle est apparente, l'hémiplégie présente ses caractères symptomatiques définitifs. Seule son intensité est progressive. On recherchera les *signes d'hypertension intracranienne* (céphalée, vomissements, bradycardie, stase papillaire). Mais il faut bien savoir que ces troubles sont loin d'être constants et que même, en règle générale, les tumeurs qui se révèlent par des signes de localisation évidents ne donnent pas lieu à des signes d'hypertension importants. Or, l'hémiplégie représente un signe de localisation particulièrement net.

Il arrive que l'aspect même de la paralysie soit en faveur du diagnostic de tumeur. C'est ainsi que l'existence d'une *monoplégie crurale* ou d'une hémiplégie à prédominance crurale, que nous avons vue pouvoir être causée par un ramollissement de la cérébrale antérieure, est bien plus souvent la conséquence d'une tumeur et plus spécialement d'un tubercule développé au voisinage du lobule paracentral. De même la constatation d'un syndrome de Millard-Gubler associé à des troubles sensitifs du côté de l'hémiplégie des membres, à des troubles auditifs, labyrinthiques, cérébelleux et à une paralysie de la Ve et de la VIe paires du côté de la paralysie faciale doit faire penser à une *tumeur de l'angle ponto-cérébelleux.* Dans ces cas il faut savoir que l'hémiplégie des membres peut paraître paradoxale et siéger du même côté que les paralysies des nerfs

craniens; cette *hémiplégie homo-latérale* (Babinski et Clunet, Claude, Vincent et Lévy-Valensi), analogue à celle qui a été signalée à propos des hématomes dure-mériens) ne peut s'expliquer que par l'action de la tumeur repoussant la protubérance et comprimant contre la paroi osseuse le faisceau pyramidal du côté opposé.

On ne manquera pas de faire une ponction lombaire qui fournira souvent des renseignements utiles, soit qu'elle révèle une *hypertension du liquide céphalo-rachidien* au manomètre de Claude; soit qu'elle retire un liquide hyperalbumineux, avec *dissociation albumino-cytologique*, constatation qui n'est pas constante mais est très fréquente et paraît l'être d'autant plus que la tumeur est plus superficielle et plus voisine des méninges, au niveau desquelles elle vient gêner la circulation sanguine au point de permettre la transsudation sérique en amont de la région comprimée.

On n'oubliera pas non plus de faire radiographier le crâne. On pourra, ainsi, dans certaines conditions, obtenir des renseignements utiles sur l'usure possible de l'os par la tumeur et l'existence éventuelle, à l'intérieur de la néoplasie, de parties calcifiées, de *calcosphérites* (Souques) malheureusement exceptionnelles et ne s'observant guère que dans les tumeurs des méninges et dans certaines tumeurs de la base.

Toutes ces recherches peuvent d'ailleurs rester négatives. Cependant l'évolution lente et progressive d'une hémiplégie ne se voit guère que dans les tumeurs cérébrales. Mais il n'en est pas toujours ainsi; et le développement d'une tumeur peut devenir l'origine de troubles vasculaires pouvant entraîner la production d'hémorragies ou de thromboses. Il est vrai qu'alors ces troubles d'apparition soudaine ne représentent que des accidents à la suite desquels l'évolution ne s'arrête pas. L'affection reste toujours évolutive, et c'est ce qui distingue l'hémiplégie des tumeurs cérébrales.

Le diagnostic n'en est cependant pas toujours facile; et il arrive qu'au cours d'une intervention pour tumeur qui paraissait être corticale la néoplasie ne soit pas visible. C'est alors qu'on peut recourir au *procédé diagnostique de Meyer et Schlüter*, basé sur la notion de la différence de résistance électrique entre les tissus normaux et les tissus pathologiques, le tissu gliomateux en particulier ayant une résistance électrique nettement moindre que le tissu cérébral sain; à l'aide d'un appareil spécial au cours d'une intervention, on peut ainsi déceler l'existence d'une tumeur sous-corticale.

Quant à la NATURE DE LA TUMEUR, elle ne peut être soupçonnée que lorsqu'il s'agit d'une *métastase*, secondaire à un néoplasme connu ou facilement décelable; d'un *kyste hydatique*, quand il existe un autre kyste de même nature en un autre point de l'organisme tel que le foie et quand les examens de laboratoire (éosinophilie sanguine, réaction de Weinberg-Parvu) donnent des résultats positifs; d'une *pachyméningite hémorragique*, quand le liquide céphalo-rachidien sera hémorragique. En dehors de ces faits, qui sont les plus rares, on pensera plutôt au *tuberculome* chez l'homme jeune, surtout s'il existe des stigmates de tuberculose, au *gliome* chez l'adulte, sans que ces déductions aient une valeur absolue. Quant à la *gomme syphilitique*, elle est exceptionnelle.

En dehors des tumeurs, il y a peu de lésions qui puissent produire une hémiplégie ainsi progressive.

2° L'hémiplégie de l'**abcès cérébral** a une évolution moins lente et s'accompagne toujours de signes d'hypertension intracranienne. L'enquête étiologique révèle l'existence d'un *traumatisme* parfois très ancien, d'une *otite* ou d'une *sinusite* plus souvent en cause qu'une *lésion pulmonaire chronique*, telle qu'une dilatation des bronches, ou une *septicémie*. La constatation de signes de suppuration (fièvre, leucocytose sanguine) a de l'importance, mais est loin d'être constante. Plus habituels sont les renseignements fournis par la ponction lombaire : hypertension du liquide céphalo-rachidien; hyperalbuminose; polynucléose abondante; réaction du benjoin colloïdal à type paralytique, alors que dans le liquide des tumeurs cérébrales, la courbe du benjoin revêt ordinairement un aspect bien différent (Guillain, Guy Laroche et Léchelle). Si l'on n'intervient pas, la mort subite est la terminaison presque constante.

3° Une hémiplégie progressive peut bien être le fait de **certains ramollissements cérébraux** relevant d'une artérite évolutive. C'est ainsi que Grasset a décrit un type de *ramollissement à début graduel et à marche aiguë*, dans lequel s'installe un coma progressif qui s'aggrave jusqu'à la mort. C'est là une évolution bien rapide, se rapprochant plus de l'évolution d'un abcès cérébral que de celle d'une tumeur et qui sera facile à distinguer par l'absence de tout signe d'hypertension intracranienne, de modification semblable du liquide céphalo-rachidien.

Plus difficiles à distinguer seraient les cas signalés par Alfred Gordon (25), dans lesquels l'artérite évolue de façon moins rapide par à-coups moins rapprochés. Mais la progression est moins régulière, et dans l'intervalle des à-coups, le tableau clinique demeure à peu près fixé, ce qui n'est pas le cas des tumeurs.

Un diagnostic encore beaucoup plus délicat serait posé par les faits rapportés par Brissaud et de Massary, Trenél, Ferry, sous le nom d'*hémiplégie progressive par artérite à distance*, dus à une lésion de la carotide primitive. Mais il s'agit là d'une affection rarissime, dont il n'y a pas lieu de tenir compte en pratique.

Nous ne saurions terminer cette étude sans parler de l'**hémiplégie bilatérale**. Elle peut être constituée par une double hémiplégie installée après un minimum de deux ictus. Dans d'autres cas, les accidents bilatéraux succèdent à une infinité de petits ictus ou même évoluent à bas bruit, alors que se forment des *lacunes de désintégration* (Pierre Marie), pour aboutir au tableau clinique de la *paralysie pseudo-bulbaire* ou à celui de la *paraplégie des lacunaires*. Cette paralysie peut être réalisée par des lésions corticales, par des lésions situées au voisinage des noyaux gris centraux ou même par des lésions plus basses pédonculaires ou protubérantielles. Dans tous les cas, il s'agit de lésions bilatérales. Des troubles mentaux compliquent généralement le tableau clinique; ils revêtent l'aspect de la démence sénile, souvent à type presbyophrénique, ou, lorsqu'il y a eu des ictus, l'aspect de la démence artério-scléreuse ou de la maladie d'Alzheimer.

Plus rarement, l'hémiplégie bilatérale est due au développement d'une *tumeur de la faulx du cerveau* ou à un processus spécial décrit par Pierre Marie sous le nom de *nécrose sous-épendymaire progressive*.

Enfin, une hémiplégie bilatérale peut s'installer d'emblée à la suite d'une *thrombose de l'artère basi-*

laire, qui entraîne un ramollissement bulbo-protubérantiel et peut n'être pas mortelle en cas d'oblitération incomplète [Foix et Bouttier (26)]. Le début brusque peut également se voir à la suite d'un traumatisme, tel qu'une blessure de guerre; mais il s'agit plus souvent alors d'une paraplégie par lésion des deux lobules paracentraux.

Quant à l'hémiplégie bilatérale par lésion médullaire haute, elle est due à une myélite ou à une compression.

TRAITEMENT

Le traitement de l'hémiplégie doit viser avant tout à être un traitement étiologique. Cependant, **pendant le coma** la THÉRAPEUTIQUE SYMPTOMATIQUE s'impose d'urgence : on veillera avec un soin particulier à la propreté du malade, celle de la bouche, celle du siège, d'autant plus que l'incontinence sphinctérienne est une source d'infection presque continue. On donnera autant que possible au sujet une position assise, pour tâcher de prévenir la broncho-pneumonie que favorise la position déclive; on le fera boire dès que ce sera possible, on tâchera d'éviter l'escarre, en isolant le siège par un rond de caoutchouc empêchant les frottements, et si l'escarre menace, on fera des pansements avec des poudres inertes, sans oublier l'insuline.

Dès le coma d'ailleurs un TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE peut être institué. En cas d'hypertension artérielle, on pratiquera une *saignée* de 200 ou 300 grammes plutôt qu'une application de sangsues derrière les mastoïdes. Si la syphilis peut être mise en évidence, on a intérêt à instituer le plus tôt possible une *thérapeutique antisyphilitique énergique*. Il résulte en effet de la longue discussion qui a eu lieu récemment à la Société médicale des hôpitaux de Paris [Milian, M. Renaud, Sezary et Benda (27)] que les succès sont favorisés par la précocité du traitement. Sans doute la guérison ne peut pas être obtenue s'il existe une oblitération artérielle complète. Mais il semble bien qu'une hémiplégie puisse être provoquée par un facteur transitoire agissant sur une artère malade, ce facteur pouvant être l'augmentation de la viscosité sanguine [Holmes (28)], une hypotension passagère (Clovis Vincent), un spasme [Foix (29) et (30)] quand l'hémiplégie apparaît sous l'influence d'une émotion. La thérapeutique instituée à ce moment peut alors influencer favorablement le développement de l'artérite, faire régresser l'hémiplégie ainsi provoquée et prévenir la formation d'une hémiplégie définitive. Une fois que l'obstruction est complète, l'hémiplégie est devenue une infirmité incurable et le rôle du traitement consiste seulement à empêcher la formation de lésions nouvelles.

LORSQUE LE COMA EST TERMINÉ, la thérapeutique étiologique est de rigueur et nous n'insisterons pas sur les indications de traitement médical ou chirurgical propres à chaque cas particulier : hypertension artérielle, athérome, artérite infectieuse, tumeur, abcès, etc. Nous rappellerons seulement que le traitement de l'insuffisance cardiaque, chez un malade qui a fait une embolie, doit être prudent de façon à ne pas favoriser par son effet toni-cardiaque la mobilisation de caillots déjà constitués.

Mais la *thérapeutique symptomatique* ne doit pas être abandonnée même lorsque l'hémiplégie se prolonge, même lorsqu'elle est devenue spasmodique. En particulier les *massages* et la *mécanothérapie* seront toujours indiqués pour empêcher les attitudes vicieuses et activer la circulation. Dans certains cas rares, des *traitements chirurgicaux* pourront être tentés, lorsqu'il y a contracture intense gênant la marche, empêchant l'usage d'un membre : on pourra alors pratiquer la section plus ou moins complète du ou des tendons gênants. Certains auteurs comme Vredène (31), ont été jusqu'à préconiser la résection partielle des nerfs périphériques commandant les muscles dont la contracture entraîne la position vicieuse. Les *traitements orthopédiques* donnent parfois de bons résultats.

Mais ce sont là des traitements d'exception. Par contre en présence d'une hémiplégie spasmodique, on n'hésitera pas, lorsque cela sera possible, à prescrire le *traitement par l'ionisation transcérébrale* suivant la technique de Bourguignon (32). L'ionisation calcique agirait dans tous les cas; l'ionisation iodurée agirait contre les lésions syphilitiques [Bourguignon et Juster (33)]. Il arrive que ce traitement amène une diminution notable de la contracture, si l'on a soin de le poursuivre longtemps avec régularité. Les cas favorables ne sont pas très fréquents; mais la possibilité d'une amélioration dans une infirmité aussi grave doit inciter à ne pas négliger cette thérapeutique complètement inoffensive.

BIBLIOGRAPHIE

(1) J. BABINSKI et J. JARKOWSKI. Automatisme et hyperalgésie dans l'hémiplégie cérébrale, *Soc. de neurol. de Paris*, 9 mars 1922; *Revue neurol.*, mars 1922, n° 3, p. 300.

(2) J.-A. BARRÉ et G. A. SHEPHERD. Manœuvre de la jambe et phénomène des orteils. Essai de dissociation du syndrome pyramidal, *Presse méd.*, 5 oct. 1921, n° 80, p. 794.

(3) J. PÉRISSON. Etude clinique et pathogénique des troubles sympathiques dans l'hémiplégie, *Th. de Paris*, 1925.

(4) Ch. FOIX et A. THÉVENARD. Les réflexes de posture, *Revue neurol.*, mai 1923, n° 5, p. 449.

(5) E. JUSTER. Réflexe du pouce et signe de Babinski. Le réflexe du pouce dans le diagnostic des perturbations du faisceau pyramidal, *Soc. de neurol. de Paris*, 3 mai 1923; *Revue neurol.*, mai 1923, n° 5, p. 506.

(6) J. BABINSKI et J. JARKOWSKI. Sur une forme de syncinésie dans l'hémiplégie organique, *Soc. de neurol. de Paris*, 1er juillet 1920; *Revue neurol.*, juillet 1920, n° 7, p. 760.

(7) Ch. FOIX et J.-A. CHAVANY. Sur la contracture pyramidale envisagée dans ses rapports avec les autres contractures, *Presse méd.*, 26 juillet 1924, n° 60, p. 629. — J.-A. CHAVANY. Contribution à l'étude de la contracture pyramidale. Essai clinique, diagnostique et pathogénique, *Th. de Paris*, 1924.

(8) M. REGNARD. Contribution à l'étude anatomo-clinique des monoplégies d'origine corticale (monoplégies totales et monoplégies partielles), *Th. de Paris*, 1913.

(9) Mme ATHANASSIO-BENISTY. Les lésions de la zone rolandique (zone motrice et zone sensitive) par blessures de guerre. Contribution à l'étude clinique des localisations cérébrales, *Th. de Paris*, 1918.

(10) Pierre MARIE et H. MEIGE. Réflexe d'adduction du pied. Travaux des centres neurologiques militaires, service neurologique militaire de la Salpêtrière, *Revue neurol.*, 1916, t. II, p. 617.

(11) Ch. FOIX et A. THÉVENARD. Symptômes pseudo-cérébelleux d'origine cérébrale. Tubercule de la région paracentrale postérieure, *Soc. de neurol. de Paris*, 7 déc. 1922; *Revue neurol.*, déc. 1922, p. 1502. — Th. ALAJOUANINE et A. LEMAIRE. Tumeur de la région paracentrale postérieure avec symptômes pseudo-cérébelleux, *Soc. de neurol. de Paris*, 8 janv. 1925; *Revue neurol.*, janv. 1921, p. 71.

(12) SOUQUES, MOUQUIN et WALTER. Anesthésie d'origine cérébrale et de type radiculaire, accompagnée de douleur et d'abolition des réflexes tendineux dans les régions anesthésiées, *Soc. de neurol. de Paris*, 1er fév. 1923; *Revue neurol.*, fév. 1923, p. 154.

(13) Pierre Marie et H. Bouttier. Etude clinique sur les modalités des dissociations de la sensibilité dans les lésions encéphaliques, *Revue neurol.*, janv. 1922, p. 1, et fév. 1922, p. 144; — L'hyperesthésie douloureuse au froid dans les syndromes thalamiques dissociés, *Soc. de neurol. de Paris*, 6 juillet 1922; *Revue neurol.*, juillet 1922, p. 984.
(14) Ch. Foix. Sur une variété de troubles bilatéraux de la sensibilité par lésions unilatérales du cerveau. Anesthésie par agnosie (anesthéso-agnosie) avec prédominance des troubles de la notion de position (atopognosie) constituant par leur association à une hémiplégie et une aphasie d'intensité variable et à l'apraxie idéo-motrice un syndrome caractéristique des lésions profondes du lobe pariétal, *Soc. de neurol. de Paris*, 9 mars 1922; *Revue neurol.*, mars 1922, p. 322.
(15) G. Guillain et Th. Alajouanine. Le syndrome du carrefour hypothalamique, *Presse méd.*, 20 déc. 1924, n° 102, p. 1013.
(16) Charles Toinon. Les hémiplégies alternes. Leur diagnostic clinique, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 20 sept. 1924, n° 76, p. 1253, et 27 sept. 1924, n° 78, p. 1285.
(17) Ch. Foix et A. Masson. Le syndrome de l'artère cérébrale postérieure, *Presse méd.*, 21 avril 1923, n° 32, p. 361.
(18) Augistrou. Dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, *Th. de Bordeaux*, 1912. — L. Pollet. La rachifibrinimétrie. Diagnostic de la nature inflammatoire ou mécanique des dissociations albumino-cytologiques du liquide céphalo-rachidien, *Th. de Paris*, 1926.
(19) Ch. Foix et P. Hillemand. Les syndromes de l'artère cérébrale antérieure, *L'Encéphale*, avril 1925, n° 4, p. 209. — Ch. Foix. Conception de l'aphasie temporo-pariétale dite aphasie de Wernicke, *Presse méd.*, 4 nov. 1925, n° 88, p. 1457.
(20) A. Masson. Contribution à l'étude des syndromes du territoire de l'artère cérébrale postérieure, *Th. de Paris*, 1923.
(21) Ch. Foix, A. Chavany, P. Hillemand et Mme Schiff-Wertheimer. Oblitération de l'artère choroïdienne antérieure. Ramollissement de son territoire cérébral. Hémiplégie, hémianesthésie, hémianopsie, *Soc. d'ophtalm. de Paris*, 30 mai 1925.
(22) Clovis Vincent et J. Darquier. L'artère de la région sous-optique, *Soc. de neurol. de Paris*, 3 mai 1923; — *Revue neurol.*, mai 1923, p. 514.
(23) Lacapère. Rôle de la syphilis héréditaire larvée dans l'hémorragie cérébrale, *Conférence sur la syphilis héréditaire*, Paris, 5-7 oct. 1925; *Presse méd.*, 14 oct. 1925, p. 1366.
(24) A. Dumas. Tension artérielle et hémorragie cérébrale, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 sept. 1923, t. IV, n° 89.
(25) Alfred Gordon. L'hémiplégie cérébrale progressive, *Trans. of the amer. neurol. Assoc.*, 1921, vol. VI, p. 83.
(26) Ch. Foix et H. Bouttier. Quelques formes anatomo-cliniques de la syphilis pédonculo-protubérantielle, *Soc. de neurol. de Paris*, 9-10 juillet 1920; *Revue neurol.*, juillet 1920, p. 650.
(27) Milian. Le traitement de l'hémiplégie syphilitique, *Paris méd.*, 3 mars 1923, n° 9, p. 218. — M. Sézary et Benda. Curabilité de l'hémiplégie syphilitique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 17 oct. 1924. — M. Renaud. Sur les résultats du traitement arsénobenzolique chez les syphilitiques hémiplégiques, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 oct. 1924. — M. Sézary. Curabilité de l'hémiplégie par artérite syphilitique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 31 oct. 1924. — M. Bonnet. Hémiplégie syphilitique guérie rapidement par le traitement, *Soc. nat. de méd. et des sciences méd. de Lyon*, 25 fév. 1925.
(28) W. H. Holmes. Relation entre l'augmentation de la viscosité sanguine et les attaques transitoires d'hémiplégie, *Journ. of the amer. med. Assoc.* (édition espagnole), 15 août 1921, p. 232, analysé in *Gaz. des hôpit.*, 22 et 24 nov. 1921, p. 1469.
(29) Ch. Foix et P. Hillemand. Rôle de l'oblitération incomplète et du spasme dans la pathogénie de certaines hémiplégies, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 31 oct. 1924.
(30) Ch. Foix, Chavany et Bascourret. Foyers de ramollissement simultanés dans les deux hémisphères. Rôle des causes occasionnelles et des oblitérations incomplètes dans la pathogénie du ramollissement cérébral, *Soc. de neurol.*, Paris; *Réunion anat.*, 19 juin 1925; *Revue neurol.*, juin 1925, p. 77.
(31) Vrédène. Le traitement par la résection partielle des nerfs de la contracture spastique de la main consécutive à l'hémiplégie infantile, *Vest. Khir. i progr. oblasteï*, 1925, t. IV, nos 10-11.
(32) G. Bourguignon. Traitement de l'hémiplégie avec contracture par l'ionisation calcique transcérébrale, *Soc. de neurol.*, 2 juillet 1925; *Revue neurol.*, juillet 1925. — G. Bourguignon et Juster. Traitement de l'hémiplégie avec contracture par l'ionisation de divers ions, avec la technique de Bourguignon, même référence.
(33) G. Bourguignon et E. Juster. Un cas d'hémiplégie ancienne très améliorée par l'ionisation transcérébrale, *Soc. de neurol. de Paris*, 4 fév. 1926; *Revue neurol.*, fév. 1926.
(34) G. Roussy et Mlle G. Lévy. Troubles sensitivo-moteurs d'aspect radiculaire et troubles d'aspect cérébelleux par lésion corticale. A propos d'un cas de paralysie cubitale atypique avec dysmétrie et léger tremblement intentionnel par lésion corticale probable, *Revue neurol.*, nov. 1926, t. XI, n° 5, p. 376.
(35) G. Bourguignon. Répercussion d'une lésion corticale sur les muscles allant jusqu'à un léger degré de dégénérescence, *Revue neurol.*, nov. 1926, t. XI, n° 5, p. 390.
(36) Ch. Foix et M. Lévy. Diagnostic des aphasies, *Le Monde méd.*, déc. 1926, n° 699, p. 931.
(37) J. Dereux. Paralysie verticale du regard (syndrome de Parinaud). Contribution à l'étude de la localisation de la lésion, *Th. de Paris*, 1926.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1927)

Teneur de l'organisme en calcium et en halogènes au cours de la gestation. — MM. H. Vignes et Coisset.

La pathogénie de l'urémie. — MM. Léon Blum et D. Broun. Dans douze cas d'urémie les auteurs ont observé régulièrement une rétention chlorée sèche : toujours il y a augmentation du chlore dans les tissus. Cette augmentation est souvent considérable et atteint pour certains organes des chiffres jusqu'à 5 et 7 fois plus élevés que normalement.

Le sodium se comporte différemment : son taux est nettement abaissé dans les cas de rétention chlorée sèche pure.

Cette rétention chlorée sèche est très inégale pour les différents organes; seule la rétention chlorée du système nerveux central est constante et toujours élevée.

Ces constatations d'un changement profond de la composition chimique des tissus nerveux au cours de l'urémie paraissent aux auteurs avoir une portée plus générale qui dépasse la question de l'urémie. Elles ouvrent une voie nouvelle aux recherches sur certains processus pathologiques qui ne semblent avoir aucun rapport avec le chlore et le sodium, et aux recherches sur certaines affections du système nerveux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er MARS 1927)

Les formes bronchiques de la syphilis pulmonaire. — MM. Emile Sergent et R. Benda insistent sur la remarquable affinité de la syphilis pour le tissu bronchique en général.

Ils pensent que l'observation clinique permet de donner à la syphilis sclérosante des moyennes et petites bronches une place dans l'étude de la syphilis de l'appareil respiratoire.

Ces bronchopathies syphilitiques tertiaires se manifestent cliniquement par un syndrome assez banal de catarrhe chronique des bronches, plus ou moins mélangé d'emphysème,

auquel correspond un syndrome anatomo-radiologique, à peine moins banal, de sclérose bronchique et péribronchique.

Pour établir l'origine syphilitique de cette sclérose, il est non seulement nécessaire de prouver que les malades dont il s'agit sont des spécifiques avérés, mais encore de pouvoir écarter l'idée même d'une atteinte antérieure des poumons par la tuberculose ou une affection sclérosante quelconque (enquête anamnestique minutieuse; résultats négatifs des examens des crachats ou des selles et des inoculations au cobaye, absence sur les clichés radiographiques d'images en foyers ou de nodules calcifiés.)

La bronchite chronique syphilitique tertiaire est distincte de la syphilis bronchectasiante.

Elle peut exister à l'état de pureté ou se compliquer d'altérations plus ou moins importantes du parenchyme voisin, ou encore s'associer à d'autres facteurs de sclérose et à la tuberculose en particulier. Cette dernière association ne saurait diminuer en rien le rôle primordial de la syphilis dans la production de ces processus sclérosants; elle ne fait que démontrer une fois de plus, ainsi que M. Sergent le soutient depuis longtemps, le caractère évolutif fibreux qu'un terrain syphilitique ne manque pas de conférer à la tuberculose pulmonaire.

Cancer de la quatrième portion du duodénum. — MM. Victor PAUCHET et G. LUQUET communiquent l'observation suivante :

Femme de trente et un ans, cachectique. Jamais de mélœna ni de vomissement. Douleurs très vives deux heures après les repas. A la radioscopie, stase gastrique totale, dilatation considérable du duodénum.

Opération : anesthésie locale. Sténose serrée à l'union du jéjunum et de la quatrième portion du duodénum. Dissection sur 10 centimètres du segment intestinal, passant sous les vaisseaux mésentériques. Anastomose duodéno-jéjunale.

Le duodénum est gros comme un avant-bras et le jéjunum est normal. La malade quitta l'hôpital le douzième jour.

Examen macroscopique : le rétrécissement vu de l'intérieur correspond à un bourrelet qui occupe le pourtour de la lumière intestinale. On note la présence d'une ulcération profonde, de plusieurs millimètres, ovalaire, à cheval sur les deux versants du bourrelet.

Examen histologique : épithélioma de type intestinal.

Cette résection est la seconde qu'on relève dans la littérature chirurgicale.

Note sur la recrudescence des morts subites. — M. Maurice FAURE (de La Malou). « Si l'on compare le nombre total des morts subites pendant les jours avec taches solaires, au nombre total des morts subites observées pendant les jours sans taches, on constate que le nombre des morts et le nombre des jours s'exprime, dans le premier cas, par 26 p. 100 et, dans le second cas, par 13 p. 100, c'est-à-dire qu'il y a deux fois plus de morts subites pendant les jours avec taches que pendant les jours sans taches.

Nous savions déjà, par des travaux antérieurs de J. Vallot, G. Sardou et M. Faure (*Acad. de méd.*, 11 juillet 1922), que l'apparition d'accidents aigus, au cours des maladies chroniques, coïncide avec le passage des taches solaires au méridien central de cet astre. Et les morts subites coïncident avec les accidents aigus des maladies chroniques.

La recrudescence des morts subites s'explique donc de la même manière que la recrudescence des accidents aigus au cours des maladies chroniques, c'est-à-dire par le fréquent passage des taches solaires, provoquant un déséquilibre momentané des appareils régulateurs de la vie, comme il provoque le déséquilibre des appareils télégraphiques et téléphoniques. »

Insuffisance hépatique et expérimentale. — MM. RÉMOND (de Metz) et BOULICAUD (de Toulouse), ont voulu essayer de créer expérimentalement, chez l'animal, une insuffisance hépatique chronique et de suivre les variations humorales observés au cours de cet état.

Grâce aux injections d'hépatolysines à doses variables, ils ont pu créer, chez l'animal, un état de déficience hépatique transitoire qui leur a permis de faire un certain nombre d'observations méthodiques du plus haut intérêt et dont la thérapeutique aura à bénéficier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1927)

Pancréatite aiguë hémorragique. — M. J.-C. BLOCH (rapport de M. Picot) a opéré un cas de pancréatite aiguë hémorragique, par drainage après effondrement de l'arrière-cavité des épiploons; atropine à dose de 1 milligramme par jour; guérison après drainage très prolongé.

Lithiase diffuse du pancréas. — M. Pierre DUVAL fait un rapport sur une observation de M. Jean Quénu qui a opéré un malade présentant des crises abdominales douloureuses; après laparotomie, on ne trouve pas d'autre lésion qu'un pancréas très augmenté de volume. Le ventre est refermé; après six semaines, reprise des crises; on radiographie le pancréas et on constate deux foyers de lithiase dans la tête et l'extrémité de la queue du pancréas. M. Duval étudie cette intéressante question qui semble encore obscure à l'heure actuelle.

Disjonction bilatérale de la symphyse pubienne. — M. DUJARRIER fait un rapport sur un cas observé par MM. Lamare et Larjet (de Saint-Germain), de disjonction pubienne chez un homme de vingt ans, victime d'un accident de chemin de fer. Intervention; évacuation d'un hématome et fixation par fils de bronze après réduction très difficile. Guérison au cinquantième jour. MM. Gernez, Grégoire, Mocquot, L. Bazy et Lapointe apportent des observations semblables.

A propos de la rachianesthésie. — M. Pierre BAZY a eu l'occasion d'examiner un malade présentant, trois ans après, une rachianesthésie pour hernie, des troubles persistants sur lesquels il insiste.

Discussion sur le Mikulicz. — M. THIÉRY a l'habitude de drainer dans les laparotomies suppurées, mais il préfère le drain de Goldmann au Mikulicz.

M. Jean BERGER a, par application d'un Mikulicz, pendant dix jours, sauvé la vie d'un malade atteint d'appendicite grave avec perforation du cæcum. Il estime que cette méthode, dont les indications sont exceptionnelles, est excellente dans les cas analogues à celui qu'il rapporte.

M. MOCQUOT n'a jamais utilisé le Mikulicz; il préfère dans le Wertheimer la péritonisation soignée, et n'a perdu que 5 malades sur 53 opérés.

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1927)

A propos de la rachianesthésie. — M. CHEVRIER s'étonne, après la relation des accidents observés par M. Bazy, que l'on opère encore des hernies par anesthésie rachidienne alors que l'anesthésie locale est si précieuse pour la cure radicale des hernies.

Blocage de l'articulation radio-cubitale inférieure. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation de M. Marcel LHEUREUX qui a obtenu un résultat fonctionnel satisfaisant après intervention dans un cas de blocage de l'articulation radio-cubitale inférieure avec entorse de l'articulation radio-cubitale supérieure, après fracture diaphysaire basse.

Luxation de l'épaule et fracture de l'humérus. — M. Louis BAZY rapporte deux cas opérés par M. J.-C. BLOCH, de luxations de l'épaule avec fracture de l'humérus, suivant la technique de Bazy; guérison consécutive.

M. MAUCLAIRE a obtenu par le même procédé un bon résultat.

Kystes dermoïdes de l'ovaire. — M. Robert MONOD (rapport de M. GOSSET) a observé et opéré trois cas de kystes dermoïdes, l'un chez une fillette de huit ans, kyste tordu et gangréné; un kyste dermoïde ouvert dans l'utérus et un kyste dermoïde de la fosse iliaque gauche, à symptomatologie trompeuse.

Traitement des paralysies utérines. — M. DE MARTEL fait un rapport sur un procédé de suspension de l'utérus dans les prolapsus complets des femmes âgées, exécuté par M. JAKOBOVICI (de Roumanie), qui, après laparotomie coupe et désin-

sère les psoas qu'il attache aux côtés du vagin; l'auteur a fait trois fois cette opération.

Hystérectomies d'urgence et pinces à demeure. — M. Deniker (rapport de M. Auvray) a utilisé avec succès dans deux cas d'hystérectomies pour lésions très graves les pinces à demeure après opérations rapides et application d'un Mikulicz. Grâce à ce procédé les deux malades ont pu guérir sans complication.

Discussion sur le Mikulicz (*Suite*). — M. Hartmann trouve que le Mikulicz n'est qu'un procédé de nécessité applicable aux cas où on ne peut faire mieux.

M. Chevrier est d'avis de sérier les questions et de délimiter les cas dans lesquels le Mickulicz est capable de rendre de grands services.

M. Routier qui a assisté à l'entrée en France du Mikulicz, ne l'a jamais employé, se contentant dans les mauvais cas, de laisser en place un gros drain et quelques mèches. Mais il insiste sur les dangers qu'il y a d'en recommander l'emploi systématique et il apporte une observation intéressante à l'appui de ce qu'il avance.

M. J.-L. Faure reprend tout au long la question, en réponse à MM. Lecène et Duval, apportant le fruit de sa longue expérience de la grande chirurgie abdominale. Pour lui, et il est sûr de ce qu'il avance, le Mikulicz est utilisable dans la plupart des opérations abdominales susceptibles d'entraîner l'infection; c'est une admirable protection contre l'infection; on lui objecte les éventrations, mais qu'est-ce que le danger d'éventration à côté de la mort possible! l'occlusion intestinale? mais elle est rare et due surtout autrefois à l'ablation trop précoce du sac. Lui-même est partisan des péritonisations soignées et de l'hémostase parfaite, mais tout cela n'exclut pas l'emploi du Mikulicz dont le but est d'éviter les grandes infections si fréquentes encore aujourd'hui.

M. Faure attend avec tranquillité le jugement de la postérité sur cette question pour lui capitale et il demande à ses contradicteurs de faire l'essai loyal de cette méthode du Mikulicz dans la chirurgie intestinale et de venir lorsqu'il l'auront fait en apporter le résultat à la tribune de la Société.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 18 février 1927)

Sur l'emploi des boutons anastomotiques. — M. Victor Pauchet déclare que l'emploi des boutons anastomotiques a des indications fréquentes entre les mains des chirurgiens qui pratiquent couramment la chirurgie gastro-intestinale. Toutefois, il considère que sa technique exige de l'entraînement et qu'un chirurgien qui n'a pas l'habitude de l'employer fera mieux d'appliquer une suture; en effet, il est plus facile de faire une suture médiocre que de placer correctement un bouton, et l'application du bouton exige une technique parfaite.

Tumeur ovarienne maligne dite de « Krikenberg ». — M. Haller signale à ce propos la thèse de Metzger sur les métastases ovariques des cancers digestifs.

L'incision transversale en gynécologie. — M. Roulland ne l'emploie que dans 25 p. 100 des cas, chez les femmes maigres, pour ligamentopexie, résections du sympathique pelvien, opérations conservatrices sur les annexes.

M. Desjardin, en se basant sur des questions de solidité, de mutilation, de commodité d'accès, de facilité et de rapidité d'exécution, de drainage, de contention postopératoire, combat l'incision transversale dont le seul avantage est une question d'esthétique.

M. Raymond Petit préfère, dans les laparotomies, l'incision transversale dont la cicatrice est esthétique et solide.

Ses contre-indications sont les adhérences étendues, le gros volume d'un fibrome, l'appendicite à chaud avec abcès. Il emploie l'incision cruciale de préférence à l'incision de Pfannenstiel et en a toujours été satisfait.

M. Victor Pauchet conclut en estimant que cette incision constitue un grand progrès par son esthétique, sa solidité; qu'il faut l'employer le plus souvent possible, puisqu'elle permet même le Mickulicz. Il faut l'éviter pour les grands drainages, chez les obèses, dans les mauvaises parois chez les sujets tarés.

Avortement provoqué d'une grossesse de deux mois. Hématocèle concomitante. — M. Duchet-Suchaux (rapport de M. Lanos) rapporte le cas où un curettage a ramené un œuf. Une opération ultérieure nécessitée par l'évacuation d'une poche suppurée par le rectum permit de constater la grossesse extra-utérine. M. Lanos se demande si le curettage n'avait pas ramené une simple caduque.

Injection massive de sérum dans la veine fémorale au cours de l'amputation de cuisse chez les blessés shockés. — M. Dupuy de Frenelle rapporte une observation de M. Papillon qui a obtenu une résurrection, chez un blessé sans pouls, par l'injection d'un litre et demi de sérum tiède faite à l'aide d'une canule de verre introduite dans la veine fémorale au cours d'une amputation de cuisse plane. M. Dupuy de Frenelle propose d'utiliser de préférence le sérum glucosé coagulant mélangé de petites quantités de sang.

Cure de cancer du rectum par la radiumchirurgie. — MM. Feumann et Coryn (de Bruxelles).

Radiographie de l'appareil génital de la femme après injection de lipiodol dans la cavité utérine. — M. de Backer (de Bruxelles).

Cancer en masse du sein. Radiothérapie profonde. Amputation. — M. Charles Buizard communique l'observation d'une femme de trente-cinq ans qui présenta, au début d'une grossesse, un cancer en masse du sein. Radiothérapie profonde. Un mois après, exérèse large. Accouchement et allaitement avec le sein restant. Deux mois après, cancérisation en masse de ce sein. Très rapidement, généralisation : poumon, colonne vertébrale, foie. Large énucléation de la face antérieure de la poitrine. Mort deux mois après le début.

Un examen histologique du sein enlevé n'avait montré qu'une lésion de cancer. L'auteur insiste sur certains points de cette observation.

Dans le cancer du sein, M. Buizard ne fait jamais de radio ou radiumthérapie avant ou après l'opération; si, exceptionnellement, il devait encore y avoir recours comme ici il préférerait le radium à la radiumthérapie profonde, plus brutale.

Mégacôlon congénital d'un enfant opéré par anus cæcal. Résultat après six ans. — M. Mayet communique l'observation de cet enfant opéré à l'âge de six ans par simple anus cæcal, des adhérences intestinales l'ayant empêché de faire alors une colectomie. Cet anus a persisté pendant quatre années, puis il s'est fermé spontanément, ne laissant qu'une petite fistulette pour laquelle l'enfant est rentré, il y a deux mois, dans le service de M. Mayet. Il était en parfaite santé. Son intestin fonctionnait normalement. Pour fermer cette fistulette, l'auteur a fait une laparotomie au cours de laquelle il a trouvé un intestin d'une épaisseur, d'un aspect et d'un calibre normaux. Il persiste cependant encore un dolichocôlon que montrent parfaitement les diagrammes radioscopiques.

M. Mayet se demande si la persistance prolongée d'un anus cæcal ne peut pas suffire à guérir un mégacôlon. C'est une intervention bénigne et qui semble convenir tout au moins aux enfants très jeunes ou à ceux dont l'état général précaire supporterait mal une intervention plus vaste.

Un cas de pseudarthrose du col du fémur. Traitement par la greffe péronéale. — M. Judet.

Trois cas de cancers du côlon ascendant traités par la colectomie en deux temps. — M. Leplat (de Cahors).

Grosse tumeur inflammatoire du bassinet. — M. Cathelin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(séance du 21 janvier 1927)

Etiologie sinusienne des infections respiratoires inférieures. — M. Flurin.

Chancrelles. — M. Galliot rapporte l'observation de deux malades (mère et fille) atteintes de chancrelles disséminées sur tout le corps à l'exception des organes génitaux et à différents stades d'évolution. La contagion a dû avoir lieu par des draps malpropres d'hôtel. Rapidité de guérison par des injections de vaccin antistreptobacillaire et application de pommade au bromure de radium.

Diphtérie trachéale. — M. Maurice.

Accidents de la dent de sagesse. — M. Raymond Petit, après avoir rappelé les accidents graves que peut déterminer la dent de sagesse, s'attache aux cas qui peuvent mettre dentistes et chirurgiens en difficultés au point de vue thérapeutique. Il rapporte deux exemples et insiste sur le rôle de l'hérédité, sur l'inutilité de l'ablation d'une molaire pour faire place à la dent de sagesse, sur l'état éburné du maxillaire, et sur le rôle précieux de la radiographie. Il indique une malformation peu fréquente de la dent de sagesse avec racines perpendiculaires à la couronne et expose la thérapeutique qu'il a employée.

Cancer et opothérapie. — M. Naamé.

RÉUNION OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE MONTPELLIER

(séance du 15 décembre 1926,

Céphalée tenace après rachi-analgésie. — M. Roume.

Appendicectomie au sixième mois de la grossesse. — M. Godlewsky.

A propos de l'occlusion intestinale du nouveau-né. Une observation de malformation du jéjuno-iléon. — MM. L. Vallois, Coll de Carrera, Guibal et Chaptal. Un nouveau-né, dont le conduit ano-rectal est perméable, meurt au bout de trois jours sans avoir eu de selles méconiales et après avoir présenté des vomissements verts. A l'autopsie, obstacle membraneux à la jonction duodéno-jéjunale.

Les auteurs jettent un coup d'œil rapide sur l'anatomie, la pathogénie, le diagnostic précoce et le traitement de ces malformations. Ils insistent sur ce fait que l'intervention effroyablement grave est pourtant la seule planche de salut. En ce qui concerne leur observation, ils estiment que, avertis à temps, ils auraient pu agir utilement, soit par section de l'obstacle (entérotomie), soit par gastro-entérotomie,

Césarienne corporéale au début du travail, énucléation de l'œuf en masse. — M. Deveze.

Opération césarienne pour placenta praevia central. — M. Vallois.

Cancer du col cause de dystocie. Hystérectomie totale. — M. Godlewsky.

Ascaridiose et puerpéralité. — MM. Gaujoua et Roume.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ÉTUDIANTS ET ÉLÈVES STAGIAIRES EN PHARMACIE

M. André Roux, député, demande à M. le ministre du Travail : 1° quelle est la situation des étudiants et élèves stagiaires en pharmacie vis-à-vis de la réglementation prévue par le décret du 5 mars 1926 sur la loi de huit heures; 2° quelle est la situation des stagiaires et étudiants en pharmacie d'origine étrangère, autorisés par la Faculté et le ministre de l'Instruction publique à faire leurs études en France et occupés, à ce titre, dans une officine, vis-à-vis de la loi du 11 août sur la main-d'œuvre étrangère; 3° quelles sont (à l'égard du décret et de la loi précités) les formalités administratives à remplir par les pharmaciens agréés par la faculté qui emploie : *a.* des élèves stagiaires seulement; *b.* des étudiants en cours de scolarité seulement; *c.* des étudiants et des stagiaires simultanément. (*Question du 27 janvier 1927.*)

Réponse. — 1° et 3°. Les étudiants et élèves stagiaires en pharmacie travaillant dans une officine bénéficient, en ce qui concerne la durée du travail, de la même protection que les autres employés. Les pharmaciens qui les occupent sont donc tenus de se conformer aux dispositions du décret du 17 août 1921, modifié par le décret du 5 mars 1926, qui a déterminé les modalités d'application de la loi du 23 avril 1919 sur la journée de huit heures dans les pharmacies vendant au détail. Ces dispositions, notamment celles de l'article 4 relatives à l'horaire, sont applicables dans tous les cas, que le pharmacien n'emploie que des élèves stagiaires, ou que des étudiants en cours de scolarité, ou qu'il emploie les uns et les autres simultanément, et que, par ailleurs, il occupe ou non d'autres employés. Mais les élèves stagiaires, et surtout les étudiants, n'étant occupés dans les officines qu'à leurs heures de liberté, ces heures ne peuvent toujours coïncider avec l'horaire de l'ensemble du personnel. Aux termes de l'article 4 du décret précité, rien ne s'oppose à ce que l'horaire des étudiants ou des élèves stagiaires diffère de celui du reste du personnel, sous la condition suivante : il faut que l'amplitude de la journée de travail, c'est-à-dire la période comprise entre le commencement et la fin de la journée de travail de l'ensemble du personnel, en y comprenant les heures consacrées aux repos, ne dépasse pas onze heures. Il va sans dire que, dans les pharmacies où le travail est organisé par équipes successives, des étudiants peuvent faire partie de l'équipe qui assure le service pendant leurs heures de liberté; 2° Les pharmacies étant des établissements commerciaux, le personnel étranger qui y est employé est visé, sans aucune restriction, par la loi du 11 août 1926, laquelle s'applique à tous les travailleurs étrangers salariés, quel que soit le mode de rétribution qui y est adopté. Il ne peut être fait aucune exception en faveur des étudiants et élèves en pharmacie, lesquels ne peuvent être régulièrement occupés dans ces établissements qu'autant qu'ils sont titulaires de la carte d'identité délivrée par application du décret du 30 novembre 1926, portant la mention « travailleur ». Les étudiants et élèves étrangers désirant faire un stage en pharmacie devront préalablement faire modifier leur carte, afin qu'y figurent les indications prévues par la loi. Cette modification, qui pourra d'ailleurs n'être autorisée que temporairement, ne sera susceptible d'être envisagée qu'après un avis favorable des services compétents du ministère du Travail. (*J. O.*, 18 fév. 1927.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 7 mars. — Jury : MM. Couvelaire, président; Sergent, Abrami et Ecalle. — Mlle Benoist. Consultations de prophylaxie prénatale. — Mlle Morin. Etude de la conception au cours de l'aménorrhée. — M. Hortopan. Etude sur la tuberculine chez l'enfant et chez l'adulte.

Jeudi 10 mars. — Jury : MM. Marfan, président; Carnot, Nobécourt et Sicard. — M. Abonneau. Alimentation du nourrisson à l'allaitement artificiel. — M. Schwartz. Etude sur le traitement de la dysenterie amibienne. — Mme Debray. Traitement des pyodermites des nourrissons. — M. Reynier (P.). La capacité vitale chez les cardio-pulmonaires.

Jury : MM. Ménétrier, président; Bernard, Guillain et Lian. — M. Guibert (A.). Etude sur la médecine pratique publiée par la Société royale de médecine. — M. Grancher. Le docteur H. Bouvier (1799-1879). — M. Pasquet (Marc). Etude sur la tuberculose du nourrisson. — Mlle Brunel. Etude de certains mouvements au cours du tabes.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili. Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉ DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le Conseil de la Faculté a proposé pour le titre de professeur sans chaire MM. les professeurs agrégés Leuret, Micheleau et Dupérié.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Langeron, médecin des hôpitaux de Lyon est nommé professeur suppléant à la Faculté libre de médecine de Lille et chargé de la clinique médicale à l'hôpital de la Charité.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — Un concours s'ouvrira le lundi 24 octobre 1927, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour l'emploi de professeur suppléant de pathologie et clinique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. Legrain, médecin honoraire des asiles de la Seine, est nommé membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique en remplacement de M. Marcel Briand, décédé.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin en chef de 1re classe. — M. le docteur Cras.

Au grade de médecin en chef de 2e classe. — M. le docteur Le Berre.

Au grade de médecin principal. — M. le docteur L.-A. Thomas.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Par décret en date du 1er mars 1927, l'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs universel qui lui a été consenti par M. Charles-Emile-Ludovic Merville, à charge pour l'Académie de fonder un prix destiné à récompenser le savant qui aura trouvé le traitement préventif ou curatif ou l'un et l'autre de la tuberculose pulmonaire ou du cancer.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bellet (de Toulon), Berger (de la Côte-Saint-André), Bernard-Lapommeray (de Bordeaux), Bertrand (d'Angers), Brau (de Dakar), Brun (d'Arcachon), Chassaigne (de Bordeaux), Corbin (d'Amiens), Dietz (de Bayeux), Dumas (de Thiers), Estienny (de Toulouse), Furtin (de Palingres), Gourçon (de Cognac), Guiblain (de Paris), Hue (de Rouen), Layrat (de Saint-Etienne), Mawas (de Paris), Merger (de Chaumont), Métreau (de Montlieu), Ollivier (de Contes), de Poillouë-de-Saint-Périer (de Morigny-Champigny), Porée (de Rennes), Renoux (de Médéah), Sorguis (de Schiltigheim), Vilpelle (de Meaux), Wiehn (de Gafour), Le Rouzic (du Pouliguen), Rocher (de Marseille).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Albespy (de Rodez), Azüs (de Saint-Pons), Brancilhon (de Nîmes), Barreyre (du Puy), Bérard (de Pau), Bergeret, médecin-major de 1re classe ; Bichon (de Blain), Bigo (d'Haubourdin), Bodet (de Gizeux) ; Brugère, médecin en chef de 1re classe de la marine ; Castera (d'Hagetmau), Christophe (de Roanne), Collard (de Koué), Coste (de Lyon), Coudray, médecin-major de 1re classe ; Couratte-Arnaud (de Lasseube), Couturier, médecin principal de 2e classe ; de Coux (de Rémy), Cros (de Saint-Flour), Cuzin (de Lyon), Dalbès (de Capendu), Déramond (de Saint-Denis), Duterque (de Lesneven), Fenouillère (de Sainville), Finot (de Paris), Fleurant (de Colmar), Germès (de Bagnères-de-Luchon), de Grailly (de Bordeaux), Grener (de Ribeauvillé), Grosmarie (de Toul), Guichot (de Pau), Guihal (de Melun), Jauréguiberry (d'Aspet), Kelber (de Saverne), Laurent (de Plouezec), Léculier (de Chamrougier), Lefranc (de Blois), Lemaire (de Monthermé), Lepage (de Remilly-sur-Lozou), Margoulis (d'Aubigné), Massip (de Paris), Mattrais (de Chinon), Mériot (de Thenac), Merle (de

Saint-Sulpier-sur-Lèze), Michel (de Lyon), Nurdin (de Fougerolles), Parahy (de Perpignan), Pasquet (de Nemours), Pellé (Auguste) et Pellé (Augustin), médecins principaux de la marine; Penel (d'Ambert), Pont (de Saurat); Rault, médecin-major de 1re classe; Ramy (de Gusset), Revol (de Lyon), Schmoll (de Strasbourg), Schott (de Colmar), Simon (de Saint-Michel), Soulé (de Loures-Barousse), Vallard (de Saint-Louis).

PRIX VORONOFF POUR L'UMFIA. — Le docteur Serge Voronoff a fondé deux prix, le premier de 10.000 fr., le deuxième de 5.000 fr., en faveur de l'Union médicale franco-ibéro-américaine (et aussi de l'Italie et de la Roumanie), c'est-à-dire destinés à un médecin du monde latin.

Questions mises au concours :

1° Existe-t-il chez l'homme des insuffisances et des hyperfonctionnements des glandes endocrines (en particulier thyroïde, testicule, ovaire, surrénale)?

2° Les hyperfonctionnements de ces glandes peuvent-ils être réactionnels à l'insuffisance partielle de chacune ou de plusieurs d'entre elles?

Les travaux devront être déposés en neuf exemplaires, le plus tard le 31 décembre 1928, à Paris, chez le docteur Léopold-Lévi, 16, rue Théodore de Banville (XVIe).

L'anonymat des manuscrits est facultatif. Les candidats qui désireront garder l'anonymat enverront leur travail avec une devise.

A dater du 1er janvier 1928, les candidats auront la faculté, s'ils le désirent, de faire paraître en librairie leur travail, à condition de mentionner que le manuscrit de leur livre a été préalablement remis entre les mains du jury.

Tous les manuscrits devront être écrits en langue française. Mais les livres reproduisant ces manuscrits pourront être publiés dans la langue maternelle du candidat (espagnol, français, italien, portugais, roumain). Le jury jugera sur les travaux écrits ou traduits en français.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS THÉORIQUE ET PRATIQUE DE RADIODIAGNOSTIC MÉDICAL, sous la direction du professeur E. Sergent. — Ce cours aura lieu matin et soir à la Clinique propédeutique de la Charité, du 21 au 26 mars inclus, et portera sur l'emploi de l'examen radiologique pour le diagnostic des différentes affections médicales.

Les exercices pratiques seront réservés aux élèves qui auront versé un droit d'inscription de 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.) — *Cours de vacances sur les notions nouvelles en Pédiatrie* (Pâques 1927, 20 avril-30 avril). — Sous la direction du professeur Nobécourt.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté les lundi, mercredi et vendredi, de 15 à 17 h.

Le droit à verser est de 200 fr.

CONSULTATIONS DE PSYCHIATRIE. — M. le docteur Gilbert Robin, ancien chef de Clinique psychiatrique à la Faculté, médecin des Asiles, fera tous les vendredis à 9 h., à l'hôpital Cochin, dans le service du docteur Marcel Pinard, une consultation psychiatrique. Il se met à la disposition de tous les médecins qui voudront bien lui soumettre les cas de psychoses et de psychonévroses pour lesquels ils désirent des solutions d'ordre pratique (traitements syphilitiques, malariathérapie, cures de désintoxication, psychothérapie, psychanalyse, internement, etc.).

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE. — Le docteur Boissier, Conservateur du Musée de l'Ecole française de stomatologie, commencera le mardi 15 mars à 18 h., une série de conférences sur l' « Histoire de la stomatologie ».

Ces cours sont publics et gratuits.

La Direction de l'Ecole demande seulement aux auditeurs de s'inscrire à l'avance par simple lettre adressée au directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris (VIe).

Le Professeur GILBERT

C'est avec un très vif regret que nous avons appris la mort de M. le professeur Gilbert survenue le 4 mars, à Paris. Augustin-Nicolas Gilbert était né le 16 février 1858, à Buzancy (Ardennes). Externe des hôpitaux de Paris en 1878, interne en 1880 dans la même promotion que Richardière, Œttinger, Ricard, Tissier, Lermoyez, Gallois, Darier, Charrin, Valude et Bonnaire, il obtint en 1884 la médaille d'or de l'internat.

Le 5 juillet 1888 il était nommé médecin des hôpitaux. L'année suivante il obtenait le titre d'agrégé de médecine et médecine légale en même temps que Chantemesse, Pierre Marie, Letulle et Netter.

En 1901, Gilbert était nommé professeur de thérapeutique; neuf ans après il devenait professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu et organisait dans l'ancien service de Trousseau son bel enseignement des maladies de l'appareil digestif dont tant d'élèves français et étrangers ont profité pendant de longues années. En 1905, enfin, il était élu membre de l'Académie de médecine. Il était commandeur de la Légion d'honneur.

L'œuvre de Gilbert est considérable. Il a collaboré avec Bouchard au *Traité de thérapeutique*; successeur de Dujardin-Beaumetz à la direction du *Formulaire de thérapeutique*, il a rédigé en 1895 le supplément au Codex. Avec Brouardel, il a dirigé la publication du *Traité de médecine et de thérapeutique*; il a publié avec Hanot des études sur les maladies du foie, en particulier sur la cirrhose alcoolique et la lithiase biliaire.

Citons encore ses études sur le chimisme stomacal, et sur les maladies du sang.

Mais ce sont surtout les maladies du foie qui ont fait sa célébrité. Ses recherches sur la cholémie familiale, la maladie de Gilbert, sont classiques.

Au milieu de tous ses travaux il trouvait encore le temps de travailler au *Dictionnaire des sciences médicales* de Littré. Enfin il fondait il y a quelques années le *Paris médical* qui sous sa direction a pris une des premières places dans la presse médicale française.

Gilbert était un modeste qui n'aimait que le travail et consacrait ses loisirs à son goût de collectionneur de médailles. Malgré sa haute situation il était resté toujours simple et d'un abord bienveillant, aussi ne comptait-il que des amis.

Nous prions nos confrères de *Paris médical*, si éprouvés déjà il y a quelques jours, par la mort de leur secrétaire général, notre confrère Paul Cornet, de recevoir l'expression de nos bien vives condoléances.

L. G.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Par M. CHASTENET DE GÉRY.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

De l'emploi du citrate de soude comme hémostatique en chirurgie. (L. Michon. *Lyon méd.*, 12 déc. 1926, t. CXXXVIII, p. 671.) — Neuhof et Irchfeld semblent avoir été les premiers à utiliser l'effet hémostatique du citrate de soude employé en injections intramusculaires. Mais les travaux les plus importants sur cette question sont dus à Maurice Renaud qui préconise l'injection intraveineuse.

Michon a ainsi traité 7 malades dont 6 avec succès. Dans 5 cas il s'agissait d'hémorragie utérine, causée 3 fois par un cancer de l'organe, 2 fois par la métrite. Les 2 autres cas sont une hémorragie vésicale et une hémorragie postopératoire. L'échec a eu lieu dans un cas de métrite hémorragique des jeunes filles et peut-être parce que le médicament n'avait pas été employé à dose assez élevée.

On se sert habituellement d'une solution de citrate de soude à 30 p. 100 administrée à la dose de 30 centimètres cubes. La meilleure voie d'introduction paraît être la voie intraveineuse. Michon n'a jamais dépassé la dose de 20 centimètres cubes et il a même pu obtenir des effets utiles avec 10 et 8 centimètres cubes, mais le résultat est plus incertain.

On ne sait pas encore exactement comment agit le citrate de soude; peut-être par le mécanisme du choc. Pour Normet, il y aurait une vaso-constriction périphérique due à la présence des ions sodium.

Toutes les hémorragies sont justiciables de ce traitement. Mais c'est chez les cancéreux, souvent difficiles à tamponner en raison de la friabilité des tissus qui saignent, qu'il paraît le plus utile. En outre, sa puissance d'action dépasse de beaucoup celle des autres hémostatiques, car le citrate tarit souvent l'hémorragie quand tous les autres moyens ont été inefficaces.

L'injection poussée lentement n'offre pas de danger. Il n'y a pas de modification du rythme cardiaque ni de la tension. Cependant on observe quelquefois un état de choc, avec sensation d'angoisse, pâleur, petitesse du pouls, mais transitoire et sans gravité.

COU

Traitement chirurgical du goitre exophtalmique. (J. Moreau. Rapport présenté à la *Société belge de chirurgie* le 26 juin 1926.) — Ce rapport est un exposé méthodique et largement documenté des méthodes les plus récentes appliquées par les chirurgiens des Etats-Unis au traitement du goitre exophtalmique.

Les bases clinique et physiologique du traitement sont la distinction essentielle à faire entre le goitre exophtalmique vrai et le goitre basedowifié appelé encore goitre toxique et la mesure du taux du métabolisme basal qui donne des renseignements très importants en ce qui regarde le diagnostic, le pronostic, les indications opératoires et le contrôle de l'opération.

Les principes du traitement lui-même peuvent se résumer ainsi :

Les ligatures des artères thyroïdiennes sont définitivement abandonnées comme méthode curatrice. Elles conservent une importance capitale en tant qu'opération préliminaire préparatoire à la thyroïdectomie; elles se justifient chez les malades dont l'état de résistance générale est précaire, où la résection apparaît trop hasardeuse. Toujours l'intervention radicale sera pratiquée dans les deux mois consécutifs à la ligature, mettant à profit l'amélioration passagère résultant de la ligature artérielle.

La majorité des Basedow, la presque totalité des goitres basedowifiés sont justiciables de la thyroïdectomie subtotale d'emblée. Cette résection des 3/4 ou des 5/6 de la glande apparaît comme l'opération de choix.

Le risque de ces résections larges n'est pas supérieur à celui de l'hémithyroïdectomie. Une technique mieux fixée et l'expérience acquise par de grandes séries opératoires le rendent même inférieur.

Un traitement pré-opératoire minutieux, la discrimination des cas à réséquer d'emblée ou à soumettre aux ligatures artérielles préliminaires, enfin et surtout le traitement iodé préopératoire, ont abaissé la mortalité à un taux oscillant entre 1 et 2 p. 100.

Les résultats obtenus par la thyroïdectomie subtotale montrent une proportion de 85 p. 100 de guérisons et de quasi-guérisons, plus forte qu'après la résection d'un seul lobe. L'anatomie pathologique confirme cette nécessité des résections étendues en décelant des lésions généralisées uniformément à toute la glande thyroïde.

La précocité de l'opération améliorera encore le pourcentage des guérisons radicales, tout en diminuant le risque opératoire.

Les interventions sur la chaîne sympathique cervicale n'ont rencontré que peu de défenseurs, les résultats en paraissent moins parfaits que ceux des opérations thyroïdiennes.

Le traitement chirurgical du goitre basedowifié consistera également dans la thyroïdectomie subtotale, les lésions de prolifération épithéliale adénomateuse se rencontrant par foyers isolés dans toute la glande et non pas seulement dans le nodule adénomateux.

Maladie de Basedow et résultat de son traitement opératoire à l'hôpital de Drammen. (U. H. Brodersen et H. Fr. Harbitz. *Acta chir. Scandinavica,* 22 déc. 1926, vol. LXI, p. 107.) — Le docteur Lied, médecin en chef de l'hôpital de Drammen, a opéré 132 cas de maladie de Basedow (dont 101 goitres exophtalmiques et 31 goitres basedowifiés), en trois ans, de 1921 à 1924.

Dans la plupart des cas on a pratiqué une opération radicale, c'est-à-dire l'ablation, sous anesthésie paravertébrale et locale, de presque tout le lobe droit, du lobe médian et du lobe gauche, moins une petite portion de la corne supérieure; 87 cas de goitre exophtalmique, soumis à l'opération radicale typique, ont donné les résultats suivants : guérisons, 87,4 p. 100; améliorations, 11,5 p. 100; aggravations (un malade), 1,1 p. 100; 3 malades ont présenté une récidive douteuse, 2 une récidive probable. Avec les opérations plus restreintes, on n'a le plus souvent obtenu que des améliorations passagères et les récidives ont été plus fréquentes. Les malades ont été revus d'un à quatre ans après l'opération.

Sur 31 malades opérés de goitre basedowifié, 29 ont été guéris.

Les auteurs étudient l'effet de l'opération sur les différents symptômes : exophtalmie, tachycardie, tremblement, troubles cardiaques, nerveux et psychiques. Dans 3 cas l'hypertrophie du cœur a considérablement régressé à la suite de l'opération. La fréquence du pouls a diminué en moyenne de trente et un battements. L'augmentation moyenne du poids a été de 7kg9. Dans 7 cas la grossesse survenant d'un à trois ans après l'opération s'est déroulée normalement et sans provoquer le retour de la maladie.

Il ne semble pas qu'il y ait de rapport entre la gravité de la maladie et l'intensité de la réaction postopératoire. Les auteurs ne croient pas que cette réaction soit d'une façon


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

essentielle causée par la résorption des produits sécrétés par la glande pendant ou après l'opération.

Dans 3 cas l'opération a été compliquée par une hémorragie abondante. Les complications postopératoires furent la broncho-pneumonie 1 fois, la tétanie 2 fois, le collapsus avec cyanose et ictère passager 1 fois, l'enrouement pendant quelques semaines 1 fois, l'exacerbation de la psychose 1 fois. Le myxœdème n'a été observé dans aucun cas. La mortalité a été nulle.

THORAX. POUMON. RACHIS

Mastite syphilitique. (Delalande. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, déc. 1926, p. 717.) — La malade, âgée de vingt et un ans, a une tuméfaction indolore dans chaque sein, celle du côté droit ayant été la première en date. Les seins sont bien développés, sans déformation, sans altération de la peau ni des mamelons. Du côté droit, masse irrégulière, bosselée, grosse comme un œuf de poule, de consistance inégale, élastique ou dure suivant les points, de contours assez indécis, mais mobile sur les plans profonds et sans adhérence avec la peau. Du côté gauche, noyau ayant les mêmes caractères, mais plus petit et plutôt moins bien limité. Pas d'adénopathie axillaire.

La malade a eu la syphilis, il y a quatre ans, au cours d'une grossesse. On l'a traitée par des injections de novar. Son accouchement a été normal. L'allaitement qui n'a duré que quinze jours n'a amené aucun trouble du côté des seins. Le traitement spécifique a été continué assez régulièrement. Quinze injections de Quinby il y a six mois.

On pose le diagnostic de mammite chronique. Mais la nature exacte de cette mammite fut révélée par l'évolution. Le traitement spécifique ayant été repris, deux injections de novar (0,30 et 0,45) suffirent à faire disparaître totalement la lésion du sein gauche et à diminuer de moitié celle du sein droit plus grosse et plus ancienne.

Le traitement a été continué. Vingt jours après le premier examen, il ne reste plus dans le sein droit que quelques nodules durs, du volume d'une noisette, formés sans doute de tissu scléreux que le traitement n'a pu modifier.

La mammite syphilitique est considérée comme rare; peut-être à tort. Il est probable que bien des mammites chroniques banales sont, en réalité, dues à la syphilis.

Apoplexie traumatique des deux poumons ayant déterminé la mort en dix-huit heures chez un enfant de treize ans. (Rocher et Dupérié. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 28 nov. 1926, p. 763.) — Le jeune malade, renversé par un camion automobile, présentait, outre une fracture de l'humérus gauche et une plaie du genou droit, les signes d'une contusion thoracique grave sans grande lésion pariétale. La peau ne portait que des éraflures et un point douloureux pouvait faire croire à une fracture de côte ou de cartilage. Mais la dyspnée était intense avec quelques crachats sanguins et le pouls à 140, la température étant de 37°4. Amélioration de courte durée à la suite d'injections de sérum, d'huile camphrée et de pantopon. Puis la mort survint par asphyxie progressive dix-huit heures après l'accident.

L'autopsie permit de faire les constatations suivantes :

La fracture d'un cartilage costal a causé une déchirure de la plèvre pariétale et un léger hémothorax. Les deux poumons, sauf leurs sommets et leurs bords antérieurs, ont une teinte rouge sombre, splénique. Il y a des hémorragies sous-pleurales et dans la scissure interlobaire gauche un gros foyer hémorragique et une grosse veine thrombosée. A la coupe, les poumons sont très congestionnés. On y rencontre des zones de dilacérations parenchymateuses avec hémorragies et caillots. Gros thymus de 48 grammes, lui-même un peu infiltré de sang. Aucune autre lésion viscérale.

Les auteurs soulignent l'opposition qui existe entre l'importance des lésions pulmonaires et l'intégrité relative de la cage thoracique. Ceci s'explique par l'élasticité du thorax chez l'enfant. En tout cas, l'apoplexie massive des deux poumons d'origine traumatique est un phénomène très rarement observé.

Sur l'hémangiome de la colonne vertébrale. (Einar Perman. *Acta chir. Scandinavica*, oct. 1926, vol. LXI, p. 91.) — Une femme de vingt-quatre ans, qui depuis deux ans présentait des symptômes de compression médullaire, subit une laminectomie, le diagnostic posé étant celui de tumeur de la moelle. L'arc vertébral de la VIIIe thoracique fut trouvé épaissi; il était formé d'os spongieux saignant fortement. Bien que l'excitabilité électrique des muscles eût disparu presque complètement aux membres inférieurs, on assista après l'opération à une restitution parfaite de la motilité et de la sensibilité. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un hémangiome, lequel d'ailleurs, à en juger par l'image radiographique, infiltrait toute la vertèbre. La radiographie, en effet, mettait en évidence un état finement poreux considéré comme caractéristique de la vertèbre atteinte.

Dans la littérature médicale, on trouve un certain nombre de cas semblables qui tous se sont terminés par la mort du fait de la compression médullaire. Les symptômes de cette compression ont toujours été le trait le plus saillant du tableau clinique. Il n'y a jamais eu de douleurs radiculaires. Quant aux symptômes tenant à la colonne vertébrale elle-même, ou bien on n'en a pas observé du tout, ou bien ils ne se sont montrés qu'à un stade avancé de la maladie. Dans un cas la vertèbre atteinte avait été tout à fait écrasée.

ABDOMEN ET APPAREIL DIGESTIF

La valeur de la méthode de gastropexie directe. (R. Grignani, *Archivio italiana di chir.*, vol. XVI, p. 439.) — Les procédés de gastropexie sont très nombreux. On a fixé l'estomac à la paroi abdominale en le suturant de diverses manières. On a essayé d'agir indirectement et d'une façon plus physiologique en modifiant ses moyens propres de suspension ou en lui créant des ligaments artificiels. Tous ces procédés, dont l'emploi a donné des résultats très variables, ont été tour à tour discutés, abandonnés et repris. On leur a fait, en particulier à la gastropexie directe, les reproches les plus contradictoires. Par exemple, les uns ont dit que la fixation gastrique était trop étroite, d'autres, que les adhérences obtenues devenaient trop lâches. On a avancé encore que la gastropexie troublait les fonctions de l'organe. C'est une objection purement théorique. Tansini a observé deux cas de cancer avec large adhérence pariétale dans lesquels la motilité de l'organe était parfaitement conservée. Il en est de même pour les estomacs solidement fixés à la paroi par la création d'une bouche chirurgicale et l'on sait, d'autre part, que la cystostomie qui solidarise étroitement la vessie et la paroi abdominale n'entraîne aucun trouble dans le fonctionnement vésical.

Il est remarquable, dit l'auteur, que l'on n'ait pas songé à étudier expérimentalement, chez l'animal, le comportement des adhérences gastro-pariétales et leur effet sur la motilité gastrique. C'est ce qu'il a entrepris de faire sur les conseils de Tansini. Et il relate les résultats de ses expériences sur neuf chiens et trois lapins. Il a pratiqué la gastropexie par le procédé de Rovsing, modifié par Tansini et par Kraft :

Laparotomie sus-ombilicale, le péritoine n'étant ouvert que dans les deux tiers inférieurs de la plaie. Trois fils sont passés à travers la paroi gastrique suivant le grand axe, le premier à un doigt de la petite courbure, les deux autres parallèlement à un doigt l'un de l'autre. Scarification, à l'aiguille des séreuses gastrique et pariétale. Chacun des fils est conduit à travers toute l'épaisseur de la paroi et noué sur un rouleau de gaze. Trois autres points appliquent le ligament falciforme à la petite courbure. Fermeture de la paroi en trois plans. Toutes les sutures ont été faites à la soie. Les points de fixation gastrique ont été enlevés de vingt et un à vingt-cinq jours après l'opération, une fois seulement au bout de dix jours.

Le fonctionnement de l'estomac a été étudié dans chaque cas radiologiquement, à plusieurs reprises. Les animaux ont été sacrifiés pour les constatations directes, un temps variable après l'opération, quarante jours, trois mois, quatre mois, dix mois, un an.

Voici les conclusions de cette étude :

Les adhérences déterminées par une gastropexie directe, convenablement exécutée, sont pendant longtemps solides et remplissent leur but.

Ces adhérences acquièrent, en trois mois, la forme de nouveaux ligaments gastriques.

La musculature de l'estomac n'est pas altérée par les adhérences et conserve sa puissance contractile.

L'estomac ainsi fixé se contracte régulièrement et se vide comme un estomac normal.

Dans la gastropexie directe, si l'on évite les manipulations des viscères et du péritoine, il est possible de limiter les adhérences à la zone choisie.

Il est absolument nécessaire, pour obtenir des adhérences solides, de laisser en place les points de suture de l'estomac pendant au moins une vingtaine de jours.

Rétention du bouton de Jaboulay dans la gastro-entérostomie. (R. Petit, *Bull. officiel de la Soc. méd. des prat.*, nov. 1926, p. 103.) — Une femme de quarante-cinq ans est opérée avec le diagnostic de périduonénite. On trouve, en effet, une déformation de la IIIe portion du duodénum fixé par des adhérences anciennes au niveau d'une cicatrice d'ulcère. Gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay suivie d'une guérison opératoire puis fonctionnelle complète. Mais quatre mois plus tard le bouton est toujours en place. L'auteur réopère sa malade. L'anastomose paraît régulière et ne présente aucune anomalie. Cependant, le bouton ne peut être mobilisé même après ouverture de l'estomac et il faut le diviser pour enlever par la brèche gastrique les deux moitiés, l'une après l'autre. Guérison. La radioscopie montre une évacuation complète et rapide de l'estomac par l'orifice de gastro-entérostomie.

L'auteur fait remarquer qu'évidemment dans ce cas la pression du bouton a été insuffisante à provoquer le sphacèle des portions d'estomac et d'intestin pincées et que, les deux parties du bouton ayant bien été articulées au fond, il faut, sans doute, incriminer la faiblesse du ressort détrempé par la stérilisation au Poupinel. Aussi recommande-t-il de stériliser le bouton à la manière de Jaboulay dans l'huile, à l'autoclave.

Technique et résultats de l'iléo-colectomie. (Robineau et Laffitte, *Arch. des mal. de l'app. digestif*, t. XVI, déc. 1926, p. 1097.) — Certains points de la chirurgie colique ne sont plus guère discutés. Sur d'autres, l'accord n'a pu encore se faire : ainsi, la manière de rétablir la continuité de l'intestin, la suture des tranches intestinales, l'emploi des écraseurs.

Les auteurs envisagent ces diverses questions dans le cas de l'iléo-colectomie et exposent leur technique personnelle et les résultats qu'elle leur a donnés.

Ils font toujours une hémi-colectomie droite même quand il s'agit d'une lésion très limitée du cæcum, parce que la partie moyenne du transverse est voisine de la fin de l'iléon et parce que les deux bouts intestinaux, ayant un long méso, sont extériorisés sans peine.

Ils n'emploient pas les écraseurs car les tranches intestinales sont alors vouées au sphacèle et ne peuvent être réunies bout à bout.

Ils préfèrent, en effet, l'anastomose terminale circulaire qui n'a peut-être pas la facilité d'exécution de la latéro-latérale, mais donne des suites éloignées meilleures. Elle est plus satisfaisante, plus anatomique et semble ne devoir entraver en rien le transit intestinal. La difficulté qui consiste à réunir des segments intestinaux de calibre différent est tranchée de la manière suivante : on suture exactement sans tricher, sans faire de fronces et l'encoche qui reste ouverte du côté de l'intestin le plus large est fermée par rapprochement de ses bords, l'ensemble figurant une raquette à manche court. Quant à l'autre objection, faite à la terminale, qui est l'impossibilité de faire des sutures séro-séreuses solides avec un côlon que son épais méso laisse dépourvu de péritoine sur un tiers de sa circonférence, les auteurs pensent qu'elle n'est pas valable. Les sutures séro-séreuses contrairement à la tradition ne leur paraissent pas indispensables.

Le point essentiel, pour eux, dans les sutures intestinales est celui-ci : le fil doit embrasser ce qui, dans les tuniques de l'intestin, est résistant, c'est-à-dire la couche musculo-fibreuse. Aussi, font-ils deux plans de suture ; un profond à points perforants qui comprend la muqueuse seule, un superficiel à points non perforants qui comprend la musculo-fibreuse et la séreuse aussi naturellement, mais seulement quand celle-ci est adhérente. Les surjets sont tendus aussi peu que possible et il n'y a pas d'invagination des tranches vers la cavité intestinale, ceci afin d'éviter le sphacèle et le rétrécissement.

Voici les résultats : 28 iléo-colectomies en un temps, 17 pour stase avec ou sans colite ulcéreuse, 11 pour cancer, tuberculose, etc.

Deux morts dans les cinq premiers jours par péritonite due dans un cas à une suture imparfaite, dans l'autre, au sphacèle ischémique d'un petit segment du bord libre du côlon.

Dans cinq cas, on observa des accidents sans gravité du huitième au dixième jours : un fistule stercorale pendant quarante-huit heures, une parotidite suppurée et trois abcès pariétaux.

Les résultats éloignés portant sur l'état et le fonctionnement des intestins anastomosés ont pu être étudiés avec précision dans neuf cas, sept fois par radiographie, après ingestion de baryte, une fois grâce à une nouvelle intervention et une fois sur pièce d'autopsie. On a pu ainsi constater les faits suivants :

Le siège de l'anastomose n'est pas modifié.

Le grêle occupe dans la fosse iliaque droite la place du colon droit et s'y pelotonne. *Il n'est pas dilaté.* Entre l'iléon et le transverse, il existe un évasement en forme d'entonnoir. Le côlon a ses dimensions et ses bosselures habituelles.

Sur les coupes histologiques de la pièce d'autopsie, on a vu la jonction iléo-colique représentée par un très petit bourrelet cicatriciel simple dans lequel la gaine musculaire était interrompue et sur lequel la couche glandulaire s'était parfaitement reconstituée.

Ces faits sont en contradiction avec les dilatations postopératoires du grêle constatées par Pierre Duval. Il est possible que les dilatations soient causées par une cicatrice circulaire constituant un rétrécissement de l'intestin, large mais suffisant à briser le courant péristaltique. Et, dans ce cas, c'est probablement la différence des modes de suture qui expliquerait la différence des résultats éloignés.

Le traitement opératoire du cancer du côlon. (Einar Perman, *Acta chir. Scandinavica*, vol. LXI, déc. 1926, p. 257.)

Appendicectomie à chaud. Mort par méningite. Plusieurs cas d'affections nerveuses dans la famille du malade indiquant une prédisposition familiale. (A. Rodet. *Lyon médical*, t. CXXXVII, 23 mai 1926, p. 605.) — La méningite doit avoir été bien rarement notée comme complication de l'appendicite. Voici un cas où la relation entre les deux affections paraît indubitable.

Le malade, âgé de quatorze ans, ayant eu des coliques appendiculaires, fut purgé par sa mère et présenta bientôt les signes d'une péritonite par perforation de l'appendice. En l'opérant, on trouva une péritonite diffuse avec appendice gangréné et perforé. Après l'opération, l'enfant était anormalement agité. Il avait, le lendemain, une température de 37°6 et un pouls à 120. Le surlendemain, avec une température allant de 38°1 le matin à 37°9 le soir, il eut une accélération de pouls qui monta à 140. Excitation cérébrale avec loquacité puis confusion mentale. Le jour suivant, le délire s'accentua. Trismus, convulsions et contractures généralisées. Coma. Le pouls monta progressivement à 160, 180, 200 et la mort survint. Une ponction lombaire « in extremis » avait ramené un liquide trouble. L'abdomen était parfaitement souple et la respiration diaphragmatique s'était rétablie.

Cette singulière localisation méningée d'une pyohémie foudroyante, d'origine appendiculaire peut, dans une certaine mesure, s'expliquer, selon l'auteur, par l'existence dans la famille du malade de tout un groupement d'affections nerveuses. Un des frères du malade est épileptique, un autre a eu une encéphalite épidémique. Sa mère, à la suite d'un traumatisme cranien, fait de l'épilepsie jacksonienne et conserve une paralysie faciale. Son père présente des signes de parkinsonisme.

Perforation et rupture de la vésicule biliaire. (Fifield *Brit. med. Journ.*, 9 oct. 1926, p. 635.) — En vingt-cinq ans sur 1066 cas de cholécystite (avec ou sans lithiase) observés au London Hospital, il y a eu 28 cas de perforation de la vésicule enflammée. Les ruptures traumatiques sont rares, on n'en a noté en effet qu'un seul cas. Le plus souvent il s'est agi de cholécystite ulcéreuse et presque toujours avec calculs (26 cas sur 27).

Le diagnostic de la perforation est difficile. La lésion peut en imposer pour une occlusion intestinale aiguë, une perfora-

tion gastrique ou duodénale, un abcès appendiculaire haut placé. Dans 5 cas dont 4 avec péritonite diffuse et 1 avec abcès, il y eut un léger ictère.

L'opération a montré une péritonite diffuse dans la majorité des cas.

La perforation siégeait le plus habituellement près du fond de la vésicule.

Le traitement a consisté généralement en un drainage : 1° de la vésicule par un drain passé à travers la perforation; 2° de l'espace sous-hépatique; 3° quelquefois du bassin par drain sus-pubien.

Le pronostic dépend de la précocité de l'intervention. Quand celle-ci est faite dans les premières heures le pronostic est bon (guérison dans 10 cas sur 12). Il est mauvais s'il existe une péritonite diffuse (mort dans 10 cas sur 15).

Les insuccès de la cholécystectomie. (L. Debrez. *Annales de la Soc. médico-chir. de Liége*, janv. 1927, p. 5.) — L'auteur n'apporte pas une statistique concernant les suites de toutes les cholécystectomies qu'il a pratiquées. Il a simplement voulu relater les observations instructives de six malades opérés dans ces dernières années et qui sont venus spontanément se plaindre de troubles divers plus ou moins imputables à l'opération.

Chez deux de ces malades les troubles abdominaux étaient de ceux qui peuvent survenir à la suite d'affections ou d'interventions abdominales diverses et trouvent peut-être leur origine dans des adhérences et des fixations pathologiques des viscères. Dans un cas une nouvelle opération permit de constater l'intégrité des viscères mais la présence d'adhérences épaisses au niveau de l'angle hépatique du côlon et du carrefour hépato-duodénal. La libération des adhérences fut suivie de la guérison.

Les quatre autres observations concernent des accidents hépatiques indiscutables. Trois de ces malades eurent des coliques de type hépatique avec ictère. L'un d'eux évacua même un calcul peut-être méconnu lors de la première opération, peut-être né secondairement dans le moignon cystique. Chez un autre des accès fébriles d'angiocholite eurent le caractère hépatique beaucoup plus que calculeux. Le quatrième malade présenta, après deux ans de santé parfaite, un syndrome intestinal identique à celui qui avait précédé l'opération.

L'ablation de la vésicule calculeuse laisse donc parfois subsister des troubles importants ou légers. Le plus tenace paraît être l'entérocolite avec constipation chronique. Les troubles gastralgiques sont plus rares. Les vrais insuccès sont la récidive des accidents hépatiques.

Quelle est la cause de cette récidive? Elle peut tenir à une erreur opératoire, c'est-à-dire à l'oubli d'un calcul inaperçu dans la voie principale. Cela est rare. Rare aussi est la formation de calculs nouveaux. Les accidents hépatiques secondaires ne sont pas d'ailleurs nécessairement dus à des calculs. Rovsing pense que la cholécystectomie peut être à elle seule la cause de ces troubles : expérimentalement la suppression de la vésicule, cliniquement, l'oblitération définitive du cystique semblent amener des troubles importants des sécrétions non seulement biliaire mais pancréatique et gastrique.

Les accidents hépatiques après cholécystectomie sont plutôt liés à un trouble fonctionnel du foie ou de l'appareil biliaire excréteur qui n'est sans doute souvent que la manifestation persistante de l'état pathologique antérieur et contre lequel on ne possède pas de remède spécifique. Pratiquement les insuccès sont heureusement assez rares, mais ils doivent inciter le chirurgien et le médecin à surveiller longtemps le régime et l'hygiène alimentaire des opérés.

Complications opératoires des inflammations des voies biliaires. (A. P. Heineck [de Chicago], *Gaz. hebdomad. des sc. méd. de Bordeaux*, 21 nov. 1926, p. 741.)

Résultats éloignés de la cholécystectomie. (Heymann. *Centralbl. für chir.*, 1926, XXXIX, p. 2473.) — On ne peut apprécier les résultats de l'opération qu'au bout de deux ans car différents troubles qui s'observent souvent dans un temps rapproché disparaissent peu à peu. Sur 130 cas de cholécystectomie, 60 seulement ont pu être utilisés pour l'étude des résultats éloignés. Chez tous les malades ayant souffert d'une façon quelconque après l'opération, la situation, le chimisme et la mobilité de l'estomac ont été soigneusement étudiés.

40 malades n'accusaient aucun trouble, 21 avaient éprouvé après l'opération les mêmes phénomènes qu'avant, 10 avaient vu disparaître tous ces symptômes dans le cours de la deuxième année, 11 les présentaient encore à divers degrés, 3 seulement étaient incapables de travailler. Dans un cas une nouvelle opération fit découvrir des calculs qui sans doute avaient échappé au cours de la première opération. Chez 2 autres malades également réopérés, on trouva une dilatation de l'hépato-cholédoque sans autre lésion et la cholécysto-duodénostomie donna une guérison complète.

Beaucoup de troubles post-opératoires, surtout chez les nerveux, sont dus à des erreurs de régime. Il est assez remarquable que chez certains des malades qui se plaignent le plus, l'examen chimique et radiologique ne se montre pas différent de ce qu'il est chez les malades tout à fait guéris.

Péritonite purulente généralisée gonococcique. (Nasta. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Bucarest*, janv. 1927, t. I, p. 43.) — Une femme de vingt-deux ans est prise sans cause apparente, le dernier jour de ses règles, de violentes douleurs abdominales. Les douleurs persistent le lendemain, s'accompagnent de vomissements et de fièvre (39 degrés). Le troisième jour aggravation. Abdomen météorisé, douloureux à la pression. Contracture pariétale généralisée. Submatité dans les deux flancs surtout à droite.

La malade disant qu'elle est vierge, on ne fait aucun examen génital.

Diagnostic probable : péritonite généralisée par perforation appendiculaire.

On opère d'urgence sous anesthésie rachidienne. Incision iliaque droite. La cavité péritonéale est pleine de pus jaunâtre, épais, visqueux. Les anses intestinales sont libres, sans fausses membranes. L'appendice ne paraissant pas très malade, exploration — d'ailleurs négative — de la vésicule biliaire, de l'estomac et du duodénum. Les organes génitaux, sans lésions évidentes, présentent une congestion marquée; les franges tubaires sont tomenteuses et pleines de pus. Appendicectomie. Drainage avec tube et Mikulicz.

Les suites opératoires furent simples. Mais l'étude bactériologique du pus réservait une surprise. Les cultures donnèrent en effet de nombreux gonocoques associés à de rares staphylocoques. L'examen des sécrétions vaginales les montra riches en gonocoques et révéla l'origine de la péritonite. Auto-vaccin. Lavages vaginaux. Guérison en quarante-cinq jours.

L'observation est surtout intéressante par sa rareté.

APPAREIL URINAIRE ET GÉNITAL

Traumatismes du rein chez l'enfant. (J. Poucel. *Marseille méd.*, 15 janv. 1927, p. 45.) — L'auteur illustre de cinq observations bien choisies une étude intéressante des contusions du rein chez l'enfant. Quoique les symptômes et le traitement de ces accidents soient sensiblement les mêmes chez l'enfant et chez l'adulte il y a cependant quelques particularités à signaler.

Le rein de l'enfant est plutôt mieux protégé parce qu'il n'est presque jamais ptosé. Mais l'enfant est soumis à de nombreux traumatismes et son rachis souple permettrait, suivant l'auteur, une inflexion suffisante pour que la douzième côte puisse jouer le rôle d'instrument tranchant. D'autre part, pas de graisse périrénale dans le jeune âge, si bien que la rupture intrapéritonéale est fréquente. Enfin, la difficulté du cathétérisme urétéral prive le praticien d'une donnée précieuse dans des cas douteux.

Un traumatisme modéré ne doit pas faire éliminer l'idée d'une grosse lésion rénale. Ainsi une fillette de onze ans et demi, qui avait fait une chute en montant un escalier et s'était heurté le flanc droit à une marche, avait une section complète du rein divisé en deux segments presque égaux.

L'hématurie est à peu près constante. Cependant elle manque dans deux des cinq observations relatées. Dans ces deux cas on eut à intervenir pour des accidents infectieux locaux (abcès périnéphrétique) plus ou moins tardifs. Mais l'origine rénale n'était pas douteuse. Le premier de ces

malades avait présenté d'abord des signes de contusion de l'abdomen, et la laparotomie avait montré un épanchement intrapéritonéal de sang qu'aucune lésion viscérale n'expliquait. C'est un petit abcès localisé au voisinage du pôle supérieur du rein et survenu deux mois plus tard qui fit faire rétrospectivement le diagnostic de contusion du rein avec déchirure péritonéale. Quant au deuxième malade, l'évacuation de son abcès périnéphrétique n'amena pas la guérison et la fistule urinaire consécutive montra bien que le rein avait été lésé par le traumatisme.

Quand il y a eu hématurie, la cessation de cette hématurie n'indique pas forcément le rétablissement de la fonction rénale; elle peut indiquer une exclusion du rein. Un cathétérisme urétéral lèverait le doute.

La conduite à tenir dépend de l'analyse de l'ensemble des symptômes :

1° Hématurie même assez abondante, mais pas très prolongée; urines redevenant normales, état général même syncopal au début, mais se remontant d'heure en heure : *expectative armée*; vérification de la fonction rénale par cathétérisme urétéral s'il est possible.

2° Amélioration progressive de l'état général, formation progressive d'un empâtement périrénal : *intervention retardée*.

3° Etat général s'aggravant d'heure en heure, possibilité de rupture intrapéritonéale; soupçon de choc entretenu par résorption d'albumines toxiques : *intervention précoce*.

Si l'on opère, la voie lombaire doit être choisie. Au cas où la laparotomie aurait été rendue nécessaire par la lésion d'autres viscères abdominaux, il serait mieux de refermer l'abdomen pour traiter le rein par la voie lombaire.

Un nouveau cas de priapisme prolongé, rebelle au traitement médical, guéri par l'incision des corps caverneux. (IMBERT. Communication à la Société de médecine et des sciences médicales, in *Lyon méd.*, 14 nov. 1926, t. CXXXVIII, p. 565.) — Les cas de priapisme guéris par le traitement chirurgical, sans être absolument exceptionnels, ne sont pas fréquents et méritent d'être connus, car il s'agit d'une lésion dont l'étiologie est souvent incertaine et la thérapeutique difficile à préciser dans ses indications.

Le malade, âgé de quarante-huit ans, cultivateur, ayant comme antécédents une blennorragie ancienne, des crises de rhumatisme articulaire aigu et de l'éthylisme, est atteint un matin de priapisme à la suite d'un coït normal. L'érection indolore pendant quelques heures cause dans la soirée des souffrances extrêmement vives. Une médication sédative sous forme de compresses et de suppositoires, prolongée pendant huit jours, n'amène aucune détente. Le malade entre alors à l'hôpital. L'examen ne montre rien d'anormal en dehors du priapisme. Mais le tissu spongieux du gland ne participe pas à l'érection qui ne porte que sur les corps caverneux. La miction et la défécation, encore que laborieuses, sont normales. Il n'y a rien à signaler du côté des divers appareils. La tension artérielle est un peu élevée, 17/10. Le Wassermann est négatif.

Nouveau traitement médical intensif : gardénal, somnifène, bromure de potassium, chloral, compresses laudanisées, suppositoires à l'opium et à la belladone, sans aucun résultat. Une injection épidurale de scurocaïne et la rachi-anesthésie se montrent pareillement inefficaces. Une intervention est alors pratiquée par Patel.

Sous anesthésie générale, incision des deux corps caverneux à la base. Du sang très noir, épais et poisseux, s'écoule abondamment. On exprime la verge et on curette les corps caverneux dans toute leur étendue. Suture des plans superficiels seulement et sans drainage.

Dès le réveil les douleurs ont disparu et la verge a diminué de volume. Elle reprend peu à peu les jours suivants ses dimensions normales, mais il persiste un certain degré d'induration et quelque irrégularité des corps caverneux. Quinze jours plus tard les érections spontanées n'ont pas encore reparu, et il est difficile de rien présumer quant au retour des fonctions génitales.

A côté des priapismes dont la cause est assez bien connue : traumatismes péniens, affection prostatique ou urinaire, intoxication cantharidienne et surtout leucémie, il y a encore de nombreux faits qui ne peuvent être classés. Certaines infections générales agissent sans doute par le mécanisme de la phlébite des corps caverneux. C'est ainsi que le rhumatisme, dans le cas présent, a peut-être agi comme la fièvre typhoïde dans un cas de Chalier et Gaté.

Quoi qu'il en soit, il est essentiel de ne pas prolonger le traitement médical du priapisme plus de quatre ou cinq jours, et en cas d'insuccès de faire alors une opération qui, en parant à la transformation fibreuse des organes érectiles, sauvegardera au mieux les fonctions génitales.

Ectopie testiculaire crurale superficielle. (THOMAS et LABOURDETTE. *Toulouse méd.*, 1er déc. 1926, p. 734.) — Le testicule ectopique, chez un cultivateur de dix-huit ans, siégeait à la racine de la cuisse droite. Au cours de l'intervention, on vit qu'il était placé dans une niche, au-dessous de l'arcade de Fallope, à 6 centimètres de l'épine pubienne, et fixé à la face profonde de la peau par un faisceau fibro-élastique épais, représentant sans doute le ligament scrotal. L'arcade était également anormale, l'anneau inguinal, par suite d'une absence presque complète du pilier externe, regardait vers la cuisse et non vers le scrotum. Il s'agissait donc bien d'une ectopie congénitale.

APPAREIL LOCOMOTEUR

Fracture du col de l'omoplate. (MAJNONI. *La Bourgogne méd.*, nov. 1926, p. 154.) — Le blessé projeté sur le sol par une automobile ressent une vive douleur dans l'épaule gauche et ne peut plus faire aucun mouvement du bras. L'attitude est celle qu'on observe dans tous les traumatismes du membre supérieur. Un examen clinique et radioscopique rapide est négatif. On pense donc qu'il s'agit d'une simple contusion. Mais au bout d'une semaine la douleur et les signes fonctionnels persistent. Gros hématome de l'aisselle se prolongeant vers la paroi thoracique. Radiographie. On découvre une fracture du col de l'omoplate. Le trait partant en haut du bord supérieur du col, en dehors de l'apophyse coracoïde, se dirige en bas et en dehors et aboutit à 2 centimètres au-dessous de la cavité glénoïde. En outre un second trait branché sur le premier, se dirige en bas et en dedans et finit dans la fosse sous-épineuse. Le fragment distal constitué par la glène est déplacé en haut et en dedans et a légèrement basculé de telle sorte que la cavité articulaire regarde plus en avant et en haut que normalement.

On place un gros tampon d'ouate dans l'aisselle et avec un bandage on applique le bas au tronc en le ramenant un peu en arrière. La réduction est vérifiée par la radioscopie. Cette immobilisation d'ailleurs pénible est maintenue quinze jours. Puis massage et mobilisation. Guérison complète.

L'intérêt et la rareté de ce cas résident d'une part en ceci qu'il s'agit d'une forme intermédiaire aux fractures du col chirurgical et du col anatomique, les premières comportant toujours en effet un fragment distal qui comprend l'apophyse coracoïde et d'autre part en ce que le fragment s'était déplacé en haut, ce qui est exceptionnel.

Fracture de la cavité glénoïde. (F. GUERMONPREZ. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 14 nov. 1926, p. 353.) — L'auteur rappelle et discute les données classiques ou modernes sur ces fractures rares et de diagnostic malaisé, à propos d'un cas personnel que voici :

Le blessé âgé de trente-sept ans, bien musclé, tombant de bicyclette, a eu l'épaule gauche écrasée par un lourd véhicule. Des diagnostics différents ont été portés sur le traumatisme par plusieurs praticiens tant radiologue que médecin et chirurgien. Sept jours après l'accident l'épaule est encore gonflée, le membre est impotent et endolori. Plusieurs vastes ecchymoses du bras et de l'avant-bras. Malgré la tuméfaction de l'épaule, on peut par la palpation retrouver les points de repère osseux et s'assurer qu'il n'y a ni luxation, ni subluxation humérale. Mais l'examen des muscles montre que le triceps brachial est mou et flasque. Comme l'olécrane est intact, c'est l'autre insertion qui est en cause. Le bras étant placé dans l'abduction à angle droit l'exploration du bord axillaire de l'omoplate détermine une douleur de plus en plus vive à mesure que les doigts remontent vers la cavité glénoïde et bientôt le blessé sent que « quelque chose est remis ». L'adduction complète du bras est devenu immédiatement possible et la douleur a presque totalement disparu. Quelques jours

plus tard l'exploration étant encore plus facile, l'auteur a pu lui-même pratiquer une réduction définitive du fragment glénoïdien. Réduction fonctionnelle par les moyens habituels pendant un mois et guérison complète avec récupération de tous les mouvements.

CONGRÈS ET EXCURSIONS

CENTENAIRE DE PINEL (30 mai-1er juin). — PROGRAMME DES CÉRÉMONIES. — *Lundi 30 mai* : 10 h. 1/4, réunion à la Salpêtrière, amphithéâtre de la clinique Charcot, service du professeur Guillain. — Souvenirs de Pinel à la Salpêtrière. Visite des loges, de la Force. — Hommage à la statue de Pinel.

16 heures, séance solennelle de la Société médico-Psychologique, 12, rue de Seine.

21 heures, cérémonie au grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. André Fallières, ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Mardi 31 mai : 15 heures, séance solennelle à l'Académie de médecine consacrée à la célébration du centenaire de la mort de Pinel et de la naissance de Vulpian.

20 heures, banquet par souscription offert aux délégués étrangers.

Une réception aura lieu à l'Hôtel-de-Ville; la date en sera indiquée ultérieurement.

Le programme détaillé sera envoyé incessamment. L'organisation est assurée par des subventions. Des souscriptions volontaires peuvent être adressées au trésorier, M. le docteur Mallet, 22, avenue Mozart (Paris, 16e). Au cas où les ressources seraient suffisantes, le Comité offrira aux adhérents une plaquette commémorative du centenaire.

Toutes les communications, adhésions, etc., doivent être adressées à M. le docteur Henri Colin, secrétaire général, 22, rue Gay-Lussac, Paris 5e.

Ces cérémonies coïncideront :

1° Avec le centenaire de Vulpian qui sera célébré sous les auspices de la Société de biologie et de la Société de neurologie au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, le samedi soir 28 mai;

2° Avec la Réunion de l'Association amicale des médecins des établissements publics d'aliénés de France (dimanche 29 mai);

3° Avec la Réunion neurologique annuelle dont les séances commencent le mardi matin 31 mai et où l'on traitera cette année deux questions intéressant au plus haut point les aliénistes, le sommeil et l'équilibre.

Le banquet et la réception à l'Hôtel-de-Ville grouperont les adhérents au centenaire de Pinel.

JOURNÉES MÉDICALES DE NANCY. — *Journée du 11 mars 1927.* — 9 heures 30, réunion au Grand amphithéâtre de l'Institut anatomique, rue Lionnois. — Conférence de M. le professeur Etienne : quelques syndromes fonctionnels nouveaux. — Conférence de M. le professeur Frœlich : Traitement actuel de la paralysie infantile.

11 heures 15, visite des nouveaux pavillons chirurgicaux de l'hôpital civil. — Visite du pensionnat Bonsecours.

12 heures 30, déjeuner, hôtel Thiers.

14 heures 30, réunion au Grand amphithéâtre de l'Institut anatomique, rue Lionnois. — Conférence de M. le professeur André : Les procédés actuels d'exploration des fonctions rénales en chirurgie urinaire. — Conférence de M. le professeur Fruhinsholz : Traitement de l'infection puerpérale en clientèle.

16 heures, visite des travaux de la nouvelle maternité.

JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES. — Les Journées médicales de Bruxelles se tiendront du 25 au 29 juin sous la présidence de M. le docteur Jean Verhoogen, professeur de

clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bruxelles.
La séance inaugurale aura lieu le 25 juin.
La journée du 29 sera consacrée à la visite de Tournai et à la propriété de Belœil appartenant au prince de Ligne.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES, DIAGNOSTIC & TRAITEMENT DE L'ANGINE DIPHTÉRIQUE[1]

2° Diphtérie toxique. — Elle peut être secondaire à une angine bénigne ou être toxique d'emblée.

C'est l'intensité des signes généraux qui confère à cette variété d'angine diphtérique son individualité clinique.

Le malade est d'une pâleur extrême.

Le facies est plombé, *marbré de taches violettes.*

Il est prostré, anéanti. La température est aux environs de 39 degrés ; le pouls est très *rapide, petit, dépressible, irrégulier.*

La *tension artérielle* est très basse.

L'*albuminurie* est constante et abondante.

Il existe des douleurs abdominales fort vives, des vomissements, de la diarrhée.

L'examen de la gorge révèle des fausses membranes, elles sont étendues, mais ne semblent pas particulièrement menaçantes. L'adénopathie est considérable, mais le cou ne prend pas l'aspect du cou proconsulaire.

Cette angine toxique évolue le plus souvent vers la mort dans le collapsus.

Évolution de la diphtérie maligne. — La guérison est possible, mais le pronostic reste grave malgré une sérothérapie massive.

Cette gravité du pronostic est due aux :

a. *Complications locales.* — Nécrose de l'amygdale, perforation du voile, adénite suppurée, adénophlegmon du cou, otite moyenne suppurée.

b. *Complications par propagation.* — Diphtérie trachéo-bronchique, croup, diphtérie nasale, etc.

c. *Complications infectieuses.* — Broncho-pneumonie, pleurésie purulente, arthrite suppurée, endocardite.

d. *Syndrome secondaire de la diphtérie maligne.* — Survient vers le quinzième jour d'une diphtérie grave.

Alors que sous l'influence de la sérothérapie la guérison semble survenir annoncée par la chute des fausses membranes et le retour à la normale des ganglions, le malade reste néanmoins pâle, anémié, asthénié.

A cette pâleur et à cette asthénie s'associent des signes de mauvais augure : la *tachycardie*, l'*hypotension*, la *paralysie précoce* (cinquième jour) du voile.

Vers le dixième jour l'état général s'aggrave; apparaissent des *troubles respiratoires* (respiration irrégulière, superficielle).

L'entrée en scène de *troubles cardiaques*, affaiblissement du pouls, tachycardie, puis *rythme embryocardique*, bruit de galop, est d'un mauvais pronostic. Des *vomissements* surviennent, et le malade meurt au milieu d'accidents *cardio-gastriques.*

La pathogénie de ce syndrome est discutée (névrite du pneumogastrique, paralysie bulbaire, myocardite), mais à l'heure actuelle on accorde une grande place à l'*insuffisance surrénale.*

III. AUTRES FORMES D'ANGINE DIPHTÉRIQUE

1° *Diphtérie atténuée de Rillet et Barthez.* — Ce sont les phénomènes locaux atténués qui prédominent, en particulier le coryza.

2° *Formes d'aspect anormal.* — Elles sont souvent d'un diagnostic très difficile, l'angine diphtérique prenant la marque :

a. D'une *angine cryptique*, avec une série de foyers multiples occupant les cryptes et confluant secondairement.

b. D'une *angine herpétique.*

c. D'une *angine érythémateuse.*

d. D'une *angine phlegmoneuse.* D'une part, l'angine diphtérique peut simuler l'angine phlegmoneuse. D'autre part, il peut y avoir coexistence d'angine diphtérique et de phlegmon amygdalien.

3° *Forme généralisée.* — En quelques heures l'enduit blanchâtre se transforme en une vaste fausse membrane qui tapisse toute la gorge.

4° *Formes secondaires* à : scarlatine, rougeole, coqueluche, varicelle.

DIAGNOSTIC

Comprend deux étapes : *clinique*, bactériologique.

A. **Diagnostic clinique.** — Il faut savoir distinguer d'une angine diphtérique les *angines aiguës banales.*

1° **Angine érythémateuse** ou catarrhale.

2° **Angine pultacée.** — Elle débute au niveau des cryptes amygdaliennes qui se recouvrent d'un enduit pultacé constitué par des grumeaux blancs crémeux. La muqueuse ne saigne pas quand on les enlève. Il n'y a pas de reproduction sur place. Ces grumeaux se désagrègent rapidement dans l'eau.

3° **Angine phlegmonneuse.** — Se manifeste sous forme d'une tuméfaction d'*une* amygdale, beaucoup plus rarement des deux. L'amygdale bombe au-dessous du pilier antérieur œdématié qu'elle soulève et déforme, atteint la ligne médiane, dévie la luette.

Dans certains cas le diagnostic pourra se poser avec le *chancre syphilitique.*

Le diagnostic avec les autres angines pseudo-membraneuses est plus difficile.

1° **Angines primitives.** — *a.* L'*angine herpétique.* — Elle débute brutalement par frisson, céphalée, douleur intense à la gorge.

Le diagnostic est assez facile au début devant la *vésicule.*

Plus tard : les vésicules s'ouvrent et se recouvrent parfois de pseudo-membranes analogues à celles de la diphtérie. Dans la règle le diagnostic est aidé par la constatation d'autres vésicules.

b. Les angines à cocci, à staphylo, à pneumocoques, se distinguent par leur température élevée, l'absence de pâleur. Les fausses membranes n'ont pas tendance à s'étendre.

2° **Angines secondaires.** — Il s'agit des angines qui accompagnent la varicelle, les lésions syphilitiques, et surtout des *angines de la scarlatine.* Au début, si la scarlatine est méconnue le diagnostic porté est celui d'angine diphtérique; lorsque la scarlatine est connue le diagnostic des angines pseudo-membraneuses reste cependant délicat. Pour Trousseau en règle l'angine du début n'est jamais diphtérique, à la fin elle l'est toujours. Il y a cependant des exceptions à cette règle, d'où la fréquente pratique d'injection préventive dans les pavillons de scarlatineux.

B. **Diagnostic bactériologique.** — Les frottis pratiqués avec les exsudats pharyngés après coloration simple au bleu ou au Gram, ne donnent pas des résultats certains. Dans tous les cas il faut ensemencer deux tubes de sérum de bœuf coagulé.

Le bacille de Loeffler est celui qui se développe le plus abondamment et le plus rapidement sur ce milieu.

En cas d'ensemencement positif on constate au bout de dix-huit à vingt-quatre heures des colonies *rondes*, légèrement *saillantes* plus opaques au centre qu'à la périphérie.

Le bacille de Loeffler *prend le Gram*, se présente sous trois formes, bacille long, moyen et court. Il est rectiligne ou légèrement incurvé, ses extrémités sont souvent plus grosses que le centre.

Il fait fermenter le glucose, le lactose, le lévulose. Il est virulent pour le cobaye.

Le pseudo-diphtérique ou bacille d'Hoffmann est un bacille court qui prend le Gram, d'où la difficulté fréquente de diagnostic avec les formes courtes du bacille diphtérique. Il n'est pas virulent pour le cobaye.

(*A suivre.*)

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 18, p 310.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 21. — SAMEDI 12 MARS 1927. 100e ANNÉE. SAMEDI 12 MARS 1927. — N° 21.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.

Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — Un emploi d'agrégé d'histologie est déclaré vacant.

— M. Cabanes, chargé de cours de médecine opératoire, est nommé, à partir du 1er mars 1927, professeur d'anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire (chaire nouvelle).

GUERRE. — M. le médecin principal de 1re classe Houillon, des troupes coloniales, est nommé médecin inspecteur, en remplacement de M. le médecin inspecteur Allain, placé dans la section de réserve.

MARINE. — Sont nommés :

Président de la Commission spéciale de réforme. — A Cherbourg, M. le médecin en chef de 1re classe Meslet; à Brest, M. le médecin en chef de 1re classe Brunet; à Lorient, M. le médecin en chef de 1re classe Bellet; à Rochefort, M. le médecin en chef de 1re classe Faucheraud; à Toulon, M. le médecin en chef de 1re classe Viguier; à Bizerte, M. le médecin en chef de 2e classe Roux.

Médecin chef du centre de réforme de Bizerte. — M. le médecin principal Mauran.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — Une somme de 100.000 fr. a été mise l'an dernier à la disposition de la Société de neurologie de Paris, par un anonyme, pour être attribuée à l'auteur d'une découverte assurant la guérison de la sclérose en plaques dans un délai de deux ans.

La donation a été depuis modifiée et complétée : les dividendes de huit actions du canal de Suez sont mis à la disposition de la Société pendant trois années pour favoriser les recherches sur la sclérose en plaques. La Société a voté les dispositions suivantes :

La Société de neurologie remercie le donateur du prix qu'il a bien voulu fonder pour quelques années et qui est destiné à récompenser les meilleurs travaux se rapportant directement ou indirectement au traitement de la sclérose en plaques. Une commission désignée par la Société de neurologie jugera les mémoires déposés avant le 1er juillet de chaque année. Les mémoires peuvent émaner de membres de la Société, de membres étrangers à la Société ou de collaborations entre membres de la Société et membres étrangers à la Société, à condition qu'ils soient de nationalité française.

La première attribution sera faite en juillet 1928.

En cas de non-attribution, les dividendes disponibles pourront être reportés en totalité ou en partie sur l'année ou sur les années suivantes.

La commission chargée de juger les mémoires sera composée de M. le professeur Sicard, de M. le professeur Guillain, de M. Souques, du président et du secrétaire général en exercice au 1er juillet.

CENTENAIRE DE VULPIAN. — L'année 1926 nous a rappelé une date mémorable dans l'histoire de la médecine : le centième anniversaire de la naissance de Vulpian.

Les biologistes et les neurologistes, désireux de célébrer cette date, ont décidé de faire coïncider les cérémonies commémoratives de ce Centenaire avec leurs réunions annuelles de 1927 : Réunion plénière de la Société de biologie et de ses filiales et VIIIe Réunion neurologique internationale qui se tiendront à Paris, du 27 mai au 2 juin 1927.

Les cérémonies commémoratives du Centenaire de la naissance de Vulpian coïncident, non seulement avec les Réunions biologique et neurologique annuelles, mais encore avec la célébration du Centenaire de la mort de Pinel, organisée par la Société médico-psychologique (voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 20, p. 342).

Le programme commun est fixé provisoirement ainsi qu'il suit :

Vendredi 27 et samedi 28 mai, matin et après-midi : Réunion plénière de la Société de biologie et de ses filiales.

Samedi 28 mai, 21 h. : au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, commémoration du Centenaire de la naissance de Vulpian.

Lundi 30 mai, 10 h. 30 : Visite des anciens services de Pinel et de Vulpian à l'hospice de la Salpêtrière ; 16 h. : Réu-

nion annuelle de la Société médico-psychologique ; 21 h. : au grand amphithéâtre de la Sorbonne, commémoration du Centenaire de la mort de Pinel.

Mardi 31 mai, 9 h. : 12, rue de Seine, séance normale de la Société de neurologie de Paris; 15 h. : séance solennelle à l'Académie de médecine, en l'honneur de Pinel et de Vulpian; 20 h. : au Palais d'Orsay, banquet offert par les groupements biologique, neurologique et psychiatrique en l'honneur de Pinel et de Vulpian.

Mercredi 1er juin, 9 et 14 h. : à la Salpêtrière (amphithéâtre de l'Ecole des infirmières), VIIIe Réunion neurologique internationale; rapport de MM. Lhermitte et Tournay sur « Le sommeil normal et pathologique », discussion du rapport; 17 h. : Réception des membres participants des Centenaires de Pinel et de Vulpian, par le Conseil municipal de Paris, à l'Hôtel de Ville.

Jeudi 2 juin, 9 h. et 15 h. : à la Salpêtrière (amphithéâtre de l'Ecole des infirmières), VIIIe Réunion neurologique internationale; rapports de MM. de Klejn (d'Utrecht) et Hautant (de Paris) sur « les moyens d'exploration clinique de l'appareil vestibulaire »; discussion des rapports.

L'adhésion aux cérémonies commémoratives ne comporte aucune cotisation. L'organisation sera assurée par les subventions et les souscriptions bénévoles et, si les sommes recueillies le permettent, une plaquette en l'honneur de Vulpian sera éditée par les soins du Comité. — Prière d'adresser les adhésions et toute correspondance au docteur Crouzon, secrétaire général du Comité d'organisation, à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, Paris.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le Service de la statistique a enregistré pendant la 5e décade, du 11 au 20 février 1927, 1.466 décès, au lieu de 1.277 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.261, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 4).

La variole et la varioloïde n'ont causé aucun décès; 4 cas nouveaux ont été déclarés par les médecins; au lieu de 1 pendant la décade précédente (moyenne 0).

La rougeole a causé 38 décès, au lieu de 33 pendant la décade précédente (moyenne 18).

La scarlatine a causé 4 décès, au lieu de 7 pendant la décade précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 149; il s'élevait à 128 pendant la décade précédente (moyenne 59).

La diphtérie a causé 12 décès, au lieu de 4 pendant la décade précédente (moyenne 6).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 275 décès, au lieu de 227 pendant la décade précédente, et au lieu de 239, moyenne décadaire correspondante.

LA CONFÉRENCE DU PROFESSEUR B. CUNÉO ET DU DOCTEUR REINBURG A LA SORBONNE. — Répondant à une invitation de la Légation de Colombie, une nombreuse assistance s'est rendue le 11 mars à l'amphithéâtre Richelieu afin d'y entendre l'exposé que le docteur Cunéo, professeur à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, et le docteur P. Reinburg devaient faire du voyage qu'ils viennent d'accomplir en Colombie et dont M. Reinburg a publié déjà dans la *Gazette* un compte rendu (1). Le docteur Cunéo a dit avec quelle sympathie il avait été reçu par le corps médical universitaire colombien et le souvenir reconnaissant qu'il gardait à ses collègues de ces lointaines Facultés; il nous a montré à quel point la France y était aimée et quelle était l'importance de son rayonnement intellectuel auprès de ces peuples si imprégnés de *latinité* que celle-ci tend à devenir le drapeau sous les plis duquel se groupent tous les peuples hispano-américains. Il a terminé en nous disant les résultats tangibles de sa mission qui se sont traduits par une adhésion de la Colombie à la « Cité universitaire de Paris » et la construction décidée d'une maison pour ses étudiants. Le docteur Reinburg nous a initiés à la partie matérielle du voyage nous montrant dans de belles projections les panoramas du Magdalena et de la Foret qu'il nous a fait survoler en avion. Un film intéressant clôturait cette réunion où de nombreuses personnalités médicales ou universitaires, mêlées à la colonie colombienne, avaient tenu à apporter leurs félicitations à nos confrères.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 18, p. 307.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Ribierre, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Notre regretté collègue était né en 1875, il avait été nommé médecin des hôpitaux en 1910 et agrégé en 1913. Spécialisé dans les maladies du cœur, il avait, en outre, publié de nombreux travaux parmi lesquels nous devons citer ses articles sur la fièvre typhoïde et sur les péritonites dans le *Traité* de Brouardel-Gilbert; — Th. Bleck (d'Annemasse), Nicolas Delpierre (d'Ohain), Ed. Junod (de Genève), Soller (de l'Arbresle), Francis de Lacoste (de la Martinique), Claverie (de Nantes), Corlier (de Spy, Belgique), le professeur Daniel Berthelot, de la Faculté de pharmacie, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine; Perriol, professeur de clinique chirurgicale et directeur de l'Ecole de médecine de Grenoble; Paul Pravaz, ancien interne des hôpitaux de Lyon, petit-fils de Pravaz, l'inventeur de la seringue qui porte son nom, et fils du docteur Jean Pravaz, ancien interne des hôpitaux de Lyon; Langlet, ancien député, ancien maire de Reims, associé national à l'Académie de médecine. Le docteur Langlet a rendu d'immenses services à la ville martyre pendant l'occupation allemande. C'était un grand patriote devant la mémoire duquel on doit s'incliner avec respect.

— Nous apprenons, enfin, la mort d'un nouveau confrère, victime du devoir professionnel, le docteur Fernand Guilpin, ancien maire d'Issoudun, assassiné dans son service d'hôpital par un malade dément.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, chirurgien des hôpitaux, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du tube digestif, du foie et des voies biliaires), en dix leçons, par M. le docteur Louis Michon, prosecteur, commencera le lundi 14 mars 1927, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 350 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

A. D. R. M. — Le jeudi 17 courant, à 17 heures, aura lieu, à la Faculté de médecine, salle Béclard, une réunion ayant pour but d'organiser une série de cours en langue anglaise.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Samedi 12 mars. — Jury : MM. Duval, président; Lecène, Terrien et Velter. — M. SACERDOT (R.). Etude sur les occlusions intestinales d'origine appendiculaire. — M. RICAUD (J.). Etude sur le cancer de la verge. — M. LEGRAND (Jules). Etude des ostéomes de l'orbite.

Lundi 14 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Ménétrier, Moussu, Robin et Dechambre. — M. VALOT. Etude de quelques mendéliens chez les volailles. — M. BARRET. Le coryza gangréneux. Traitement par l'atoxyl.

REVUE GÉNÉRALE

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA DILATATION DES BRONCHES

Par L. ISÉMEIN,
Interne des hôpitaux de Marseille.

Pendant longtemps, le traitement de la dilatation des bronches était presque nul : il consistait surtout dans la révulsion sur la paroi thoracique (Dieulafoy) et dans l'ingestion de substances aromatiques ou balsamiques. On employa ensuite le traitement antisyphilitique (on sait le rôle que jouerait, pour certains auteurs, la syphilis, dans l'étiologie de cette affection), mais celui-ci s'est montré presque toujours inefficace. A cause de l'infection surajoutée, on s'adressa à la vaccinothérapie, sous forme de stock-vaccin ou d'auto-vaccin; cette méthode a donné parfois de bons résultats chez l'enfant, mais chez l'adulte, son efficacité est beaucoup moindre. De leur côté, les injections intratrachéales d'huile goménolée ou de lipiodol ont produit dans certains cas des améliorations assez prolongées. Cependant, avec ces divers procédés on n'a jamais obtenu de véritables guérisons, et vu la gravité de cette affection, on a eu recours, surtout dans ces derniers temps, au traitement chirurgical. De nombreuses méthodes ont été préconisées et c'est à leur étude que nous consacrerons ce travail.

Nous diviserons ces méthodes en deux catégories :

1° Les méthodes indirectes, dans lesquelles on laisse la plèvre intacte et où on n'agit qu'indirectement sur le poumon. Elles sont au nombre de quatre :

Le pneumothorax artificiel,
La phrénicotomie,
Le décollement pleuro-pariétal,
La thoracoplastie.

2° Les méthodes directes, ce sont :

La pneumotomie,
La pneumectomie ou lobectomie,
La ligature des vaisseaux lobaires : celle-ci n'est pas employée isolément, mais combinée à la thoracoplastie ou à la lobectomie, et nous l'étudierons avec ces dernières.

I. **Le pneumothorax artificiel**. — La dilatation des bronches étant une « suppuration ouverte » qui dans la majorité des cas se draine bien par les voies naturelles, on comprend très bien qu'on ait tenté par la collapsothérapie de décoller et de comprimer le poumon malade. De nombreux cas ont été traités par le pneumothorax, parfois avec des succès remarquables, mais le plus souvent sans résultats appréciables.

Nous ne parlerons pas de la technique qui ne présente rien de particulier, mais nous verrons surtout les résultats, la cause des échecs, les complications spéciales à la bronchectasie et enfin les indications et les contre-indications.

1° Les résultats. — Ils furent parfois extraordinaires, tel le cas princeps de Rist, et dans ces cas, « la servitude du pneumothorax est bien peu de chose à côté de la servitude du crachoir », mais c'est l'exception, et en général le pneumothorax est impossible ou inefficace.

2° Causes des insuccès. — Les deux cas sont à envisager :

a. Le *pneumothorax est impossible*. Si les adhérences pleurales sont malheureusement assez fréquentes dans la tuberculose pulmonaire, dans la bronchectasie elles sont presque constantes, si bien que Barth voyait dans la symphyse pleurale la cause même de la dilatation des bronches.

b. Le *pneumothorax est inefficace*, et bien que le décollement ait pu s'opérer, les signes continuent à évoluer. Deux causes peuvent expliquer ce fait. Il faut penser tout d'abord à la bilatéralité possible des lésions, mais actuellement grâce aux radiographies après injection de lipiodol, l'atteinte du côté opposé ne saurait passer inaperçue. Cette cause étant éliminée, il ne reste qu'une seule hypothèse, c'est que le pneumothorax ne comprime pas le poumon malade; en effet, en dehors de la symphyse pleurale, il existe dans la bronchectasie une « lésion prédominante et fondamentale » (J. Hutinel), c'est la sclérose péribronchique. Elle empêche le poumon de se rétracter et le transforme en un bloc rigide que la pression intrapleurale obtenue avec le pneumothorax déplace et dévie, mais ne comprime pas.

3° Complications. — Il en est de spéciales à la bronchectasie ; ce sont :

La déchirure du poumon si les adhérences résistent.

La pleurésie consécutive qui est en général purulente ou putride.

4° Indications. — Elles varient chez l'enfant et chez l'adulte :

a. Chez l'adulte : quand le malade consulte, l'affection remonte à plusieurs années et la sclérose est déjà constituée; aussi, souvent, on ne pourra pas intervenir avec succès. Pour admettre l'existence d'une symphyse pleurale, on se basera sur les signes cliniques et surtout, sur les signes radiologiques qui sont bien connus.

b. Chez l'enfant : il n'en est pas ainsi, et souvent on voit le malade à un stade assez précoce; mais, dans ce cas doit-on toujours intervenir? Il ne faut pas oublier que chez l'enfant, justement par suite de l'absence de cette sclérose, la dilatation des bronches peut guérir spontanément. On ne peut indiquer de règle générale, c'est une affaire de cas d'espèces, et on se basera sur les caractères d'activité ou de non-activité des lésions.

5° Contre-indications. — En dehors de la sclérose qui constitue un obstacle à l'établissement du pneumothorax, il faut tenir compte de l'étendue des lésions, et on ne pourra intervenir que dans les cas unilatéraux.

6° Conclusions. — « Il ne saurait être conseillé dans tous les cas; rarement indispensable chez l'enfant, son efficacité n'est pas constante chez l'adulte. » (J. Hutinel.)

II. **La phrénicotomie**. — Elle a été préconisée dans les cavernes pulmonaires de la base, mais on l'a surtout employée contre la tuberculose. Ces dernières années, plusieurs interventions furent tentées en France dans des bronchectasies rebelles.

1° Indications. — Elles dépendent du siège des lésions et de leur étendue.

a. Siège des lésions : « C'est l'intervention de choix, dans les bronchectasies du lobe inférieur » (Chauffard). En effet, la phrénicotomie agit surtout sur le lobe inférieur qui se meut avec le diaphragme, le lobe supérieur suivant les mouvements des côtes (Rist). Cependant, s'il n'y a pas d'adhérences pleurales, l'intervention peut agir aussi sur les lésions plus haut situées, le collapsus résultant de l'hémiplégie diaphragmatique s'étendant à tout le poumon.

b. Etendue des lésions : La bilatéralité n'est pas une contre-indication absolue, puisqu'on est intervenu avec succès dans des cas où les deux poumons étaient atteints; il suffit que les lésions soient localisées.

Ces indications sont dans leur ensemble communes aux divers procédés de collapsothérapie, nous allons voir, maintenant les indications respectives de chacune de ces méthodes. On employera plus particulièrement la phrénicotomie :

a. S'il est impossible de pratiquer un pneumothorax par suite des adhérences ou une thoracoplastie à cause du mauvais état général du malade.

b. Si le malade refuse de se prêter au long traitement qu'entraîne le pneumothorax ou de courir les risques d'une thoracoplastie.

Enfin, on a employé la phrénicotomie combinée au pneumothorax ou à la thoracoplastie. Pour Alexander en effet, elle doit accompagner le cas de pneumothorax le mieux choisi; deux avantages découlent de cette association; d'une part l'intervalle compris entre les insufflations est notablement augmenté; d'autre part quand on abandonne le pneumothorax, le diaphragme paralysé substitue une compression partielle à la compression totale du pneumothorax.

2° Contre-indications. — Il n'en existe qu'une, c'est la trop grande étendue des lésions; selon l'expression classique, il ne faut pas que les poumons soient transformés « en pierres meulières ».

3e Technique de l'intervention. — Elle sera pratiquée à l'anesthésie locale, le cou étant en extension et la tête immobilisée. Il est un fait bien admis actuellement, c'est qu'il faut couper toute la voie nerveuse : tronc principal, troncs accessoires et anastomoses (Abory). S'il n'en est pas ainsi, l'hémidiaphragme n'est pas paralysé, par suite de la suppléance au moyen des fibres accessoires laissées intactes. De plus, pour éviter la régénération du tissu nerveux, il faudra pratiquer une véritable excision, une « phrénicectomie », selon l'expression de Maurer.

4° Conséquences anatomophysiologiques de la phrénicectomie. — C'est « l'hémiplégie diaphragmatique ». Nous allons en voir d'abord les symptômes, puis la physiologie.

a. *Symptômes de l'hémiplégie diaphragmatique.* — Ils furent décrits par Heidenreich et Chauffard. Ce sont :

Des *signes cliniques* :

Elévation et immobilité de la base;

Signe du niveau postérieur négatif : il n'y a pas de changement de sonorité de la base quand on fait placer le malade dans le décubitus ventral;

Diminution uniforme de la sonorité dans l'hémithorax correspondant;

Dépression inspiratoire des espaces intercostaux.

Et des *signes radiologiques :*

Ascension du diaphragme;

Signe de Kienbock;

Obscurcissement de l'hémithorax par condensation du parenchyme pulmonaire refoulé;

Ampliation plus grande du côté opposé : c'est un phénomène de compensation.

b. *Physiologie de l'hémiplégie diaphragmatique.* — La paralysie et l'ascension consécutive du diaphragme réduit la cavité thoracique non seulement dans le sens vertical, mais encore dans le sens transversal; en effet, le poumon étant refoulé dans la partie la plus étroite du thorax, les mouvements d'ampliation suivant un plan horizontal y sont moindres. Cette réduction de la capacité de l'hémithorax est de 1/6e, 1/3 ou même davantage (Félix), elle entraîne une diminution dans l'étendue des mouvements du poumon, et par conséquent, un certain repos de l'organe.

Enfin, les cavités, qui siègent à la base, subissent dans une certaine mesure les effets de la compression abdominale.

5° Accidents. — Trois cas mortels ont été publiés (Leriche et Rist); en dehors d'eux, aucun accident, vraiment sérieux n'a été signalé, et les objections qu'on a élevées contre cette intervention, sont plus théoriques que réelles : elle est vraiment une opération « de petite chirurgie. »

6° Résultats. — *a*. Résultats obtenus avec la phrénicotomie employée isolément. D'après les observations des divers auteurs (Chauffard et Ravina, Rist, Guy Laroche et Mme Bertrand-Fontane, Sergent, Baumgartner et Bordet, P. Moure, Cantonnet et Lebée, H. Dufour) et d'après nos cas personnels (1), la phrénicotomie a donné parfois des guérisons vraies, mais le plus souvent simplement des améliorations plus ou moins marquées ou même des échecs. Dans les cas heureux, l'amélioration de l'état général a été rapide; par contre, la diminution de l'expectoration fut beaucoup plus lente et toujours parallèle à l'ascension du diaphragme. Celle-ci est très capricieuse, parfois rapide ou même immédiate, elle peut être aussi tardive.

b. Résultats obtenus avec la phrénicotomie associée au pneumothorax ou à la thoracoplastie.

Comme nous l'avons vu, associée au pneumothorax, elle complète son action; combinée à la thoracoplastie, elle en diminue les risques, car elle améliore l'état général, et surtout, elle évite les chances de déséquilibre médiastinal au cours de l'intervention.

7° Conclusions. — « C'est une opération non dangereuse, n'entraînant pas de troubles fonctionnels par suite de la progressivité de l'ascension du diaphragme » (Chauffard et Ravina). Leriche la considère comme « une opération facile et non dangereuse ».

Au sujet des résultats, les avis sont partagés. Elle « améliore souvent, guérit quelquefois, ne nuit jamais » (Bordet). « C'est une opération d'avenir, dit Chauffard, recommandable par sa simplicité, son innocuité et par les bons résultats thérapeutiques qu'elle entraîne » Mais, pour Sergent, « c'est une guérison apparente et l'avenir seul le dira vu la chronicité et la résistance au traitement de la bronchectasie. »

---

(1) *Thèse de Montpellier*, 1927.

III. **Le décollement pleuro-pariétal.** — Il consiste, après décollement pleural, à comprimer la région malade au moyen de l'interposition de gazes, de tissu graisseux ou musculaire, ou même d'un ballonnet de caoutchouc que l'on gonfle à volonté.

Tuffier, Lambert et Roux-Berger ont publié de beaux résultats dans des cas de bronchectasies, mais le petit nombre d'observations publiées ne permet pas de porter un jugement définitif sur cette méthode qui nécessite une localisation bien précise des lésions.

IV. **La thoracoplastie.** — Elle fut surtout pratiquée en Allemagne, en Suisse et dans les Pays scandinaves. Brauer, Friedrich, Carl Spengler, Schwartz et surtout Sauerbrück ont publié des statistiques fort importantes. La méthode fut importée en France par Tuffier et vulgarisée par l'école lyonnaise, Bérard et Santy, en particulier. Mais cette intervention a été surtout pratiquée dans la tuberculose, et ce n'est que ces dernières années qu'on l'a utilisée dans les bronchectasies.

1° But et mode d'action de la thoracoplastie. — Comme nous l'avons vu, si la collapsothérapie échoue en général, c'est par suite de la symphyse pleurale et de la sclérose pulmonaire. Et cependant, dans la plupart des cas, il existe une tendance spontanée à la guérison, tendance qui résulte de cette sclérose elle-même et qui se traduit par une lente rétraction de l'hémithorax. Cette rétraction porte à la fois sur la paroi et sur l'appareil pleuro-pulmonaire; elle entraîne un aplatissement du côté malade ; cette rétraction aboutirait forcément à une amélioration si elle pouvait se poursuivre assez longtemps. Mais ce n'est pas le cas, elle est vite arrêtée par la rigidité du squelette. « Pour donner satisfaction au tissu rétractile », selon l'expression de Delbet, il n'y a qu'à supprimer une partie du squelette : c'est la thoracoplastie, qui constitue donc un traitement rationnel et logique, puisque « elle a pour but de seconder un processus normal de guérison, en levant l'obstacle qui empêche le poumon malade de se rétracter » (Guilleminet).

2° Indications. — Comme l'a dit Dumarest, « du pneumothorax à la thoracoplastie, il n'y a qu'un pas, l'un conduit fatalement à l'autre. »

En effet, les indications de la thoracoplastie sont surtout tirées des contre-indications du pneumothorax, que celui-ci soit impossible à pratiquer (méthode de suppléance, Lenormant) ou insuffisant (méthode de complément). Pour certains, même si le pneumothorax est possible, on doit avoir recours à la thoracoplastie, en particulier dans les lésions basses, où « il vaut mieux une thoracoplastie localisée qu'un pneumothorax généralisé. » Mais, comme nous allons le voir, pour être efficace, la thoracoplastie doit être large, ce qui la rend une intervention de grande chirurgie, aussi, doit-on toujours, lorsqu'on le peut, tenter auparavant un pneumothorax, méthode idéale parce que bien moins dangereuse.

3° Contre-indications. — Il faut tenir compte de :

a. L'âge. Friedrich conseille de ne pas intervenir au-dessous de quinze ans, ni au-dessus de quarante ans;

b. La bilatéralité des lésions;

c. Le mauvais état général du malade;

d. L'existence d'autres lésions, en particulier, les lésions cardiaques.

4° Conditions idéales de la thoracoplastie. — Pour que l'intervention soit utile il faut que le collapsus soit aussi complet que possible, et que l'équilibre des organes médiastinaux ne soit pas compromis.

5° Technique de l'intervention et divers procédés opératoires. — a. *Position du malade*. — Il sera placé dans une attitude intermédiaire entre la position étendue et la position assise, le dos tourné au chirurgien.

b. *Faut-il intervenir en un ou en plusieurs temps?* — Pour certains, l'intervention en plusieurs temps est préférable, parce que moins dangereuse. Bérard et Santy par contre n'admettent qu'un cas où l'on doit procéder en plusieurs temps, c'est lorsque l'état général du malade est trop compromis; on commence alors par les côtes inférieures, et on résèque les côtes supérieures dans un second temps.

c. *La thoracoplastie doit-elle être employée isolément ou combinée aux autres méthodes?* — Actuellement on admet que les effets de la thoracoplastie n'étant pas immédiats, il vaut mieux la faire précéder d'un pneumothorax ou surtout d'une phrénicectomie.

d. *Anesthésie*. — Certains, Sauerbrück en particulier, préfèrent l'anesthésie générale. Pour les auteurs français en général, l'anesthésie régionale est de beaucoup préférable.

e. *Procédés opératoires*. — Quel que soit celui qu'on emploie, tout le monde admet que la thoracoplastie doit être « large », car par suite de la sclérose, le poumon a perdu son élasticité et forme un bloc peu compressible.

Désossement total de Brauer-Friedrich : la résection s'étend de C^2 à C^{10}, depuis l'articulation chondrocostale, jusqu'aux vertèbres. C'est un véritable désossement qui entraîne une mortalité post-opératoire considérable.

Méthode de Wilms ou résection columnaire : on pratique des résections antérieures et des résections postérieures : la paroi ainsi libérée s'enfonce en dedans : cette méthode est insuffisante.

Procédé de Sauerbrück ou thoracectomie segmentaire large : on résèque toutes les côtes sauf la dernière, depuis l'articulation chondro-costale en avant, jusqu'à la ligne axillaire postérieure : c'est la méthode généralement employée.

f. *Soins post-opératoires*. — Le malade peut se lever au dixième jour, mais à condition de porter un corset tuteur, pour éviter l'affaissement du rachis.

6° Les suites normales de la thoracoplastie. — Il faut les envisager à trois points de vue :

La température : après une élévation à 39°5, 40 degrés, dès le lendemain de l'intervention, elle oscille pendant quelques jours pour revenir à la normale vers le dixième.

L'expectoration : d'abord nulle, elle reprend progressivement, et atteint son maximum au dixième jour, « le poumon se vidant comme une éponge qu'on presse » (Sagkmann), puis elle diminue rapidement.

L'auscultation : ne révèle pas de modifications immédiates.

7° Les accidents de la thoracoplastie. — Ils peuvent être immédiats, précoces ou tardifs.

a. Accidents immédiats : ou opératoires :

En dehors des hémorragies ou de l'ouverture de

la plèvre, qui sont rares, il faut signaler la dyspnée avec cyanose au moment où le poumon s'affaisse. Parfois, il survient même de véritables vomiques.

b. Accidents précoces : dans les jours qui suivent l'intervention on peut observer des troubles cardiaques avec dyspnée.

Pour Sauerbrück ces accidents seraient imputables à l'intoxication par la novocaïne, mais d'après l'école lyonnaise ils relèveraient du déséquilibre médiastinal.

c. Accidents tardifs. Ce sont :

Des troubles cardiaques,

Des troubles douloureux persistants sous forme de névralgies intercostales ou de douleurs dans les membres supérieurs.

Troubles fonctionnels dans les mouvements de l'épaule par suite du déficit musculaire qu'entraîne la division des muscles interscapulo-vertébraux.

Infection de la plèvre et du poumon, d'où la nécessité de laisser la plèvre intacte.

Compression des vaisseaux sous-claviers et du plexus brachial (Bérard et Dumarest).

8° Les conséquences anatomo-physiologiques. — Elles portent sur l'hémithorax opéré, sur le côté sain et au niveau du cœur.

a. Au niveau de l'hémithorax opéré : la réduction de la capacité thoracique atteint jusqu'aux 2/3.

b. Du côté sain, il y a des signes d'emphysème marqué par suite de l'hyperfonctionnement.

c. Le cœur est fortement déplacé dans les interventions gauches, la pointe bat dans l'aisselle, où on a l'impression « d'avoir le cœur dans la main » (Madinier).

d. Enfin, ajoutons que l'esthétique est peu atteinte, la silhouette des épaules étant surtout le fait de l'intégrité de la ceinture scapulaire.

9° Les résultats. — Schwartz, Saüerbruck, Hedblom, Tuffier, Bérard et Santy ont pratiqué de nombreuses thoracoplasties, quelquefois avec de bons résultats, des améliorations marquées, mais sans guérison vraie. « Pour ma part, dit Tuffier, je n'ai jamais guéri complètement un cas de dilatation bronchique. » Les résultats sont moins concluants que dans la tuberculose, mais souvent assez appréciables et la thérapeutique de la bronchectasie « n'est pas à ce point riche de méthodes efficaces, pour qu'un tel résultat soit négligeable » (Santy et Guilleminet).

V. **La pneumotomie.** — C'était le seul traitement employé autrefois, et de nombreuses pneumotomies ont été pratiquées. Les cas de guérison, tels ceux de Ribadeau Dumas et Mocquot, ou de Reverdin, sont rares, et le plus souvent la mortalité postopératoire est très élevée et varie entre 25 et 33 p. 100 suivant les statistiques.

Cette méthode ne peut être employée que dans les cas aigus, avec rétention, et de siège assez limité. Il persiste en général une fistule, et d'ailleurs celle-ci est utile, puisque si elle vient à s'oblitérer, les accidents reprennent en général immédiatement.

VI. **La pneumectomie ou lobectomie.** — C'est la méthode héroïque, puisqu'elle donne des résultats complets, mais dont le pronostic est fort grave. Voyons d'abord les conditions nécessaires pour pratiquer cette intervention.

1. Conditions ou on peut employer la lobectomie. — C'est tout d'abord la limitation stricte des lésions à un seul lobe, ce fait est évident, nous n'y insisterons pas. En second lieu, on doit tenir compte de l'âge. La lobectomie est une « très grosse intervention » et on ne doit la pratiquer que chez des sujets adultes et dont l'état général est assez conservé pour supporter un si grand traumatisme.

2. Procédés. — Il ne faut intervenir qu'en plusieurs temps pour éviter l'infection pleurale et la défaillance respiratoire. Pour l'anesthésie, Guibal préconise la méthode rachidienne.

3. Résultats. — Ils sont remarquables dans certains cas, tels ceux de Graham (de Saint-Louis) et de Guibal, mais la mortalité est fort élevée : elle atteint 51 p. 100.

4. Causes de la mortalité postopératoire. — Ce sont surtout la défaillance cardiaque ou la défaillance respiratoire, les hémorragies et tout particulièrement l'infection de la plèvre ou du médiastin.

VII. **Conclusions. — Indications respectives de chacune de ces méthodes.** — Les indications varient suivant l'étendue des lésions et suivant l'âge du sujet.

1° Etendue des lésions. — Dans les formes limitées, toutes les interventions que nous venons d'étudier peuvent être pratiquées, mais on doit toujours commencer par l'établissement d'un pneumothorax artificiel, qui, s'il est réalisable, constitue la méthode idéale, parce que bien moins dangereuse. Dans les lésions de la base, la phrénicotomie est particulièrement indiquée, mais comme nous l'avons vu, ses effets sont inconstants. Quant aux méthodes directes, on ne les emploiera qu'après échec des méthodes conservatrices.

Si les lésions sont diffuses, on aura recours aux divers procédés de collapsothérapie ; si on emploie la thoracoplastie, on la pratiquera en deux temps au besoin, si l'état général du malade est trop atteint.

2° L'âge. — On ne pourra utiliser, chez l'enfant, qu'une seule méthode chirurgicale, c'est le pneumothorax, mais il ne faut pas oublier, qu'à cette époque de la vie, la dilatation des bronches est curable spontanément.

BIBLIOGRAPHIE

Abory. La phrénicotomie, *Th. de Paris*, 1926.

Azincourt (d'). Les résultats du traitement chirurgical dans les bronchectasies, *Th. de Paris*, 1896.

Bérard et Santy. Thoracoplastie pour bronchectasie, *Soc. de chir. de Lyon*, 2 fév. 1922.

Bordet. La phrénicotomie, *Arch. méd.-chir. de l'app. resp.*, 1926, n° 1.

Chauffard. Traitement de la dilatation des bronches, *Journ. des prat.*, 1925, n° 23.

Chauffard et Ravina. Un cas de dilatation bronchique très amélioré par la phrénicotomie, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1925, p. 224.

Davies (H. Morritson). Arrachement du phrénique. Traitement adjuvant de la tuberculose pulmonaire et de la bronchectasie, *Brit. med. Journ.*, 20 fév. 1926.

Dufour (H.). Sur la phrénicotomie, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1926, n° 4.

Graham. Le traitement chirurgical de la bronchectasie, *Arch. of surg.*, 1923, n° 1.

Guibal. *Le Traitement chirurgical de la dilatation des bronches*, Masson ; — Dilatation des bronches opérée et guérie par l'extirpation du lobe inférieur du poumon, *Soc. de chir. de Paris*, 27 fév. 1924.

Guilleminet. Indications et valeur de la thoracoplastie dans

la tuberculose pulmonaire et dans la dilatation des bronches, *Th. de Lyon*, 1923.
HEDBLOM. Thoracoplastie extrapleurale en plusieurs temps dans le traitement de la bronchectasie unilatérale diffuse, *Arch. of surg.*, 1924, p. 394.
HUTINEL (Jean). Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de la dilatation des bronches, *Th. de Paris*, 1922.
LAROCHE (Guy) et Mme BERTRAND-FONTANE. Un cas de dilatation des bronches très amélioré par la phrénicotomie, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1926, n° 10.
MADINIER. La thoracoplastie extrapleurale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, *Th. de Lyon*, 1922.
MAURER. La phrénicectomie dans les affections pulmonaires, *Paris méd.*, 1926, p. 157.
MOURE (Paul), CANTONNET et LEBÉE. Trois cas de phrénicotomie, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1926, n° 5.
OLMER et ISÉMEIN. Documents pour servir à l'étude thérapeutique des bronchectasies, *Marseille méd.*, 15 nov. 1926.
REVERDIN (Albert). Sur la dilatation des bronches, *Presse méd.*, 1926, n° 65.
RIBADEAU DUMAS et MOCQUOT. Dilatation des bronches, intervention chirurgicale suivie de bons résultats, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1922, p. 1688.
RIST. Un cas de bronchectasie juxta-diaphragmatique guérie par la phrénicotomie, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1924, n° 36; — Le traitement des dilatations bronchiques par le pneumothorax artificiel, *Bull. méd.*, 22 mars 1922.
SANTY et GUILLEMINET. La thoracoplastie extrapleurale dans la dilatation des bronches, *Lyon chir.*, 1924, n° 2.
SAUERBRÜCK. *Chirurgie der Brustorgane*, 2e édit., t. I, p. 701.
SCHWARTZ. *Chirurgie du thorax*, Doin, p. 377.
SERGENT, BAUMGARTNER et BORDET. A propos de huit cas de phrénicotomie, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1926, n° 1.
TUFFIER *Etat actuel de la chirurgie intrathoracique*, Masson, p. 90.
VERNEJOUL (DE). Diagnostic et traitement des suppurations pulmonaires chroniques, *Gaz. des hôpit.*, 1922, nos 14 et 16.
WEILL. Le pneumothorax artificiel dans la dilatation des bronches, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 4 juillet 1919.
WEILL et ROSENTHAL. Le pneumothorax artificiel en dehors de la tuberculose, *Journ. méd. franç.*, mai 1920.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1927)

Le cancer expérimental du poumon. — MM. Maurice LETULLE et Louis VINAY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 MARS 1927)

Au début de la séance, M. LE PRÉSIDENT prononce un excellent éloge de M. Gilbert, décédé il y a quelques jours. Il annonce la mort de M. Daniel Berthelot, membre titulaire, et de M. Langlet, associé national.

Bactériologie de la gangrène pulmonaire. — MM. F. BEZANÇON et E. ETCHEGOIN font l'historique des recherches effectuées à différentes époques à l'étranger et en France.

« De ces recherches et de leurs travaux personnels, il ressort que la bactériologie de la gangrène pulmonaire est beaucoup plus complexe que ne l'a admis M. Vincent et qu'elle ne se ramène pas en dernière analyse à la simple intervention de l'association fuso-spirochétienne de Vincent.

Il ne faut pas s'en tenir à une seule formule bactériologique, et si dans le plus grand nombre des cas (11 sur 15 selon ses constatations) la gangrène pulmonaire est due à l'action combinée de spirochètes et d'anaérobies du type Veillon, il y a des gangrènes sans spirochètes et des gangrènes sans bacilles fusiformes. »

Les auteurs montrent à ce propos « que dans la plupart des cas on parle trop facilement de l'association fuso-spirochétienne de Vincent, croyant que le fait de voir côte à côte des bacilles fusiformes et un microbe hélicoïdal entraîne nécessairement la preuve que ce microbe est le Sp. Vincenti ».

MM. Bezançon et Etchegoin rappellent que « M. Vincent compte trop facilement parmi les partisans du rôle de l'association fuso-spirochétienne tous ceux qui ont trouvé à la fois des spirochètes et des bacilles fusiformes. Ainsi Budon, qui trouve à la fois des bacilles fusiformes et des spirochètes, considère que ceux-ci ne sont pas des Sp. Vincenti, mais des Sp. dentium et des Sp. buccalis. Ainsi Nolph et Sphel opposent dans deux dessins leur spirochète au Sp. Vincenti. Mutermilch et Seguin parlent d'association des bacilles fusiformes et des spirochètes divers; le spirochète étudié par Mlle Olga Bikowa n'a rien de commun avec le Sp. Vincenti puisqu'elle a pu le cultiver. Schlossmann, qui fait d'autre part une critique très impartiale du problème, considère que la question de l'identification reste ouverte. Le polymorphisme du Sp. Vincenti, tel que l'admet M. Vincent, expose d'autre part à prendre pour Sp. Vincenti tout microbe spiralé. »

Les auteurs rappellent à ce propos quels sont les caractères des spirochètes trouvés par eux dans la gangrène et ses caractères différentiels avec le Sp. Vincenti. Ils montrent à l'appui des très belles microphotographies dues à M. Jeantet de l'Institut Pasteur.

MM. Bezançon et Etchegoin, pour terminer, rappellent que « comme l'ont montré les très importants travaux de Comandon, la « symbiose putride de Vincent » ne résulte pas seulement de l'association d'un spirochète et d'un bacille fusiforme mais est beaucoup plus complexe puisque, en général, on trouve à côté de deux espèces différentes de bacillus fusiformis, le Spirochaeta dentium, le Spirochaeta buccalis, et enfin six types de spirochètes bien différents les uns des autres ».

Deux nouveaux cas de gangrène pulmonaire. Nouvelles remarques sur l'étiologie de cette affection. — M. H. VINCENT. « La gangrène pulmonaire est sous la dépendance d'une infection polymicrobienne originellement déterminée par l'association de *Bacillus fusiformis* avec *Spirochaeta Vincenti* ou avec le streptocoque, ou simultanément avec ces deux organismes. A cette infection se superposent plus ou moins rapidement un grand nombre de germes variés, savoir :

1° En proportion variable — nulle, faible ou forte — les *spirochètes* variés, commensaux de la bouche, en particulier *Spirochaeta dentium* qui est cultivable en sérum dilué (Noguchi, etc.) ou non dilué (Ungermann). J'en ai obtenu de belles cultures; ce spirochète a, ainsi que je l'ai montré, un certain pouvoir pathogène.

2° Les *bacilles et cocci anaérobies* décrits par Veillon et Zuber, Rist, Guillemot, Hallé; ces microbes proviennent surtout de l'inhalation de l'air et des poussières. J'ai signalé leur rôle à plusieurs reprises.

3° La plupart des microbes pathogènes qui végètent dans la cavité naso-buccale (staphylocoque, B. de Pfeiffer, M. catarrhalis, entérocoque, etc.). Le pneumocoque était très abondant dans un cas que j'ai observé récemment.

Cette flore microbienne, extrêmement riche, s'accroît encore considérablement après la mort, du fait de la putréfaction cadavérique.

Le *B. fusiformis*, sous ses deux variétés (*minor* et *major*; il existe aussi une variété intermédiaire) est *constant* (S. Rona, Feldmann, Küster, Buday, Arnheim, Maurice Perrin, J. Paraf, Mironesco, Dupérié et Cadenaule, G. Delamare, Kline et Blankenhorn, I. Pilot et D. J. Davis, Mutermilch et Seguin, Kline et Berger, M. Castex, Heidenreich et Repetto, Bykowa, C. Schlossmann. Il est parfois méconnu et on le laisse souvent échapper, alors même qu'il se trouve en proportion considérable dans les crachats. J'ai signalé le même fait pour la bronchite de Castellani.

Le diagnostic de gangrène pulmonaire ou d'abcès gangréneux ne doit être porté *qu'en présence de signes caractéristiques*, et en particulier *d'odeur putride des crachats récemment émis*. Les crachats sans odeur ou à odeur faible ne répondent pas au processus gangréneux véritable.

En ce qui concerne le spirochète parfois si abondant dans les crachats et dans les lésions, tous ses caractères répondent à ceux de S. Vincenti; morphologie, mobilité, épaisseur, etc. Il peut même être cultivé faiblement en certaines conditions. Son rôle est certainement important. Mais — laissant de côté sa détermination qui n'est pourtant pas douteuse — le spirochète ne peut certainement être considéré comme l'agent exclusif, spécifique, de la gangrène pulmonaire (contrairement à l'opinion de MM. Bezançon et Etchegoin); il n'en est même pas « l'agent primordial » (id.) pour cette raison bien simple *qu'il existe un nombre élevé de gangrènes pulmonaires avec examen* des crachats et des coupes colorées par la méthode de Levaditi, et dans lesquels *il n'y a aucun spirochète d'aucune sorte*. I. Pilot et Davis n'en ont pas observé dans les poumons de 4 malades sur 16, examinés minutieusement après la mort. MM. Bezançon et Etchegoin eux-mêmes ont, plus récemment, signalé cette absence complète dans 4 cas sur 11. Enfin, j'ai étudié deux nouveaux cas de gangrène pulmonaire, ce qui porte à 7 le nombre de ceux dont j'ai pu examiner très attentivement les crachats aussitôt après leur émission; or, *2 fois il n'existait aucun spirochète*.

Il est à remarquer qu'on ne peut invoquer, dans des cas entièrement négatifs, la disparition ou la lyse des spirochètes car les crachats étaient frais, et d'ailleurs j'ai observé régulièrement que les spirochètes (*S. Vincenti*, *S. dentium*, *S. buccalis*, etc.) se conservent et demeurent parfaitement colorables dans les crachats conservés pendant plusieurs jours à la température du laboratoire. »

Discussion. — A la suite de ces deux communications la discussion continue.

M. Sergent fait remarquer qu'on n'a pas fait toute la lumière sur l'étiologie de la gangrène pulmonaire. Au point de vue clinique on semble avoir un peu abusé du terme de gangrène et on s'éloigne de la description classique. Si on baptise gangrène pulmonaire toutes les maladies ayant une expectoration fétide, ou devenue fétide, on s'expose à donner ce nom à des pleurésies interlobaires avec vomiques, à la dilatation bronchique, etc.

M. Sergent s'élève contre la dénomination de « gangrène qui passe à l'état chronique », il pense que la pathologie des suppurations respiratoires est à refaire entièrement avec les moyens d'exploration dont on dispose maintenant. Il fait en outre remarquer que dans bien des crachats n'ayant pas d'odeur fétide on trouve des spirochètes, alors que dans des cas de gangrène on ne les trouve pas.

M. Achard apporte un cas personnel où il n'a pu mettre en évidence le spirochète.

M. Tuffier estime qu'on ne peut se baser sur la fétidité pour porter le diagnostic de gangrène.

M. Chauffard rappelle avec beaucoup d'à-propos qu'on n'a pas insisté sur un signe de grande valeur, la présence dans les crachats de débris d'alvéoles pulmonaires.

M. Bezançon insiste encore une fois sur l'intermittence de la présence des spirochètes que l'on trouve généralement en quantités considérables et qui parfois font défaut.

Les études médicales. — Après une courte discussion entre MM. Weiss, Quénu et Siredey qui insistent sur l'importance de la prééducation médicale, non seulement au point de vue scientifique, mais aussi au point de vue moral, la lecture du rapport de M. Marcel Labbé et les conclusions de la commission sont remises à quinze jours.

Voici ces conclusions, qui seront discutées :

1° Les jeunes gens qui se destinent à la médecine devront être munis des deux diplômes de baccalauréat suivants :

a. Baccalauréat première partie : latin-sciences, latin-langues ou latin-grec, le baccalauréat sciences-langues n'est pas admis.

b. Baccalauréat deuxième partie : mathématiques : le baccalauréat philosophie n'est pas admis.

2° L'année de P C N qui s'accomplit actuellement dans les Facultés des sciences sera remplacée par une année scientifique préparatoire ayant un programme analogue où l'enseignement serait donné dans les Facultés de médecine et les Écoles de médecine.

Résistance des globules sanguins soumis à l'action de l'oxyde de carbone. — M. Douris.

Considérations sur la polyvalence thérapeutique et les affinités électives des eaux minérales. — M. Desgrez présente une note de M. Feuillié montrant que la rénovation leucocytaire des cures hydro-minérales est comparable à celle obtenue par des médicaments simples agissant par leucothérapie générale, par congestions locales, et par anti-anaphylaxie.

En étudiant parallèlement les effets sur le sang de ces médicaments simples et des eaux minérales, il semble possible d'interpréter en partie le mécanisme de l'action des cures hydro-minérales.

L'activité réelle des milieux de l'œil au cours de la cataracte traumatique. — MM. Labbé et Lavagna ont pu mettre en évidence, dans ce processus pathologique, des modifications de l'équilibre acido-basique tendant vers une acidose décomposée. Des phénomènes analogues avaient déjà été observés par eux dans la cataracte sénile du cheval et dans la cataracte naphtalinique.

Comment se présentent les lésions du cancer de l'œsophage à la période de début. — M. Jean Guisez (de Paris). Alors que dans la grande majorité des cas, le diagnostic de cancer de l'œsophage n'est posé qu'à une période avancée de son développement, cette affection généralement indolore ayant un début très insidieux, M. Guisez a pu, par l'endoscopie dans un certain nombre de cas, poser le diagnostic de cette variété de cancer à la période tout à fait initiale.

C'est presque toujours chez d'anciens spasmodiques que ce diagnostic a été posé de façon précoce, le cancer se développant sur la muqueuse atteinte d'œsophagite par suite de la stase alimentaire dans les rétrodilatations consécutives.

On comprend tout l'intérêt qu'il y a de poser semblable diagnostic de façon précoce. Tout d'abord, au point de vue *préventif* : on évitera à peu près, à coup sûr, la dégénérescence cancéreuse en soignant les spasmes graves de l'œsophage en particulier par la dilatation multibougiraire. Au point de vue *thérapeutique*, le cancer de l'œsophage, la plupart du temps basi-cellulaire, est très sensible au radium.

LIVRES NOUVEAUX

La Marquise de Sévigné (1), par le docteur Sonnié-Moret.

La correspondance sur laquelle fut fondée d'emblée la réputation de la Marquise de Sévigné est d'un haut intérêt.

C'est un miroir enchanté qui fait connaître la Cour dont Louis XIV fut l'âme, le Roi lui-même et ses maîtresses, l'Eglise, le théâtre, la littérature, la guerre, les fêtes, les repas, les toilettes.

D'un style bien personnel, cette correspondance brille par l'imagination, la sensibilité et l'esprit; aussi sa lecture est-elle attachante pour tous.

Le docteur Sonnié-Moret s'est appliqué à son tour à dégager de la correspondance de Mme de Sévigné les passages nombreux cependant dans lesquels la Marquise s'occupe de la médecine et des médecins. Il l'a fait avec une grande délicatesse et une déférence que l'on appréciera; il a élucidé la question et a produit une étude charmante que Mme de Sévigné elle-même eût appréciée.

***

Médecins et chirurgiens ont été éxécutés avec un sans-gêne immérité, puisque les exemples ne sont pas cités à l'appui d'un jugement sommaire. A plusieurs reprises, elle dit à sa fille, Mme de Grignan, en parlant des médecins :

« Il n'y a qu'à voir ces messieurs pour ne vouloir jamais les mettre en possession de son corps. »

« Ah ! que j'en veux aux médecins, quelle forfanterie que leur art ! »

Elle les croit bons « à tuer quelques malades ». Abrégeons.

(1) Librairie J.-B. Baillière, 1926.

Elle avait évidemment oublié le sage conseil donné à tous par sa grand'mère, sainte Jeanne de Chantal : « Es grandes maladies, on suivra toujours l'avis du médecin sans contrôler ni censurer ses ordonnances... Après avoir représenté nos craintes aux médecins, il faut leur obéir. » C'était la sagesse même.

Le compte des chirurgiens est encore plus sommairement réglé ; il suffit qu'ils entrent en conflit avec les empiriques pour perdre tout crédit aux yeux de Mme de Sévigné.

Si elle éprouva de la sympathie pour Jean Puquet, ce fut moins pour son savoir que pour la fidélité avec laquelle il assista l'ex-surintendant Fouquet disgracié.

Le « brave médecin » Amonio de Chelles, d'humeur plaisante, trouva grâce devant elle, mais il fut remercié par les religieuses de l'abbaye qu'il scandalisa.

Enfin, elle avait conservé un bon souvenir pour le médecin de Gannat qui, à Vichy, séparé d'elle par un rideau, lui fit la lecture qu'il prolongea pendant tout le temps qu'elle subit des douches.

A vrai dire, tout cela n'avait rien de commun avec la médecine et ne relevait pas de ce qu'a dit judicieusement La Bruyère : « Il y a déjà longtemps que l'on improuve les médecins et que l'on s'en sert. » C'est un mode particulier de les utiliser.

* * *

Les remèdes de bonne femme étaient bien autrement précieux et il faut convenir que la crédulité de la Marquise dépassa les bornes et provoqua le plus souvent le rire.

Le champ est si vaste que nous devrons souvent nous borner à une énumération sans commentaires. Tout ce que l'on peut dire pour l'excuser, c'est que, malgré tout son esprit, Mme de Sévigné partagea les préjugés les plus surprenants de son temps.

La mère et la fille ont leurs préférences et luttent à qui mieux mieux pour l'emploi des amers, de « la bonne pervenche », du thé ou du chocolat ; arrêtons-nous à celui de la chair de vipère (poudre, pastilles ou trochisques, huile ou gelée). Mme de Sévigné s'en prend à ce propos à son gendre : « C'est à une vipère (écrit-elle en 1686) que je dois la pleine santé dont je jouis depuis des temps si funestes pour moi. » Suivait la recette : farcir avec deux vipères le corps d'un poulet et le manger avec la certitude de « retrouver sa jeunesse et sa santé ».

Nous ignorons quel accueil le comte fit à la proposition de sa belle-mère...

Celle-ci était fermement persuadée que « l'huile merveilleuse » était souveraine contre « toutes les morsures et spécialement celles de la vipère et du scorpion. Elle guérirait la petite vérole, la rougeole, la peste et toutes les épidémies ; elle était de même souveraine contre l'épilepsie, la paralysie et la plupart des maladies du cerveau. »

On reste confondu.

Les mêmes propriétés étaient attribuées par la Marquise à « l'eau de la reine de Hongrie » (1), propre surtout à combattre l'apoplexie ; aussi chacun devait-il porter sur soi une bouteille de cette eau... »

Les « Capucins du Louvre », dont le Père Tranquille l'inventeur du « baume », eurent aussi le moment de vogue, et Mme de Sévigné d'écrire à sa fille, en 1689 : « Gardez bien votre baume tranquille, c'est un remède infaillible... songez-y, ma bonne, ne soyez jamais sans un tel trésor. »

Que dire des « affections vapoureuses » ? Contre elles, Mme de Sévigné prit une fois huit gouttes d'essence d'urine, mais n'y revint pas.

C'était, convenons-en, une proie tout indiquée pour les empiriques.

* * *

Les empiriques jouèrent un tel rôle à la Cour de Louis XIV que bien peu ne cédèrent pas à la mode, ce mot souverain.

(1) C'était un alcoolat de romarin.



L'entraînement était, en effet, irrésistible; il accentua la vogue : du capucin frère Ange, ex-apothicaire, auteur d'un certain sirop purgatif dont la clientèle, y compris la Marquise naturellement (1), fut fort étendue; du chevalier de Talbor ou Tabor qui arriva à la fortune en débitant sa drogue dont il ne fit connaître que plus tard la composition, du quinquina, après que Louis XIV l'eut largement payé avant de l'employer pour lui-même lorsqu'il eut été opéré de sa fistule anale (2); du prétendu marquis de Caretto ou Carette qui trompa et pressura entre autres Mme de Coulanges, le maréchal de Luxembourg et Mme de Caylus; en dernier lieu, pour nous borner, de la princesse de Tarente, mensongère et cynique personne, à laquelle Mme de Sévigné accorde pleinement sa confiance jusqu'à ce que la fourberie fut démasquée.

*
* *

La « Médecine sympathique » devait naturellement compter parmi ses adeptes la Marquise.

Son cousin Bussy ayant été saigné, elle lui écrit, en 1668 : « Au reste, j'ai senti votre saignée. N'était-ce pas la dix-septième de ce mois? Justement elle me fit tous les biens du monde, et je vous en remercie. Je suis si difficile à saigner, et c'est charité à vous de donner votre bras au lieu du mien. »

En effet, elle n'aimait pas la saignée, à ce point qu'elle la redoutait même pour son gendre. « Ne le faites point tant saigner, écrit-elle à sa fille, les médecins sont cruels. »

Le principal agent de la médecine sympathique était la « poudre sympathique » de l'anglais Kenelin Digby, propre surtout à guérir les plaies (1).

Sur le conseil de sa fille, la Marquise, oubliant les Capucins, l'employa pour guérir ses jambes et fut enthousiasmée : « Ce remède est tout divin; ma plaie a changé de figure, elle est quasi sèche et guérie. » Néanmoins elle écrivait la semaine suivante : « Je crois que la poudre de sympathie n'est point faite pour de vieux maux; elle n'a guéri que la moins fâcheuse de mes petites plaies. »

*
* *

Puissent les citations que j'ai été amené de proche en proche à faire, pour démontrer la singularité quelque peu enfantine d'une femme à l'esprit brillant, donner au lecteur le désir de connaître l'étude du docteur Sonnié-Moret.

L'analyse que j'en ai faite a forcément atténué le charme de cette exécution dont l'auteur a si finement vengé ses confrères de jadis.

Dr F. CANONGE.

Défense d'aimer (2), roman par J. JACQUIN.

Le Freudisme a déjà joué un grand rôle dans l'affabulation de beaucoup de romans. *Défense d'aimer* montre à son tour son influence dans la vie sentimentale, mais combien néfaste puisqu'elle conduit aux plus tragiques conséquences. Il y a là une critique détournée qui ne manque pas d'opportunité. Les médecins ont grand intérêt à savoir comment la psychanalyse est comprise des écrivains et exploitée par eux et c'est pourquoi je leur signale ce petit roman; d'une lecture fort attachante, et d'ailleurs suivi de trois contes, écrits d'un style alerte et plein de saveur.

J. L.

(1) Le 22 novembre 1679, elle écrivait à sa fille : « Je vous prie de ne pas perdre cette eau des Capucins; c'est une merveille pour toutes les douleurs du corps, les contusions et même les entamures... » Elle lui confia sa jambe, de visu, à guérir.

(2) Racine a écrit que la plupart des courtisans prétendirent aussitôt être atteints de fistule et se fâchèrent quand on refusa de les opérer.

(1) Ce remède était une solution très concentrée de vitriol « dans de l'eau de fontaine ou mieux de pluie ».

(2) Un volume in-16. — Paris, Librairie Baudinière.

CONGRÈS ET EXCURSIONS

XIXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. (PARIS, lundi 10, jeudi 13 octobre 1927.) — Le XIXe Congrès français de médecine, décidé par l'assemblée générale de l'Association des médecins de langue française tenue en 1925 à Nancy, se tiendra à Paris du lundi 10 au jeudi 13 octobre 1927, sous la présidence de M. le professeur Teissier.

Les rapports porteront sur les questions suivantes :

I. *Séméiologie des septicémies médicales.* — Rapporteurs : MM. Gastinel et Reilly (de Paris). Séméiologie générale de l'état septicémique. — M. de Lavergne (de Nancy). Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques spécifiques à virus connus ou inconnus. — MM. Arloing et Dufourt (de Lyon). Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques non spécifiques.

II. *Physiopathologie des œdèmes.* — Rapporteurs : MM. Mauriac et Aubel (de Bordeaux). Etude du rôle de quelques ions et des variations de leur répartition dans la pathogénie des œdèmes. — M. Gowaertz (de Bruxelles). Rôle des propriétés physico-chimiques des protéines dans la pathogénie des œdèmes avec étude des variations de la tension osmotique et de la tension capillaire. — M. Pasteur-Vallery-Radot (de Paris). Les œdèmes brightiques.

III. *Indications médicales et valeur thérapeutique comparée de la splénectomie.* — Rapporteurs : MM. Fiessinger et Brodin (de Paris). La splénectomie dans les processus hémolytiques. — MM. Nanta (d'Alger) et Jean Tapie (de Toulouse). La splénectomie dans les processus anémiques. — M. Nanta. Anémies parasitaires et infectieuses. — M. Jean Tapie. Anémies pernicieuses et leucémies.

Le texte de ces rapports sera envoyé aux membres adhérents avant le mois de juillet 1927 pour leur permettre d'en prendre connaissance et de s'inscrire éventuellement pour toutes communications relatives aux trois questions. Afin d'assurer une discussion large et méthodique, le Comité d'organisation a décidé de n'accepter aucune communication qui ne concernerait pas exclusivement les questions rapportées. En raison des adhésions déjà reçues, le Comité d'organisation prie les futurs membres du Congrès de s'inscrire le plus tôt possible. Il sera, en effet, obligé de fixer peu après l'envoi des rapports le terme au delà duquel les inscriptions ne pourront plus être admises.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX. — Pendant la durée du Congrès se tiendra une exposition de produits pharmaceutiques, d'appareils d'hygiène et de radiologie, d'instruments de laboratoire, de journaux et de livres médicaux.

Des réductions de tarif seront demandées aux Compagnies de chemin de fer en faveur des congressistes.

Des fêtes, réceptions et excursions dont le détail sera donné ultérieurement, seront organisées à l'occasion du Congrès.

La cotisation est fixée à : 50 fr. pour les membres adhérents, médecins civils, militaires ou coloniaux ; 25 fr. pour les membres associés, membres des familles des adhérents, internes et externes des hôpitaux, étudiants en médecine.

Les demandes d'inscriptions doivent être adressées avec le montant de la cotisation à M. Pierre Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), par chèque ou versement à la poste au compte courant de chèques postaux n° 599, à Paris.

Le bureau compte sur tous les membres de l'Association pour assurer au XIXe Congrès un succès digne de la science médicale française. Il tient à exprimer de nouveau sa reconnaissance aux nombreuses notabilités médicales des pays amis et alliés de l'Amérique du Sud (République Argentine et Brésil), de la Belgique, du Canada, de l'Italie, du Grand Duché de Luxembourg, de la Pologne, de la Roumanie, de la Suisse, de la Tchéco-Slovaquie, de la Yougo-Slavie, dont le concours dévoué, si spontanément et si libéralement donné, lui est déjà un encouragement précieux.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. — Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la permanence du bureau du XIXe Congrès, salle Béclard, à la Faculté de médecine de Paris, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, « Bureau de l'Association pour le développement des relations médicales avec l'étranger », A. D. R. M., ou à M. le docteur M. Chiray, secrétaire général du Congrès, 14, rue Pétrarque, à Paris (XVIe), ou à M. le docteur Lian, 19, rue de Bourgogne, à Paris (VIIe).

EXCURSION SUR LA CÔTE D'AZUR, *organisée à l'occasion des Journées médicales de Marseille par la Société médicale du Littoral méditerranéen.* — Une excursion sur la Côte d'Azur aura lieu immédiatement après les Journées médicales marseillaises et coloniales (20-23 avril 1927). La concentration se fera à la gare de Cannes, le dimanche matin 24 avril. On visitera Cannes, Le Cannet, Nice, Beaulieu, Monaco, Monte-Carlo et Menton. Tous les parcours seront effectués en autocars (ou en bateau si le nombre des touristes et le temps le permettent). Le logement sera assuré dans les meilleurs hôtels. Le prix de l'excursion est de 375 fr., tout compris (même les taxes et les pourboires). Le voyage est strictement réservé aux médecins et à leurs familles. Le nombre des places est limité. Les étudiants en médecine sont admis. La dislocation aura lieu à la gare de Nice le mercredi soir 27 avril (les adhérents qui comptent assister ensuite à la réunion de la Presse médicale latine qui commencera à Paris, le 28 avril, à 21 h., sont assurés d'arriver à temps à Paris, ce même jour 28 avril, à 14 h. 20).

Se faire inscrire 40, allées Léon Gambetta, Marseille (professeur Olmer, président du Comité d'organisation des Journées médicales) ou 24, rue Verdi, à Nice (docteur M. Faure, président de la Société médicale du Littoral).

CROISIÈRES MÉDICALES, *organisées sous le patronage de l'Association de la Presse médicale française.* — CROISIÈRES DE L'AFRIQUE DU NORD. — 1° *Le Maroc, le Sénégal et les Canaries* (Compagnie Paquet). — Itinéraire : Marseille, Tanger, Casablanca, Las Palmas, Dakar et retour.

Prix du voyage : 1re classe, 4.060 fr. ; 2e classe, 3.200 fr. ; 3e classe, 1.800 fr.

La durée de cette croisière est d'un mois en comptant un séjour d'environ une semaine à Dakar.

Dates de départ : le 30 mars, le 13 et le 27 avril.

Inscription ferme : versement d'avance de 400 fr. sur le prix du passage à l'adresse suivante : chèques postaux, docteur Loir, Rouen, c./c. 63.45.

2° *Les ports du Maroc* (Compagnie Paquet). — Il y aura des départs de Marseille pour Oran, Tanger, Casablanca, Marakech, Mogador, Safi, Mazagran et retour, aux dates suivantes : 5 et 15 avril.

Prix du voyage : 1re classe, 3.800 fr. ; 2e classe, 2.300 fr. ; 3e classe, 1.800 fr.

Ces prix représentent une réduction de plus de 10 p. 100 sur les prix ordinaires de la Compagnie Paquet. De plus, celle-ci peut faire bénéficier nos adhérents des billets à prix très réduits combinés avec le P.-L.-M. au départ de Paris et de Lyon à Tanger et à Casablanca.

Excursions organisées avec le concours du Touring Club de France par groupe de cinq voyageurs minimum.

Inscription ferme : versement d'avance de 500 fr.

CROISIÈRE DES PORTS DE LA MER NOIRE (Compagnie Paquet). — De Marseille pour Constantinople, Ineboli, Lamsom, Keressunde, Trébizonde, Batoum, Novorossisk, le 30 mars.

CROISIÈRE DU PROCHE-ORIENT. — Départ : le 29 mars.

Itinéraire : Naples, Le Pirée, Constantinople, Smyrne, Rhodes, Larnaca, Beyrouth, Nazareth, Jérusalem, Le Caire, Louqsor, Alexandrie.

Prix minimum : 1re classe, 303 dollars. Nous disposons encore de dix places environ pour ce voyage.

Inscription : versement de 25 p. 100 sur le prix du passage au compte courant du docteur Loir.

En préparation : Voyage aux pays du Nord (Lloyd Hollandais). Croisière de vacances en Proche-Orient, à prix très réduit, spécialement réservée aux médecins, professeurs et étudiants.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Loir, 12 *bis*, rue de Caligny, au Havre, en joignant un timbre pour la réponse.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 22. — MERCREDI 16 MARS 1927. 100e ANNÉE. MERCREDI 16 MARS 1927. — N° 22.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.

Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à partir du 1er avril 1927, à M. Delaunay, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux. (*J. O.*, 11 mars 1927.)

DISTINCTION HONORIFIQUE. — M. le médecin inspecteur général de la marine Girard a été nommé grand'croix du Mérite naval espagnol.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or a été décernée à la mémoire de M. le médecin-major de 1re classe Playoust, de Mayence. (*J. O.*, 12 mars 1927.)

IXe SESSION DU COMITÉ D'HYGIÈNE. — Le Comité d'hygiène s'est réuni à Genève, du 14 au 18 février, pour y tenir sa IXe Session. Le Comité, qui siégeait pour la première fois dans sa nouvelle composition, a élu comme président le docteur Madsen (danois), comme vice-présidents M. Bernhard Nocht (allemand), M. Tsurumi (japonais), M. Velghe (belge). Il a, conformément à son statut, procédé à la nomination de quatre membres. Il a décidé, en outre, de présenter à l'approbation du Conseil une liste de quatre assesseurs dont un sera proposé par le représentant du Japon.

Le Comité est composé de la façon suivante : docteur Araoz Alfaro (argentin), président du Département national d'hygiène; docteur Léon Bernard, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris; sir George Buchanan (anglais), senior medical officer au ministère de l'Hygiène; docteur H. Carrière (suisse), directeur du Service fédéral de l'hygiène; docteur Carlos Chaga (brésilien), directeur général de la santé publique; docteur W. Chodzko (polonais), directeur de l'Ecole d'hygiène de l'Etat; surgeon-general H. S. Comming, directeur général du Service d'hygiène des Etats-Unis; docteur J. Drummond-Graham (hindou), commissaire pour l'hygiène publique auprès du gouvernement hindou; docteur Hamel (allemand), président du « Reichsgesundheitsamt »; docteur Jitta (néerlandais), président du Conseil d'hygiène des Pays-Bas; professeur R. Jorce (portugais), directeur général de la santé publique; docteur A. Lutrario (italien), ancien directeur général de l'administration d'hygiène au ministère de l'Intérieur; professeur Th. Madsen (danois), directeur de l'Institut sérothérapique de l'Etat; docteur L. Raynaud (français), inspecteur général des services d'hygiène de l'Algérie; docteur M. Tsurumi (japonais), représentant des services sanitaires du Japon; M. O. Velghe (belge), directeur général de l'administration d'hygiène; assesseurs : Mme Alice Hamilton (américaine), professeur d'hygiène industrielle à l'Université de Harvard; professeur C. Winslow (américain), président de l'Association américaine d'hygiène publique; docteur L. G. H. Cumpston (australien), directeur général d'hygiène publique au département d'hygiène du Commenwealth.

Le Comité a passé en revue les travaux de ses diverses commissions et de ses comités d'experts. Il a décidé, notamment, que les commissions du paludisme, de la standardisation des sérums et des statistiques, les comités d'experts pour l'étude des questions relatives à la protection de l'enfance, de la maladie du sommeil et de la tuberculose en Afrique équatoriale, poursuivraient leur activité et qu'une nouvelle commission d'experts en matière d'assurance-maladie serait constituée. Il a chargé les présidents des commissions de l'enseignement de l'hygiène, de la variole, de la vaccination, de

l'opium, de la tuberculose en Extrême-Orient et de la Commission mixte du charbon de lui présenter des rapports sur leur activité.

LE NOMBRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — Sur une question écrite de M. Georges Bret, député, le ministre de l'Instruction publique vient de fournir les renseignements suivants :

Le 15 janvier 1913 il y avait 8.247 étudiants dans les facultés de médecine et 1.497 étudiants dans les écoles de médecine.

Le 31 juillet 1926 il y avait dans les facultés de médecine 10.821 étudiants et dans les écoles 1.465 étudiants.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Pendant la 6e décade, du 21 au 28 février 1927, on a enregistré 1.142 décès, au lieu de 1.261, moyenne des cinq dernières années. On a signalé encore 3 décès par variole. Les autres maladies infectieuses sont en décroissance, sauf la diphtérie qui a causé 17 décès (moyenne 6).

FONDATION BERGONIÉ. — La Fondation Bergonié désirant, selon son but, être utile moralement et matériellement à toutes les victimes des rayons X, demande à tous de bien vouloir lui signaler les médecins ou manipulateurs atteints de radiodermite.

Ecrire au professeur agrégé Zimmern, secrétaire général de la Fondation, 5, rue Saint-Philippe-du-Roule, ou au docteur R. Dausset, secrétaire général adjoint, 9, rue Daru, à Paris.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 21 mars 1927, à 21 h., à l'amphithéâtre de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Les enseignements de la guerre en pathologie cérébrale », par M. le professeur agrégé Léri, médecin des hôpitaux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alfred Porte (de Toulon), Clément Alphant (de Saint-Didier, Vaucluse), Robert (de Marbehan, Belgique), décédé à l'âge de 98 ans; Françon (de Tenay (Ain), Edouard (de Chatillon-sur-Chalaronne).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RÉQUISITION DU MÉDECIN OU DU CHIRURGIEN

Aux termes de l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892, tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous les peines portées en l'article 22, c'est-à-dire d'une amende de 25 à 100 francs; on sait qu'aux termes des lois fiscales actuelles les amendes sont majorées dans des proportions très importantes.

Ce texte ne s'applique pas au cas où le docteur en médecine est demandé par un simple particulier; aucun texte légal n'oblige le médecin à déférer à l'appel qui lui est ainsi adressé par une personne quelconque (Trib. civil Châteauroux, 1er août 1908; *La Loi*, 19 nov. 1908). Cependant, le médecin qui, après avoir promis de se rendre auprès d'un malade, manque à sa promesse, pourrait, après la mort de celui-ci et même après une aggravation, encourir une responsabilité civile génératrice de dommages-intérêts. Pour qu'il pût en être ainsi, il faudrait établir : 1° que c'est volontairement que le médecin ne s'est pas rendu auprès du malade; 2° que ses soins auraient certainement sauvé le malade, ou auraient évité l'aggravation. On peut ajouter qu'il faudrait prouver que tout secours médical faisait défaut et qu'aucun autre médecin ne pouvait fournir son concours (Pau, 1er mai 1900, *D.*, 1902, 2, 33).

Mais lorsque le médecin est requis par la justice, peut-il ne pas déférer à la réquisition? Nous ne le pensons pas; la seule chose qu'il peut exiger, c'est une réquisition écrite; et, encore s'il y a une urgence absolue, cela peut être douteux.

Or, dernièrement la question de savoir si le médecin était ou non tenu de déférer à une réquisition s'est posée devant le Tribunal d'Angoulême. Un drame de famille s'était produit dans cette ville, le soir, vers 10 heures. A son arrivée sur les lieux, le Procureur de la République fit transporter les blessés à l'hôpital et appeler le chirurgien de l'établissement afin qu'il intervînt, en raison de l'urgence. Le chirurgien refusa de se déranger déclarant qu'il y avait un interne de garde à l'hôpital.

Le Procureur de la République lui envoya un ordre de réquisition : le chirurgien n'y obtempéra pas. C'est seulement le lendemain matin qu'il vint examiner les blessés.

Le parquet d'Angoulême le fit poursuivre par application de l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892, en soutenant qu'un médecin n'avait pas le droit de se refuser à mettre sa science à la disposition de son prochain, surtout s'il en est requis par un officier de police judiciaire. Le Tribunal acquitta le médecin.

Mais le Parquet fit appel contre cette décision, et la Cour de Bordeaux a condamné le médecin à 50 francs d'amende et aux dépens.

La Cour a appliqué l'article 23; et elle ne pouvait pas faire autrement à notre avis, puisqu'il y avait un ordre formel de réquisition du Parquet. Le médecin n'aurait pu ne pas y déférer que s'il y avait eu une impossibilité matérielle, telle qu'une maladie l'empêchant de quitter son domicile. Ce qui est vrai lorsqu'il s'agit de l'appel du médecin pour soigner un simple particulier ne l'est pas quand il s'agit d'une réquisition du Parquet, parce qu'il y a un texte de loi.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

DÉPRESSION NERVEUSE

1° Prendre six cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée, de la solution suivante (Joulie) :

Acide phosphorique	17 gr.
Phosphate de soude	24 gr.
Eau distillée ... Q. s. p.	250 gr.

2° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine.

Si la débilité est très accusée, recourir de préférence aux injections de Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

VENDS MOITIÉ PRIX ACHAT FAUTEUIL DUPONT n° 179, modèle luxe, roues caoutchouc, dossier bascule, accotoirs mobiles velours bleu, neuf, servi huit jours. Visible 27, rue Laffitte, Paris.

SUPPURATION PULMONAIRE

COMPLICATION TARDIVE D'UN CORPS ÉTRANGER MÉCONNU DES VOIES AÉRIENNES

PAR MM.

JEAN TAPIE et A. LYON

Professeur agrégé à la Faculté, Médecin des hôpitaux

Chef de Laboratoire à la Faculté, Interne des hôpitaux

de Toulouse.

Il peut paraître un peu banal aujourd'hui de rappeler qu'en présence d'une suppuration pulmonaire, de nature indéterminée, il faut toujours songer à la possibilité d'un corps étranger des voies aériennes; si l'on y pense souvent chez l'enfant, on l'oublie, par contre, fréquemment chez l'adulte, en dehors de circonstances particulières (malades aliénés, gâteux ou pseudo-bulbaires), Or, ces suppurations abandonnées à elles-mêmes, sont d'un pronostic sombre; elles se terminent souvent par la mort dans une cachexie progressive rappelant celle du tuberculeux cavitaire avec ou sans dégénérescence amyloïde, à moins qu'une vomique ou une hémoptysie n'emporte plus brusquement le malade.

Nous relatons ici la pénible histoire d'une jeune femme considérée à tort, pendant plusieurs mois, comme une tuberculeuse alors que, ni l'examen radiologique de l'appareil pulmonaire, ni l'analyse bactériologique des crachats n'avaient été pratiqués; le diagnostic de corps étranger intrabronchique ne fut porté que beaucoup plus tard, au moment où une infection gangréneuse avait déjà envahi la presque totalité du poumon et de la plèvre correspondante; diagnostic trop tardif pour qu'il nous ait été permis d'extraire le corps étranger et de mettre en œuvre une thérapeutique vraiment efficace.

OBSERVATION. — Albertine V..., âgée de trente-neuf ans, entre d'urgence à l'Hôtel-Dieu le 7 avril 1926; son aspect et la gravité de son état évoquent immédiatement l'idée d'une tuberculose cavitaire; en effet, la malade, d'une maigreur extrême, tousse fréquemment et rejette avec abondance des crachats purulents; sa température est à 39°, son pouls à 120, sa pression maxima n'atteint pas 10 au Pachon; du phtisique cavitaire, elle présente encore la dyspnée, la déformation hippocratique des doigts, les pommettes rouges tranchant sur la pâleur du visage; enfin, la cavité buccale est envahie par du muguet.

Les signes physiques semblent confirmer cette hypothèse : le thorax est véritablement décharné; une cicatrice de trachéotomie vient témoigner de l'atteinte concomitante de l'organe de la phonation; en avant et en arrière, les 2/3 supérieurs du poumon gauche sont le siège d'une matité des plus nettes avec exagération des vibrations vocales; sur toute cette zone, l'oreille perçoit aux deux temps de la respiration un souffle tubo-creux intense entouré de gros râles humides, en un mot, un véritable gargouillement; là encore, la voix et la toux retentissent avec force; la base du poumon n'offre qu'une simple diminution de la respiration. Le poumon droit ne présente, par contre, aucune modification appréciable de la sonorité ni du murmure vésiculaire.

En dehors de ces signes cavitaires, l'examen révèle une légère albuminurie; le foie est normal ainsi que la rate; la malade ne présente pas de diarrhée.

L'examen physique venait donc renforcer l'impression primitive, celle d'une tuberculose cavitaire; et cependant un doute surgit à un examen plus attentif; tout d'abord, la répartition des signes physiques est un peu anormale : d'un côté, des signes énormes d'infiltration et d'excavation pulmonaire; de l'autre, un murmure vésiculaire normal. Une aussi stricte unilatéralité n'est pas habituelle à une période avancée de la phtisie.

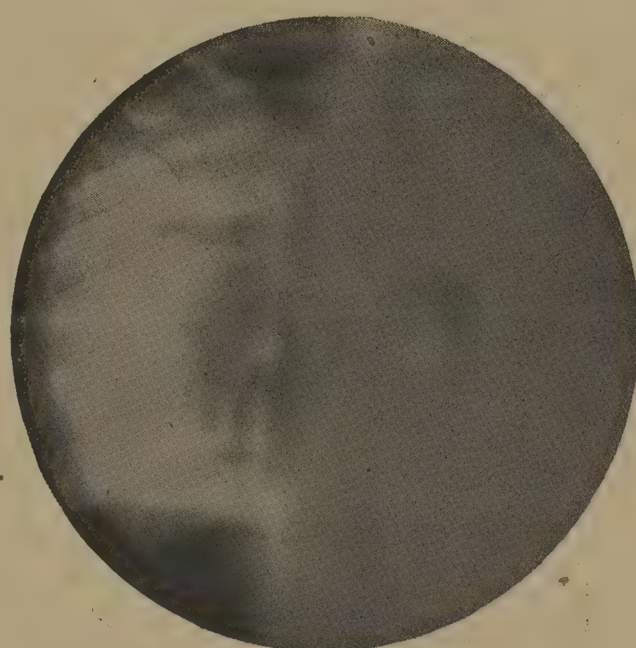
De plus, cette malade, malgré sa cicatrice de trachéotomie, ne présentait aucun trouble de la phonation; sa voix était normale; les accidents laryngés avaient donc ici précédé les manifestations pulmonaires, puis rétrocédé; une pareille évolution n'est pas la règle chez les tuberculeux pulmonaires qui ensemencent leur larynx.

L'examen des crachats vint enfin confirmer nos doutes, car il fut impossible de déceler le bacille de Koch, même après homogénisation.

Quelle était donc la nature de cette suppuration non tuberculeuse du poumon? L'interrogatoire de la malade allait nous permettre de le préciser; quatre ans auparavant, en 1922, cette femme, jusque-là en excellente santé, avait présenté des crises de dyspnée avec tirage et cornage; l'une d'elles avait été assez intense pour nécessiter une trachéotomie d'urgence; la nature de ces crises ne fut jamais élucidée; la malade qui ne présentait alors aucun signe pulmonaire avait, en outre, un Wassermann négatif dans le sang.

La trachéotomie faite, les crises disparaissent complètement; la malade, durant deux années, garde sa canule trachéale et mène, par ailleurs, une vie tout à fait normale; au mois d'août 1924, elle s'aperçoit, en nettoyant sa canule interne, que celle-ci est rouillée et « ébréchée »; son médecin décide, à ce moment, de laisser cicatriser la plaie trachéale; la respiration se fait très bien par les voies naturelles et la malade, durant seize mois, se porte à merveille. Brusquement, en décembre 1925, un violent point de côté apparaît sous le mamelon gauche; la malade a de la fièvre, des frissons répétés, une expectoration purulente qui augmente chaque jour d'abondance; elle maigrit, perd ses forces avec son appétit; considérée par plusieurs médecins comme une phtisique, elle se décide enfin à entrer à l'Hôtel-Dieu.

L'hypothèse d'un corps étranger intrabronchique est immédiatement confirmée par l'examen radiologique (voir cliché ci-contre); sur la teinte uniformément grise du champ pulmonaire gauche, apparaît l'image sombre et fort reconnaissable d'un fragment de canule taillé en biseau; ce corps étranger paraît fixé dans la bronche gauche, tout près de la bifurcation trachéale. Nous demandons qu'on nous apporte le fragment de canule que la malade avait conservé chez elle; nous constatons alors que la canule interne est sectionnée à deux centimètres de la plaque cervicale et qu'elle offre un biseau en rapport avec celui de l'image radiographique.



Il est, dès lors, facile de reconstituer l'histoire de notre malade : après sa trachéotomie, celle-ci échappe à toute surveillance médicale régulière; sa canule s'oxyde, se rompt; un fragment tombe dans la trachée sans entraîner le moindre accident dyspnéique (la malade est formelle sur ce point); durant quinze mois, ce corps étranger est admirablement toléré, puis l'infection pleuro-pulmonaire éclate à grand fracas,

Après que son état général eût été légèrement remonté par les toni-cardiaques usuels et que des inhalations et des injections d'huile eucalyptolée eussent été pratiquées, la malade fut transférée dans le service de M. le professeur Escat; l'extraction du corps étranger allait être tentée lorsque la malade eut une vomique considérable avec menace d'asphyxie; l'état général s'aggrava rapidement, rendant impossible toute tentative opératoire; la malade revint dans notre service : elle présentait déjà des signes de broncho-pneumonie au niveau du poumon droit; l'expectoration, horriblement fétide, contenait une riche flore anaérobie; la mort survint en quelques jours.

Autopsie. — Dès l'ouverture du thorax, nous constatons la présence d'une quantité notable de pus d'odeur infecte dans une poche enkystée de la plèvre gauche; pour découvrir le corps étranger, la trachée est incisée à 2 centimètres au-dessus de sa bifurcation; une pince introduite dans la bronche gauche permet de saisir l'extrémité de la canule; l'extirpation se fait avec la plus grande facilité, le corps étranger ne semblant avoir contracté aucune adhérence avec la paroi bronchique.

Le poumon gauche adhère à l'hémithorax correspondant, le sommet en est sclérosé et carnifié, la base n'est plus qu'un magma putride; dans la partie cloisonnée de la plèvre, signalée plus haut, on trouve 300 grammes environ de pus fétide.

Le poumon droit, emphysémateux, est le siège de lésions broncho-pneumoniques disséminées. On ne trouve en aucun point de lésion tuberculeuse. Le cœur est petit; le foie et les reins sont sensiblement normaux.

Cette observation n'exige pas de longs commentaires; elle constitue par elle-même un enseignement. Il nous suffira donc d'en dégager les conclusions suivantes :

1° *Il ne faut jamais porter à la légère le diagnostic de tuberculose pulmonaire.* — En effet, le syndrome cavitaire peut être réalisé par de multiples affections; les suppurations pleuro-pulmonaires non tuberculeuses sont fréquentes, depuis la simple bronchectasie jusqu'aux véritables abcès consécutifs à une embolie septique, à une infection pleurale, à une collection sous-phrénique, ou même, comme ici, à un corps étranger des voies aériennes.

Le double contrôle de l'examen radiographique et de l'examen bactériologique des crachats est indispensable pour affirmer l'existence d'une tuberculose pulmonaire.

2° *Les porteurs de canules doivent être l'objet d'une surveillance attentive et régulière.* — En effet, la chute dans les voies aériennes d'un fragment de canule, sans être un accident très fréquent, n'est pas exceptionnelle; récemment encore, Lemaitre (1) en rapportait un cas personnel, et Velikorestki, après avoir relaté six observations de « canules à trachéotomie, corps étrangers des voies aériennes », concluait en ces termes :

« Il est indispensable de surveiller attentivement l'état des canules chez les porteurs anciens, car, à cause de leur habitude de la canule et leur manque d'attention à les changer, c'est justement chez eux qu'on rencontre le plus souvent des cas où la plaque se casse et le tuyau glisse dans les voies aériennes (2). »

3° Il convient de ne pas oublier que les *accidents causés par l'arrivée d'un corps étranger dans les bronches ne sont pas toujours immédiats*; les phénomènes asphyxiques du début sont beaucoup moins fréquents que lorsqu'il s'agit de corps étrangers du larynx; aussi les observations de « corps étrangers méconnus des voies aériennes » sont-elles relativement nombreuses.

Phénomènes asphyxiques tardifs : tel ce cas, rapporté par MM. Viela et Nigoul (1), d'un enfant de trois ans qui, ayant avalé une poignée de haricots, présenta le lendemain des phénomènes dyspnéiques cessant après l'extraction d'un premier corps étranger pour reprendre quatre jours après et persister jusqu'à l'extraction d'un second haricot logé dans la bronche droite.

Corps étrangers méconnus : tel ce pseudo-tuberculeux de M. Lemaitre (2) qui avait perdu son dentier durant son sommeil, dentier que la radiographie montra, cinq mois après, au niveau du pédicule pulmonaire gauche; tel ce malade de M. Halphen (3), pris lui aussi pour un tuberculeux, qui, ayant avalé cinq mois auparavant un sifflet métallique, n'avait à ce moment présenté qu'une crise de suffocation très passagère; ou tel encore ce sujet chez lequel deux explorations bronchoscopiques avaient fait conclure à un corps étranger fantôme jusqu'au jour où l'extraction d'un vrai corps étranger fut pratiquée par MM. Sebileau et Lemaitre (4).

Dans notre cas, il s'agissait d'une trachéotomisée; on a prétendu que l'appareil respiratoire de ces sujets résistait beaucoup mieux à l'infection que celui des sujets normaux (Lemaitre); il est de plus évident qu'une canule, de par sa forme, n'oppose au passage de l'air qu'un obstacle minime et ne réalise pas de « cavité close », sa constitution métallique lui permettant, en outre, de séjourner dans les voies aériennes sans amener les troubles inflammatoires précoces qu'entraîne la présence d'un corps étranger organique (5).

Cependant, à la longue, l'inflammation bronchique apparaît et c'est cette bronchite qui peut guider le bronchoscope dans la bonne direction (Halphen); plus tard, un abcès se forme, bronchique, puis broncho-pulmonaire; si l'on n'intervient pas, l'infection gangréneuse envahit la presque totalité du poumon et la plèvre; ces complications infectieuses dominent le pronostic des corps étrangers bronchiques.

Chez notre malade, le fragment de canule a pu séjourner dans une bronche pendant seize mois sans provoquer le moindre trouble; il est certain qu'un corps étranger septique par lui-même eût été moins longtemps toléré.

Ce sont là, comme nous le disions au début de cet article, des vérités banales; on les oublie pourtant et cet oubli peut avoir des conséquences funestes, comme chez la malade dont nous avons cru devoir rapporter l'observation.

---

(1) Lemaitre. Corps étrangers de la trachée et des bronches, *Journ. méd. franç.*, janv. 1924.

(2) Velikoretski. Canule à trachéotomie, corps étranger des voies aériennes, *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 30 nov. 1926, p. 700.

---

(1) Viela et Nigoul. Corps étranger des voies aériennes, *Soc. anat.-clin. de Toulouse*, 5 mai 1926.

(2) Lemaitre. Loc. cit., et *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 2 fév. 1923.

(3) Halphen. Corps étranger intrabronchique méconnu simulant une bronchite chronique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 janv. 1926.

(4) Sebileau et Lemaitre. Corps étranger des bronches considéré pendant six mois comme un corps étranger fantôme, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3 mars 1909.

(5) André Bloch. Complications broncho-pulmonaires des corps étrangers des voies aériennes, *Journ. méd. franç.*, août 1926, p. 314.

NOTE SUR UN CAS DE LUXATION BILATÉRALE NON TRAUMATIQUE, DES DEUX GENOUX

Par le docteur SARRAZIN (de Monségur, Gironde)
et J. BAILLIS,
Interne des hôpitaux de Paris.

Il nous a été donné de suivre à l'Hôpital de Monségur (Gironde), Marie L..., cinquante ans, hospitalisée depuis le 27 novembre 1923.

Cette malade, accuse une impotence fonctionnelle absolue des membres inférieurs coexistant avec une absence totale de douleur.

A l'examen, on note une déformation très marquée, bilatérale, symétrique des deux genoux.

La palpation reconnaît aisément en avant la saillie des condyles fémoraux, et en arrière dans le creux poplité l'extrémité tibiale.

La rotule est immobilisée en haut et en dehors.

On découvre de plus deux exostoses : une sur la face cutanée du condyle interne droit et une sur la face interne du tibia du même côté. A gauche rien de semblable.

L'étude des mouvements passifs montre une extrême laxité de l'article. Les mouvements d'hyperextension et de latéralité sont facilement exécutables.

Il existe une atrophie notable de tout l'appareil musculaire des membres inférieurs, prédominant sur le système du quadriceps.

Il n'y a pas d'adénopathie inguinale.

Les autres articulations sont indemnes.

La radiographie n'a pas pu être pratiquée.

L'état général de cette malade est excellent : pas de fièvre, ni d'amaigrissement.

Pas de signes de spécificité cutanée ou viscérale, mais Wassermann fortement positif dans le sang.

L'histoire de cette malade nous apprend qu'elle a été jusque-là robuste, sans aucune maladie antécédente.

Une grossesse normale à vingt ans. Jamais de fausse couche.

La ménaupose toute récente ne semble suivie d'aucun trouble ovarien.

Le début de l'affection remonte à juin 1923 et a été marqué par des douleurs intermittentes à type de crampes, de fourmillements siégeant dans la jambe droite et irradiant jusqu'à la plante du pied.

Peu après, diminution de la valeur fonctionnelle du membre avec tuméfaction indolore, mais considérable du genou qui va s'atténuer en même temps que l'on pratique un traitement antispécifique.

En avril 1924, même évolution au niveau du genou gauche.

Un peu plus tard, on observe les luxations avec les déformations telles que nous les avons constatées.

En présence de ces lésions caractérisées avant tout par leur symétrie, leur indolence, l'atypie des déformations, nous avons éliminé la tuberculose, car il n'y a pas de points osseux douloureux, d'adénopathie, de stigmates. Enfin dans l'ensemble rien ne rappelle la bacillose, pas plus que l'arthrite gonococcique.

Le rhumatisme chronique déformant déforme les articulations et dans la règle les fixe dans leurs déformations. Il n'est pas inutile de rappeler qu'aucun trouble ovarien n'a pu être noté.

Reste l'arthropathie tabétique : en faveur de ce diagnostic, nous avons l'évolution de l'affection, son indolence, sa symétrie, le caractère des déformations, mais la recherche des signes du tabes incipiens s'est montrée négative : les réflexes achilléens bien que difficiles à mettre en évidence semblent intacts, les pupilles réagissent à la lumière.

Toutefois nous avons vu que le Wassermann était fortement positif dans le sang, et ainsi que l'a montré M. Barré, on a pu décrire chez des spécifiques des cas d' « arthropathie à type tabétique sans tabes », le cas qui nous occupe, nous semble devoir entrer dans ce cadre.

ACTUALITÉS

LA MATIÈRE VIVANTE ET LA MORT

Nul sujet n'a autant préoccupé l'homme. Qu'est-ce que la mort, pourquoi meurt-on, comment meurt-on, le moi survit-il à la cessation de la vie corporelle? Autant de questions qu'il s'est incessamment posées avec angoisse. Toutes les religions répondent affirmativement à la dernière, qui est une affaire de foi, puisque jusqu'ici, malgré les efforts passionnés de tant de chercheurs, aucun fait scientifiquement contrôlé n'a fourni la preuve d'une persistance de la personnalité après la mort. Elle n'est pas de notre domaine; laissons-la donc de côté, pour n'envisager que les autres questions, à propos desquelles nous commençons seulement à avoir quelque lumière.

***

Parmi les êtres vivants, la mort est la règle, voilà qui paraît certain. Mais est-elle fatale, est-elle une nécessité même de toute activité vitale, si simple qu'elle soit? Deux opinions sont ici en présence. D'après la première, la mort est toujours le résultat d'un accident; si celui-ci ne se produisait pas, il n'y aurait pas de raisons pour que la vie, qui est une perpétuelle régénération, prît fin, D'après la seconde au contraire, la matière vivante, aussi bien dans l'être élémentaire que dans l'organisme le plus compliqué, porte en elle-même les causes de sa destruction, causes qui tiennent essentiellement à l'état physico-chimique instable des substances douées de la vie et par conséquent, à ses propriétés mêmes.

Si ces deux opinions subsistent en face l'une de l'autre, c'est qu'une difficulté d'interprétation, qui seule, en réalité, les sépare, n'a pas encore été résolue à la satisfaction de tout le monde. Dans un très intéressant ouvrage (1), riche de documents, où M. H. DE VARIGNY expose et résume toutes les données acquises relativement à la mort et qui m'a inspiré dans une partie du présent article, cette difficulté est bien mise en évidence. MAUPAS avait montré que les infusoires ne peuvent pas se reproduire indéfiniment; pour que leurs générations continuent à se succéder, il faut qu'ils se conjuguent deux à deux et échangent, pour ainsi dire, leur noyau (caryogamie). Mais on s'est demandé si cette nécessité n'est pas la conséquence d'un accident extérieur, de l'épuisement ou du non renouvellement du milieu par exemple. Aussi ENRIQUES, d'un côté, WOODRUFT, de l'autre, ont repris ces expériences; le premier a réussi à obtenir 863 générations successives, sans conjugaison ni symptômes de dégénérescence; le second, opérant sur une paramécie, dont un représentant de la lignée était isolé à chaque génération quotidienne, est arrivé, en treize ans, sans aucune interruption, conjugaison, ni signe de dégénérescence ou de ralentissement vital, à la 8400e génération. La conclusion paraît s'imposer : au moins en ce qui concerne les petits organismes, la mort ne paraît pas être la conséquence inévitable, nécessaire

(1) *La mort et la Biologie*, Paris, Alcan.

du fonctionnement vital. WEISMANN avait déjà évoqué la même idée, en lui donnant cependant une portée plus générale, quand il parlait du corps périssable et du germe immortel. Pour lui, en effet, la substance des gamètes de l'homme est toujours celle de la monère originelle, qui, ainsi, ne meurt pas. Mais voilà précisément la difficulté : quand une bactérie ou un infusoire disparaît en donnant naissance à deux individus, peut-on dire qu'il meurt, puisqu'il n'y a pas de cadavre et que le cadavre caractérise la mort, c'est-à-dire la transformation d'une certaine matière, la matière vivante, douée de propriétés particulières, en une autre matière, la matière brute, douée de propriété différentes? Sans doute, la plante, l'insecte, l'oiseau deviennent cadavres, mais, s'ils laissent des descendants, ceux-ci ne sont-ils pas formés de leur substance germinale, qui se perpétue ainsi sans limite? Il y a donc une substance vivante, qui, depuis son apparition, qu'elle vienne de l'espace (cosmozoaires) ou se soit produite sur la terre, ne meurt jamais. Comment pourtant reconnaître la spécificité de cette substance germinale, puisqu'il y a des êtres qui se reproduisent par bouture ou par quelque fragment de leur corps, comme l'hydre? Ce n'est donc pas de cette façon que la difficulté peut être tranchée. Pour y arriver, il faut aborder le problème par une autre face.

Toute matière vivante est à l'état colloïdal, qui dépend de la répartition de charges électriques, lesquelles maintiennent la dispersion des micelles, par définition insolubles dans le milieu considéré. Cet état n'est que relativement stable. En raison du déplacement des charges, il tend constamment à se détruire par floculation, en d'autres termes, agglomération des micelles qui précipitent. Cependant, les colloïdes vivants se distinguent des colloïdes minéraux et artificiels par la propriété singulière d'assimilation que l'on peut comparer à une sorte de résonnance chimique. Par suite de cette propriété, le colloïde vivant ne disparaît pas en réagissant dans certaines conditions, comme la matière brute, mais au contraire augmente sa propre masse, assimile. Il s'oppose donc ainsi, plus ou moins suivant les cas, à la floculation et aux autres accidents de destruction, et c'est pourquoi la matière vivante, laissée à elle-même, sans obstacle, témoigne d'une tendance nettement envahissante. On peut donc théoriquement admettre que, dans une ambiance constamment favorable et renouvelée, elle ne se détruirait pas. Mais, il n'en est pas ainsi en réalité pour deux raisons : 1° l'ambiance change à tout instant et, par conséquent, n'est pas toujours propice à la manifestation des propriétés du colloïde vital, qui alors se détruit; 2° l'expérience montre que ce colloïde ne conserve ses propriétés que sous une masse très restreinte, le plus souvent microscopique et c'est la cause pour laquelle, à un certain moment, il se divise. S'il ne se divisait pas, il mourrait. La bipartition des êtres unicellulaires est donc bien une mort, malgré que la matière vivante des cellules filles continue de manifester ses propriétés. Celle-ci, à mesure qu'elle se multiplie, est exposée à des risques croissants, non seulement extérieurs, ainsi qu'en témoigne l'énorme destruction des germes qui les empêche de recouvrir les terres et de combler les mers, mais aussi intérieurs, attendu que, aucun colloïde n'étant, de par sa constitution même, indéfiniment stable, il vient un instant, d'ailleurs plus ou moins éloigné, où la substance vivante flocule et se détruit par l'action fatale des forces qui agissent en elle. Qu'on le remarque : les expériences de WOODRUFT ne sauraient aller à l'encontre de ce fait. Elles ne valent que pour démontrer la non-nécessité du rajeunissement caryogamique des infusoires, mais n'apportent aucun argument en faveur de l'immortalité de la vie. Qu'est-ce que quinze, vingt, trente ans dans la durée d'une espèce et ne savons-nous pas que, à la surface de la terre, la vie continue depuis des millions d'années? Cela ne prouve nullement que la matière vivante ne porte pas, en elle-même, sa cause de destruction. Voyons si, à cet égard, nous pouvons tirer quelques renseignements du mécanisme de la mort chez les êtres complexes.

*
* *

Comme l'a justement remarqué M. H. DE VARIGNY, dans le livre déjà cité, c'est presque toujours par accident que les organismes meurent, et l'homme principalement qui ajoute, aux embûches et aux ennemis dont la vie est entourée, ses propres imprudences. N'insistons pas sur ces accidents inévitables, mais étudions ce qui se passe normalement dans un être pluricellulaire. Cet être est formé d'une multitude de cellules interdépendantes, dont chacune renferme ce petit grumeau de protoplasma nucléé, dont les dimensions sont limitées, dans chaque cas, par les propriétés inhérentes au colloïde vivant. Ce qu'il y a de remarquable est que la plupart de ces cellules, une fois atteint l'état adulte, ne se reproduisent plus; elles se développent en mûrissant, puis meurent sans donner naissance à des cellules-filles. A cette règle ne font exception que certaines cellules épithéliales et conjonctives et les éléments formateurs des hématies, des leucocytes et sans doute des gamètes mâles. Il y a de toute évidence, dans ce fait, une cause naturelle de mort pour les organismes complexes, car la dégénérescence et la disparition progressive de leurs cellules les met peu à peu dans l'impossibilité de fonctionner, le tissu conjonctif qui vient, ici et là, boucher les brèches ainsi ouvertes ne participant pas au maintien de la vie d'ensemble, comme en témoignent les phénomènes de sclérose. Mais pourquoi les cellules meurent-elles?

Pour l'expliquer, il faut se reporter au principe de F. LE DANTEC : toute cellule qui fonctionne, donc assimile, produit deux sortes de déchets, les uns solubles qui diffusent dans le milieu intérieur et sont finalement éliminés au dehors, et les autres insolubles qui se déposent là même où ils apparaissent. Ces derniers sont les floculats; ne pouvant franchir la membrane ou l'ectoplasma, ils s'accumulent dans le corps cellulaire qui dégénère. Assurément, la cellule peut mourir d'une autre manière, par lyse protoplasmique ou nucléaire notamment, mais il s'agit alors presque toujours de processus accidentels, toxiques, comme cela se produit naturellement chez l'homme quand le foie ou le rein par exemple sont insuffisants. De ce qui précède, il découle que plus sont grandes l'intensité et la continuité de l'activité d'une cellule, moins est longue sa durée, et cela suffit à rendre compte des rapports depuis longtemps établis par les biologistes d'une part entre la durée de l'existence d'un organisme ou son activité vitale, et, de l'autre, la température du milieu dans lequel il vit, cette dernière tendant, jusqu'à une certaine limite, à exagérer cette activité. Au surplus, M. KOPACZEWSKI n'a-t-il pas démontré que le choc cellulaire entraîne des lésions d'origine

floculaire? Or, ces phénomènes, floculation et lyse, se passent également et fatalement chez les êtres unicellulaires qui n'ont, à cet égard, qu'un avantage : c'est de vivre dans un milieu en général illimité, tandis que les cellules des organismes pluricellulaires vivent dans un sac clos et dans un milieu limité; le moindre obstacle au renouvellement de ce dernier peut donc entraîner rapidement leur mort. Par conséquent, toute matière vivante est nécessairement mortelle; par le simple jeu des propriétés qui la font ce qu'elle est et en dehors de tout accident, elle contient en elle-même les causes de sa disparition, mais ce sont ces propriétés qui l'ont maintenue et qui continueront de la maintenir, non pas contre les causes intrinsèques de disparition, mais contre quelques-unes de celles qui, de l'extérieur, la menacent de toutes parts.

*
* *

Le dernier chapitre du livre de M. H. DE VARIGNY est consacré à l'éloge de la mort. Elle est utile, elle est bonne, dit cet éminent biologiste, puisqu'elle désencombre la surface de la terre. C'est un fait. Toute agglomération exagérée d'êtres vivants tend à s'amoindrir par la mort. Mais, abstraction faite de toute considération philosophique ou sentimentale sur les tristesses de la vie humaine et le désintéressement du vieillard qui aspire à la fin de ses jours, la mort n'est ni heureuse ni malheureuse; elle ne constitue nullement un progrès, comme le soutenait WEISMANN; elle ne représente aucune intention de la nature vis-à-vis de la conservation de l'espèce. Elle est une étape dans l'évolution de la matière et de la force sur les astres en train de se refroidir. Tout, dans l'univers, meurt ou plutôt se transforme; la mort est une de ces transformations qui déplacent momentanément le potentiel. Elle a son rôle nécessaire dans le monde, comme le passage de l'état liquide à l'état solide ou la dissipation de l'énergie. C'est de ce point de vue que le sage doit la considérer quand il sent qu'elle approche.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1927)

Syringomyélie ayant débuté par une cyphose juvénile. — M. H. SCHÆFFER. Un homme de quarante-quatre ans présente une cyphose dorsale très accentuée qui a débuté à quatorze ans et qui a augmenté progressivement. On ne trouve chez ce malade, en dehors de sa déformation vertébrale, que des troubles vaso-moteurs et des troubles hypoesthésiques très discrets à la douleur, des réflexes tendineux vifs et un signe de Babinski inconstant à gauche. L'existence de déformations et d'une décalcification des corps vertébraux D8, 9, 10 et 11, portent l'auteur à penser qu'un trouble trophique est à l'origine de la déformation vertébrale. Rapprochant cette observation de celle de MM. Foix et Fatou, il attire l'attention sur les gliomes médullaires à début cypho-scoliotique juvénile, au cours desquels les signes classiques de la syringomyélie peuvent n'apparaître que très tardivement.

Association de myxœdème et d'encéphalopathie infantile. — M. BABONNEIX présente une fillette de six ans et demi qui est manifestement myxœdémateuse (face en pleine lune, infiltration des téguments, nanisme, arriération intellectuelle). Mais on note, en outre, chez elle, des signes cérébraux manifestes : quadriplégie spasmodique, strabisme, mouvements choréo-athétosiques, syncinésies, microcéphalie, etc. Une telle association est tout à fait exceptionnelle, et les classiques ne la signalent pas.

Un cas d'épilepsie du moignon. — M. TINEL présente un amputé de jambe atteint, depuis plusieurs années, d'un syndrome douloureux avec épilepsie du moignon.

Son observation est intéressante à divers titres :

Tout d'abord, tandis que la résection des névromes douloureux n'avait en rien modifié l'épilepsie, au contraire la sympathicectomie périfémorale a supprimé les crises d'épilepsie du moignon que provoquaient les excitations cutanées de la cicatrice et des téguments voisins. Elle a rendu possible le port de l'appareil prothétique. Il paraît donc incontestable que l'excitation douloureuse périphérique provocatrice des crises d'épilepsie était transmise à la moelle par une voie sensitive incluse dans la gaine péri-artérielle, comme dans l'observation antérieure de Clovis Vincent. Mais les secousses épileptiques provoquées par la percussion du tendon rotulien, ainsi que par la fatigue et par l'émotion, ont persisté, témoignant d'un état d'hyperexcitabilité médullaire permanente.

Un second point curieux est l'existence, dans ce cas, de troubles réflexes importants, atrophie musculaire bilatérale de la cuisse, dérobement brusque du membre inférieur sain pendant les crises douloureuses, crises de spasme vésical ou rectal, enfin hypoesthésie cutanée presque permanente sous-ombilicale contrastant avec une véritable hyperesthésie sus-ombilicale. La réalité de cette hypoesthésie est établie par l'enregistrement graphique des modifications du pouls digital, du pouls radial et du réflexe galvano-psychique au moment des excitations douloureuses.

Le troisième point intéressant est l'apparition, après la première intervention, d'un tétanos aigu dont le réveil a été déclenché par le traumatisme opératoire. Ce tétanos fut très heureusement guéri par la sérothérapie intrarachidienne, puis, avec des résultats remarquables, par l'emploi sous-cutané du sérum désalbuminé, et enfin par l'emploi de l'anatoxine de Ramon et Zoeller réalisant une sorte de vaccination active.

Il est probable qu'il faut attribuer un rôle important à cette infection tétanique latente dans la genèse de l'épilepsie du moignon avec hyperexcitabilité médullaire.

M. Cl. VINCENT fait remarquer que, dans cette observation comme dans celle qu'il a rapportée avec Lardennois, les réactions motrices ont disparu seulement après l'ablation d'un fragment de la gaine fémorale péri-artérielle. On peut en conclure que cette gaine contient un grand nombre de filets nerveux centripètes sensitifs, qu'ils soient de nature sympathique ou autre.

Sur la malariathérapie de la paralysie générale (indications et contre-indications). — MM. Henri CLAUDE et René TARGOWLA ont traité par cette méthode 164 paralytiques généraux depuis vingt-huit mois avec une proportion de succès égale à 42,6 p. 100 des cas. Ils font ressortir le faible pourcentage des décès survenus au cours du traitement (6,9 p. 100) et insistent, à ce propos, sur la nécessité de certaines contre-indications, dont la majorité des auteurs se préoccupent peu. La déchéance organique, les cardiopathies, les néphrites, les lésions hépatiques, l'âge avancé, les associations morbides (notamment la tuberculose pulmonaire) sont autant de contre-indications; l'alcoolisme associé doit faire temporiser jusqu'à désintoxication. Un état général insuffisant, un syndrome humoral très intense, des lésions vasculaires spécifiques surajoutées bénéficient d'un traitement spécifique préalable.

D'autre part, les diverses souches de plasmodium vivax ont une virulence très inégale, et il est préférable d'utiliser un virus connu. Enfin, une surveillance attentive du malade s'impose pendant la période fébrile.

Ces indications étant observées, la méthode apparaît comme strictement bénigne en soi et constitue le procédé de choix, spécialement au début.

Sur un type spécial de paraplégie spasmodique familiale. — MM. G. GUILLAIN, Th. ALAJOUANINE et N. PÉRON présentent deux frères, âgés de dix-sept ans et de quinze ans,

atteints d'une paraplégie familiale de type spécial : paraplégie en flexion avec rétraction tendineuse, exagération des réflexes tendineux des membres inférieurs, signe de Babinski bilatéral, réflexes d'automatisme médullaire. Le tableau se complète par l'existence d'une cypho-scoliose qui rappelle celle de la maladie de Friedreich et de déformation des pieds en talus et en valgus. Chez l'aîné des deux malades existent au membre supérieur droit des symptômes d'hypertonie extrapyramidale : attitude pseudo-parkinsonienne de la main, exagération des réflexes de posture. A la face, on note une hémihypertonie avec secousses fasciculaires des muscles péri-buccaux. La voix est lente, monotone chez les deux malades. L'intelligence est obtuse.

L'origine cérébrale de cette paraplégie familiale paraît probable. Aucune étiologie infectieuse, héréditaire ou acquise, ne peut être invoquée. L'association de troubles extrapyramidaux différencie nettement de telles observations du type classique de Strumpell et Lorrain.

Aspect cérébriforme du crâne dans certains cas de tumeurs cérébrales. — MM. Sicard, Haguenau et Ch. Mayer attirent l'attention sur un aspect spécial de l'image radiographique cranienne chez des sujets atteints d'hypertension cranienne. Chez leurs malades, il existait un aspect cérébriforme du crâne, avec zones claires séparées par des sillons plus foncés, plus opaques aux rayons, qui correspondent évidemment aux impressions osseuses des circonvolutions. Il existait en outre d'évidentes lésions de la base cranienne, avec altérations de la selle turcique.

Les auteurs recherchent la signification de cet aspect spécial du crâne au point de vue de la localisation et de la nature de ces tumeurs. L'apparition dans le jeune âge ou chez des sujets à fragilité osseuse spéciale, l'évolution très lente leur semblent les conditions essentielles.

M. Cl. Vincent rappelle les constatations faites, dans cet ordre d'idées, par le professeur Schüller (de Vienne).

Epreuves manométriques au cours des compressions médullaires. — MM. Sicard, Forestier et Haguenau attirent l'attention sur l'intérêt que présentent les épreuves manométriques de la pression intrarachidienne pour le diagnostic des syndromes de compression de la moelle épinière. Au cours de la ponction lombaire ou de la ponction sous-occipito-atloïdienne, ils étudient les changements de la pression du liquide céphalo-rachidien sous l'influence de divers facteurs : compression des veines jugulaires (manœuvre de Queckenstedt), efforts de poussée, compression abdominale, etc. Ces diverses épreuves, dont les résultats peuvent être reportés sur des graphiques, permettent de dépister précocement le blocage de la cavité sous-arachnoïdienne. Ils montrent la valeur comparative de ces épreuves à l'égard des autres méthodes d'examen de la cavité sous-arachnoïdienne, et en particulier de l'épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien. Les résultats de ces épreuves, dont ils citent un certain nombre d'exemples, concordent généralement entre eux.

La sensibilité des tests manométriques pour le dépistage précoce des compressions médullaires est sensiblement la même que celle de l'épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien sous contrôle radioscopique.

MM. Babinski, Jarkowski et Plichet ont également obtenu de ces épreuves manométriques des résultats intéressants. M. Guillain estime que ces épreuves sont moins sensibles que le lipiodolo-diagnostic. L'épreuve de la toux peut les remplacer. M. Claude, M. Tinel, M. Laignel-Lavastine font remarquer que l'épreuve de Queckenstedt n'est pas une manœuvre purement mécanique, mais qu'elle détermine en outre des réflexes vaso-moteurs qui sont variables selon l'état du système neuro-végétatif. Elle n'est donc pas d'une fidélité assurée pour le diagnostic du block sous-arachnoïdien. M. Forestier préfère la manœuvre de Queckenstedt à l'épreuve de la toux, parce qu'elle est aux mains du médecin, qui peut la régler à volonté. Il a pratiqué 32 fois les épreuves manométriques (dont 8 fois dans des compressions médullaires), sans aucun incident.

Paraplégie par tumeur médullaire, prise pendant longtemps pour une paraplégie pottique. Ablation trop tardive de la tumeur. Persistance de la paraplégie. — M. Etienne Sorrel et Mme Sorrel-Dejerine rapportent l'observation d'une petite malade de quinze ans qui fut envoyée à l'hôpital maritime de Berck avec le diagnostic de paraplégie par mal de Pott dorsal. Il s'agissait en réalité d'une tumeur antémédullaire, dont ils pratiquèrent l'ablation. Mais la paraplégie était déjà de date ancienne, la moelle partiellement détruite, et, six mois après l'intervention, la paraplégie persiste. Seuls les troubles trophiques sont améliorés.

Les auteurs indiquent les raisons qui les ont amenés à rectifier le diagnostic primitif de mal de Pott. Plus encore que les indications fournies par la radiographie de l'examen lipiodolé, c'est l'*évolution clinique* de la paraplégie qui leur a servi de base. Ils constatent que, même à l'heure actuelle, on ne pense pas encore assez souvent aux tumeurs médullaires, et ils insistent sur l'intérêt qu'il y a, lorsque cette hypothèse est formulée, à ne pas attendre pour intervenir, car on s'expose, comme dans le cas présent, à ne plus obtenir la régression de la paraplégie par l'ablation de la tumeur.

M. Babinski signale qu'il a vu une paraplégie par compression ne commencer à s'améliorer que huit mois après l'opération.

M. Cl. Vincent souligne la gravité pronostique des opérations dans les tumeurs antémédullaires. Moins on touche à la moelle au cours d'une intervention, plus le résultat a de chances d'être bon.

Sur un nouveau cas de tumeur méningée opéré après repérage radioscopique et radiographique de lipiodol injecté en position verticale et déclive. — MM. O. Crouzon, Petit-Dutaillis, Mlle S. Braun et M. Gilbert-Dreyfus rapportent l'observation d'une malade de soixante et onze ans, atteinte de paraplégie spasmodique avec gros troubles moteurs, sensitifs et réflexes. Le diagnostic clinique et cytologique de compression médullaire a pu être précisé par les examens radiologiques après injection de lipiodol en position verticale, et surtout déclive, selon la technique de M. Sicard, qui ont fixé à D 3 le siège de la tumeur. L'énucléation a pu être aisément pratiquée. Il s'agissait d'un fibro-endothéliome avec infiltration calcaire. L'opération a été très bien supportée, et l'amélioration est déjà notable au double point de vue subjectif et objectif.

Contribution à l'étude du syndrome sensitif cortical pariétal. — MM. G. Guillain, L. Girot et J. Bertrand rappellent que, malgré de nombreux travaux, les modalités du syndrome sensitif cortical, déterminé par les lésions du lobe pariétal, ne sont pas encore précisées. Ils rapportent la relation anatomo-clinique d'un cas qui leur paraît intéressant pour cette étude.

Chez leur sujet, on constate un ramollissement limité intéressant la pariétale ascendante droite au niveau de son tiers inférieur. Pendant deux ans, on a pu, au cours d'examens répétés, noter l'intégrité de la sensibilité superficielle ; mais il existait des troubles de la sensibilité profonde, qui affectaient, à gauche, un territoire en gant ou en manchette, territoire au niveau duquel on constate l'élargissement des cercles de Weber, la perte de la notion de position des attitudes segmentaires, l'astéréognosie, l'abolition de la sensibilité vibratoire. Il n'existait aucune déformation ou attitude anormale de la main ou des doigts, aucun mouvement involontaire, aucun trouble statique ni dysmétrique.

Les troubles sensitifs observés du vivant de cette malade se rapprochent de ceux qui ont été décrits par Dejerine en 1914 dans son premier syndrome sensitif cortical, avec cette différence toutefois que les vibrations du diapason n'étaient pas perçues dans le domaine de la main gauche. On retrouvait aussi, chez cette malade, le syndrome de la « main sensitive pariétale » de Roussy.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1927)

La cystinurie des tuberculeux. — M. R. Monceaux. Après avoir rappelé que, dans le métabolisme du soufre chez les tuberculeux, on constate une élévation du soufre neutre

par rapport au soufre total, l'auteur montre que ce soufre neutre est constitué par la cystine. Il a pu extraire cet acide aminé à l'état cristallisé dans 40 p. 100 des urines des malades examinés en instituant, au préalable, un repas riche en protéiques sulfurés. La cystinurie des tuberculeux est due à un trouble de la fonction amino-acidolytique du foie. Tous les auteurs s'accordent à voir, dans la cystinurie, l'indice d'un ralentissement de la nutrition; sa constatation dans la tuberculose a donc une extrême importance : c'est la démonstration élégante de l'insuffisance des oxydations organiques dans cette affection sur laquelle Monceaux insiste depuis longtemps.

Inscription graphique des variations de la pression du liquide céphalo-rachidien. MM. H. Claude, Tinel et Lamache. L'inscription graphique est réalisée à l'aide d'un tambour enregistreur de Marez, réuni à l'aiguille à ponction, avec interposition d'une ampoule de caoutchouc ou d'une colonne d'eau.

Avec ce procédé, les variations de tension provoquées par la compression des veines du cou, la respiration, la pression abdominale ont pu être enregistrées directement.

Tension artérielle et tension du liquide céphalo-rachidien. — MM. H. Claude et Lamache. Il n'y a pas de parallélisme habituel entre la tension artérielle et la tension rachidienne; elles ont, l'une et l'autre, une certaine indépendance; la variation lente de l'une peut n'avoir pas de répercussion sur l'autre; par contre, un abaissement brusque de la tension rachidienne tel que le réalise la soustraction du liquide au cours de la ponction lombaire réagit sur le domaine circulatoire général et provoque une chute passagère de la pression artérielle maxima.

Excitation musculaire par dépolarisation électrique. Secousse de shunt. — MM. Ph. Fabre, H. Desgrez et J. Dubost signalent un curieux effet des courants de dépolarisation du corps humain, obtenus en réunissant les électrodes à l'aide d'un shunt de très faible résistance. On provoque par ce procédé une contraction musculaire généralement plus intense que la contraction de fermeture. Dans quelques cas, il leur a suffi d'un courant de 1/20 de milliampère pour obtenir le seuil de cette contraction au biceps.

Immunisation locale des articulations. — M. Rutkowski montre que par injection intraarticulaire de filtrats provenant de vieilles cultures de streptocoques ou de staphylocoques on peut protéger les articulations contre une inoculation intraarticulaire directe des mêmes microbes frais virulents chez le lapin. Il existe dans ces filtrats un *antivirus* qui confère une immunité exclusivement *locale* articulaire.

Présence de spirochètes libres dans l'eau de conduite de Beyrouth. — M. Lepine a obtenu en ensemençant cette eau sur milieu de Noguchi un spirochète morphologiquement semblable à Leptospira ictero hemorragiæ mais non pathogène pour l'animal.

Fixité et variabilité des caractères chez les bactériophages. — M. E. Wollman et Mme E. Wollman, montrent que des bactériophages antityphique et antishiga donnent des « plages » d'aspect caractéristique et constant malgré des passages croisés répétés. Par contre « la virulence » de chaque bactériophage très faible au début pour l'espèce homologue de l'autre, se précise rapidement, comme par une véritable adaptation. Les caractères antigènes du bactériophage paraissent présenter la plus grande constance.

— Société de biologie de Marseille. (Séances du 21 décembre 1926 et 25 janvier 1927) :

Contribution à l'étude de la composition chimique de l'insuline, composé sulfuré. — M. André Boivin. La majeure partie du soufre d'une insuline de purification poussée s'est montrée labile, détachable en H^2S par les alcalis à chaud.

Essai de vaccination antirabique par un vaccin formolé. — MM. S. COSTA, L. BOYER et L. PLACIDI rapportent des expériences effectuées par eux depuis 1924 sur la vaccination antirabique avec un virus fixé tué. Le vaccin a été obtenu suivant la méthode générale de préparation des vaccins inanimés de Costa : Emulsion de cerveau d'animal rabique en eau physiologique traitée par le formol. Ces expériences, en des formes d'ailleurs variées, ont conduit à ce résultat : Les animaux vaccinés survivaient généralement à l'inoculation d'épreuve intraoculaire, mais ils succombaient toujours à l'inoculation intracranienne.

Résultats analogues pour l'encéphalite épidémique avec un vaccin préparé suivant la même méthode.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 15 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Bezançon, président; J.-L. Faure, Jeannin, Rathery, Panisset, Coquot, Dechambre, Moussu, Brisson, Maignon et Robin. — M. SACRÉ. Sur quelques acquisitions nouvelles dans l'étude de la tuberculose et sur l'emploi de la tuberculine chez les bovins. — M. ROMÉ. De l'ovariectomie de la chienne et de la chatte. — M. MARÉCHAL. Contribution à l'étude et au traitement de la métrite puerpérale chez la vache. — M. THIVET. L'entraînement et l'effort musculaire chez le cheval.

Jeudi 17 mars. — Jury : MM. Bezançon, président; Carnot, P. Duval et Chevassu. — M. DUHAMEL. Etude pathogénique des hémoptysies tuberculeuses à l'aide de la clinique, de la radiologie et de l'anatomie pathologique. — M. RIBARDIÈRE. Mécanisme de certaines variations du chimisme gastrique au cours des affections biliaires et duodénales. — M. FÈVRE. Contribution clinique à l'étude de l'infection dans les ulcères chroniques gastro-duodénaux.

Jury : MM. Jeanselme, président; Sicard, de Jong et Laignel-Lavastine. — M. BOURDILLON. Contribution à l'étude des généralisations cutanées du cancer gastrique. — M. HUTAU. Contribution à l'étude du bubon chancrelleux par le vaccin de Nicolle. — M. RICHARD. La syphilis spinale pseudo-tumorale.

Vendredi 18 mars. — Jury : MM. Couvelaire, président; Marcel Labbé, Lemierre et Rouvière. — M. SIMONNET. Le traitement actuel de l'éclampsie à la Maternité de Lariboisière. — M. MARTIN. Le test cutané d'hydrophilie chez la femme enceinte. — M. RIGAUD. Laryngites aiguës œdémateuses au cours de la grippe. — M. MAESTRACCI. Contribution à l'étude des pleurésies interlobaires. — M. ARNOULD. Contribution à l'étude des sympathiques de l'appareil auditif.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES, DIAGNOSTIC & TRAITEMENT DE L'ANGINE DIPHTÉRIQUE[1]

TRAITEMENT

A l'heure actuelle on dispose de :

a. **Sérum antidiphtérique.** — Délivré en ampoules de 10 centimètres cubes (2.500 unités), et de 20 centimètres cubes (5.000 unités).

b. **L'antitoxine diphtérique.** — Elle est délivrée par l'Institut Pasteur sous deux formes :

1° Ampoules de 3 à 5 centimètres cubes contenant 1.000 unités antitoxiques à titre préventif pour conférer une immunité passive d'urgence et provisoire aux sujets très exposés à la contagion.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 18, p. 310; n° 20, p. 343.

2° Ampoules de 10 centimètres cubes contenant 5.000 unités (soit la valeur antitoxique de deux flacons de sérum antidiphtérique ordinaire non purifié) à titre curatif.

c. L'opothérapie surrénale, qu'il est de règle d'employer concurremment à la sérothérapie.

Quant aux indications respectives, et aux doses à employer les avis restent encore partagés.

1° *Pour Lesné*, le sérum purifié présente de gros avantages grâce à son pouvoir antitoxique élevé, à la proportion réduite de matières protéiques (trois à cinq fois moins que le sérum ordinaire), et son utilisation permettrait sinon d'éviter complètement des accidents sériques, du moins d'en diminuer la fréquence et l'intensité.

D'après Lesné on doit à l'heure actuelle employer l'antitoxine dans le traitement de la diphtérie, non seulement à titre préventif, mais aussi à titre curatif dans toutes les formes de la diphtérie, en particulier chez les sujets sensibilisés, asthmatiques migraineux urticariens, chez certains hypothyroïdiens.

Il faut utiliser des doses un peu plus fortes qu'avec le sérum ordinaire, car tout se passe comme si les propriétés thérapeutiques du sérum tenaient en partie à autre chose qu'à l'antitoxine.

Les doses à employer préventivement sont de : 1.000 ou 2.000 unités antitoxiques.

Curativement, chez le nourrisson on emploiera *quotidiennement* 4 à 8.000 unités d'antitoxine suivant la gravité des cas.

Chez l'enfant et chez l'adulte, il faut employer des doses fortes et répétées afin d'éviter des complications.

Dans les angines diphtériques bénignes frustes on injectera pendant cinq ou six jours chaque jour 4 à 8.000 unités.

Dans les diphtéries d'intensité moyenne, on injecte suivant l'âge; chaque jour, pendant huit à dix jours :

12 à 16.000 unités, dont la moitié par injections intramusculaires ou intrapéritonéales, et la moitié par injections souscutanées.

Dans les diphtéries malignes, le sérum purifié peut, pour Lesné, être encore utilement employé.

Il faut alors injecter quotidiennement 20.000 unités pendant dix jours, moitié de la dose en injection intramusculaire ou intrapéritonéale, et moitié en injection sous-cutanée.

Pour Lereboullet, la règle fondamentale se résume en : « sérothénapie massive, frapper vite, fort et longtemps. »

Les doses à employer ne sont pas uniquement fonction de l'âge, du poids ou de la taille, mais de la gravité de l'état local, de l'atteinte de l'état général, de la date à laquelle on intervient.

Le sérum ordinaire aurait une activité supérieure à dose antitoxique égale.

Si bien que le sérum purifié aurait pour indications essentielles la séroprophylaxie et serait le traitement de choix des sujets déjà anaphylactisés par des injections antérieures, des prédisposés aux accidents sériques (asthmatiques, eczémateux, migraineux, etc.) et serait destiné à supplanter le sérum ordinaire dans le traitement des diphtéries communes. Il est également recommandé dans les paralysies diphtériques.

a. Dans **les angines malignes.** — Injection quotidienne de 200 centimètres cubes de sérum ordinaire (100 le matin et 100 le soir), moitié par injection intramusculaire (région fessière), moitié par injection sous-cutanée (région du flanc).

Il faut continuer le traitement pendant quatre, cinq ou six jours, de façon à atteindre, le plus rapidement possible, le total de la quantité à injecter : 800, 1.000 ou 1,200 centimètres cubes. Dans les diphtéries traitées tardivement, on pourra être amené à faire les premiers jours 300 à 400 centimètres cubes de sérum.

b. Dans **les angines communes.** — On peut se contenter de doses moindres et utiliser le sérum purifié.

Le premier jour, 25.000 à 40.000 unités,

Trois à quatre flacons le matin, deux à trois le soir

Ou, à défaut, 60 à 80 centimètres cubes de sérum antidiphtérique ordinaire le matin, 40 à 60 le soir.

Les trois à quatre jours suivants on continue à doses un peu plus faibles et on injecte 60 à 100.000 unités antitoxiques au total, soit 12 à 20 ampoules de sérum antitoxique de 5.000 unités, soit 200 à 400 centimètres cubes de sérum ordinaire.

Angines larvées (érythémateuses, angines pultacéomembraneuses, lacuno-éryptiques, etc.), sérothérapie modérée : 10 à 15.000 unités (2 à 3 ampoules de sérum purifié), refaire à nouveau 5.000 unités, un à deux jours plus tard si les signes locaux subsistent.

Paralysies diphtériques. — Le sérum purifié est l'agent de choix. On l'emploie à la dose de 20.000 unités répétées quatre à cinq jours de suite, par voie sous-cutanée et intramusculaire. On injecte au total de 80 a 120.000 unités.

Lereboullet insiste sur l'efficacité certaine de la sérothérapie intensive lors de paralysie déclarée et sur les avantages incontestables du sérum purifié.

L'opothérapie surrénale systématique. — Elle est formellement indiquée.

On peut l'administrer sous différentes formes :

Adrénaline (80 à 100 gouttes par jour de la solution au 1/1.000 en quatre à cinq doses espacées), soit par voie buccale dans une minime quantité d'eau, soit par voie rectale sous forme de petits lavements d'eau sucrée additionnés de x à xv gouttes d'adrénaline.

Extrait surrénal, soit sous forme de cachets de poudre surrénale, soit sous forme d'extrait surrénal injectable.

Extrait persurrénal (commencer par 1/4 de centimètre cube) est préconisé par Lereboullet.

Enfin, suivant les indications, on adjoindra à la sérothérapie et à l'opothérapie surrénale qui dominent le traitement de la diphtérie, la strychnine, l'ouabaïne, la digitaline, l'huile éthéro-camphrée.

Prophylaxie. — Toutes les mesures anciennement employées concernant le dépistage, l'isolement et le traitement des porteurs de germes conservent encore, à l'heure actuelle, toute leur valeur.

La découverte de l'anatoxine par Ramon a transformé la puissance de nos armes défensives et autorise, bien que pratiquée encore sur une trop courte échelle, les plus beaux espoirs.

Définition de l'anatoxine diphtérique. — C'est un produit dérivé de la toxine diphtérique ayant par préparation spéciale perdu sa nocivité pour l'animal et pour l'homme, mais conservant néanmoins une valeur antigénique élevée.

Technique de la vaccination antidiphtérique. — L'injection d'anatoxine sera faite à l'épaule ou à la cuisse.

Pratiquement, l'immunisation se fait par trois *injections sous-cutanées* de vaccin effectuées, quel que soit l'âge, de la manière suivante :

Une première injection de 1/2 centimètres cubes de vaccin.

Une deuxième injection de 1 centimètre cube de vaccin trois semaines après la première injection.

Une troisième injection de 1 centimètre cube ou 1 cm^3 5 de vaccin quinze jours après la deuxième injection.

L'immunité est obtenue en quatre à six semaines chez 98 à 100 p. 100 des sujets.

Accidents. — Pratiquement, la vaccination antidiphtérique est d'une *innocuité absolue*.

Les réactions locales (rougeur) ou générales (élévation de la température à 38 degrés, 38,5 pendant un ou deux jours) auxquelles elle peut donner lieu, ne s'observent pas dans la première enfance et ne se voient guère que chez l'adulte et les grands enfants.

La *tuberculose*, et les *affections intercurrentes*, ne sont pas des facteurs susceptibles de favoriser ces réactions.

Indications. — *a. En dehors des épidémies.* La réceptivité à la diphtérie est à son maximum vers le douzième mois, mais il est difficile de pratiquer une immunisation active chez les enfants de moins d'un an.

L'âge d'élection paraît *être entre un et deux ans.*

b. En période d'épidémies. — L'anatoxine sera employée toutes les fois qu'il ne sera pas indispensable de conférer au sujet une immunité rapide.

A la moindre apparition des signes pouvant traduire une diphtérie, on injectera du sérum à doses curatives, ce qui, d'ailleurs, n'est nullement un obstacle à l'injection ultérieure de vaccin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 23. — SAMEDI 19 MARS 1927. 100e ANNÉE. SAMEDI 19 MARS 1927. — N° 23.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.

Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Un concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux s'ouvrira le lundi 16 mai. — S'inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 h., du jeudi 21 avril au lundi 2 mai 1927 inclusivement.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Jury des épreuves d'admissibilité : MM. Marion, Launay, Mouchet, Ombrédanne, Lenormant, Basset, Robineau.

Censeurs : MM. Boppe, Rouhier, Brocq, Girode.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours pour l'adjuvat.* — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 16 mai 1927, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 heures à 17 heures, tous les jours, jusqu'au 7 mai inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1927.

Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mardi 17 mai 1927, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 heures à 17 heures, tous les jours, jusqu'au 7 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1927.

MÉDECIN SUPPLÉANT A LA PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Des concours sur titres sont ouverts en vue de la nomination d'un médecin suppléant à la Préfecture de la Seine dans chacune des circonscriptions médicales ci-après : 3e circonscription : 5e, 6e et 7e arrondissements. — 4e circonscription : 12e arrondissement (Charenton, Saint-Maurice, Alfortville, Maisons-Alfort, Joinville, Saint-Mandé). — 5e circonscription : 13e arrondissement (Vitry, Kremlin-Bicêtre, Ivry, Villejuif). — 6e circonscription : 14e arrondissement (Montrouge, Arcueil-Cachan, Bagneux, Fontenay-aux-Roses, Sceaux, Bourg-la-Reine, Gentilly). — 7e circonscription : 15e arrondissement (Issy, Vanves, Malakoff, Châtillon). — 10e circonscription : 18e arrondissement (Aubervilliers, Saint-Denis, Ile-Saint-Denis, Saint-Ouen). — 11e circonscription : 19e arrondissement (Pantin, Le Pré-Saint-Gervais, Romainville, Noisy-le-Sec, Les Lilas). — 12e circonscription : 20e arrondissement (Bagnolet, Montreuil, Vincennes, Fontenay-sous-Bois, Nogent-sur-Marne).

Les concours seront distincts par circonscription. Pourront seuls être inscrits, en vue de prendre part à ces concours, les candidats ayant leur domicile à Paris, dans la circonscription où existe l'emploi vacant auquel ils posent leur candidature, ou dans l'un des arrondissements limitrophes.

Les candidats devront en outre être Français ou naturalisés, avoir satisfait à la loi sur le recrutement, être docteurs en médecine d'une Faculté française, et n'avoir pas dépassé l'âge de trente-cinq ans au jour fixé pour la clôture du délai d'inscription ; cette limite d'âge est prorogée : 1° d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement ; 2° d'une durée égale aux services de guerre (période de mobilisation accomplie par chaque intéressé après son passage dans la réserve de l'armée active).

Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 15 avril 1927 inclus, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 h. et de 14 à 16 h., à la Direction du personnel, Bureau du personnel extérieur (Hôtel de Ville, escalier E, 7e étage).

Les demandes d'inscription seront rédigées sur papier tim-

bré et comprendront l'énumération des titres médicaux, scientifiques ou autres.

Elles devront être accompagnées des pièces ci-après : 1° diplôme de docteur en médecine, ou copie certifiée conforme ou certificat en tenant lieu; 2° certificat constatant les situations occupées antérieurement; 3° publications médicales qui pourraient avoir été faites par les candidats; 4° expédition de l'acte de naissance; 5° extrait du casier judiciaire datant de trois mois au plus; 6° pièces établissant la situation au point de vue militaire et indiquant les services militaires rendus au cours de la guerre; 7° pièces justificatives des conditions de domicile.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Hérail, doyen de la Faculté de médecine d'Alger.

HYGIÈNE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Legay (R.-A.-M.-J.).

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Raymond Corbin (d'Amiens), Couderc (de Cenevières), Amar (de Paris).

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 17 mars publie une loi accordant une majoration d'ancienneté de grade aux militaires des réserves, anciens internes des hôpitaux, nommés au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe de réserve.

— Un concours pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires, s'ouvrira le 1er juin 1927. (Traitement : 6.500 à 8.300 fr., indemnité de résidence variable).

Voir pour renseignements supplémentaires le *Journal officiel* du 16 mars 1926, p. 3 018.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le *Journal officiel* du 17 mars publie l'instruction relative au concours d'admission à l'Ecole du Service de santé militaire qui doit s'ouvrir le 5 juillet 1927.

Le nombre d'élèves à admettre dans la section métropolitaine est de 150 pour les étudiants en médecine et 15 pour les étudiants en pharmacie.

Le nombre des élèves des troupes coloniales est fixé à 30.

POUR LE SANATORIUM DES ÉTUDIANTS. — Nous avons annoncé dernièrement que le Comité d'organisation de cette œuvre éminemment utile, bien conçue et très bien conduite, avait pris la décision d'adresser des délégués auprès des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, afin de recueillir leur obole.

Le résultat des premières visites a bien répondu aux espoirs du Comité. Nos confrères ont réservé aux délégués le plus chaleureux accueil, versant des souscriptions, variant entre 1.000 et 50 fr., suivant les moyens dont chacun dispose.

Rappelons que le nom du délégué et la date de sa visite seront annoncés par lettre plusieurs jours à l'avance et que le Comité met en garde nos confrères contre les *personnes pouvant se présenter chez eux sans mandat.* Le délégué sera porteur d'une pièce d'identité avec photographie dont les donateurs *pourront exiger la production.*

Il leur sera délivré un reçu provisoire, le reçu définitif devant leur être adressé dans les dix jours par le trésorier M. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble.

Rappelons, enfin qu'il sera créé au Sanatorium des étudiants et étudiantes autant de lits que seront recueillies de sommes égales à 20.000 fr. Chaque lit portera le nom de la corporation qui aura contribué à son édification.

VIIIe SALON DES MÉDECINS. — Pour des raisons d'organisation, sa date d'ouverture est reculée. Il ouvrira du 22 au 31 mai prochain inclus. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 30 avril.

Médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, vétérinaires, étudiants et leur famille sont conviés à y exposer leurs œuvres : peinture, sculpture, gravure, art décoratif.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire organisateur, M. le docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe). Joindre un timbre pour la réponse.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ET DE LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE. (Professeur : M. Bernard CUNÉO.) — 1° *Cours supérieur.* — M. le professeur Bernard Cunéo a commencé ce cours le vendredi 11 mars 1917, à 16 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. Des démonstrations pratiques auront lieu le mercredi, à 17 heures, au laboratoire d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale.

Sujet : Anatomie chirurgicale et technique des opérations sur les os et les articulations.

2° *Conférences de l'agrégé.* — M. le docteur Basset, agrégé, fera une série de conférences tous les jeudis, à partir du jeudi 24 mars, à 17 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Sujet : Anatomie radiographique normale des os et des articulations.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le professeur Bezançon a repris ses cours le vendredi 11 mars et les continuera les vendredis suivants à 10 h. 1/2. Objet du cours : *Les affections rhumatismales.*

COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. Henri Mondor, agrégé, commencera son cours le mardi 22 mars 1927, à 16 heures, au petit amphithéâtre et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Programme : *Pathologie chirurgicale de l'abdomen.*

HÔTEL-DIEU. — COURS LIBRE SUR LES MALADIES DES GLANDES ENDOCRINES, docteur Sainton, lundi 21 mars, à 11 h. (amphithéâtre Dupuytren).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 21 AU 26 MARS 1927)

THESES

Lundi 21 mars. — Jury : MM. Ménétrier, président; Couvelaire, Sergent et Chiray. — M. ANDLER. Etude sur la tuberculose pulmonaire. — M. SCHENDEROVITCH. L'hygiène dans le Judaïsme. — M. BENDA. La bronchite chronique syphilitique.

Mardi 22 mars. — Jury : MM. Roger, président; Roussy, Richet et Villaret. — M. TRIBOULET. Les fausses tuberculoses d'origine cholécystique. — M. BÉRAUDY. Traitement des adénites cervicales. — M. PALOUTIER. Travaux récents sur l'épulis.

Jury : MM. Cunéo, président; J. Faure, Lejars et Lemaître. — M. JANISZEWSKI-COURBIS. Gangrène et perforation du cæcum. — M. MONTOLIU. Les perforations intestinales de la fièvre typhoïde. — M. LACAISSE. Etude sur le maxillaire inférieur (traitement par appareillage). — M. FASSINA. Etude sur le maxillaire inférieur (traitement par appareillage).

Samedi 26 mars. — Jury : MM. Jeanselme, président; Desgrez, Claude et M. Labbé. — M. MACHEBŒUF. Recherches sur les composés phosphorés du sang normal. — M. DELEAU. Etude sur la syphilis. — M. YAZMADJIAN. Essai de psychopathologie.

REVUE GÉNÉRALE

QUELQUES NOUVEAUX TRAITEMENTS DE LA BLENNORRAGIE

Par CH. DAVID,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nous ne parlerons pas du traitement local de la blennorragie par les injections et les grands lavages au permanganate, aujourd'hui classique et connu de tous. Mais quoique ce traitement ait une efficacité démontrée, il est quelquefois impuissant à amener une guérison complète, radicale de l'infection gonococcique et bien de malades, soumis à ces traitements, mettent très longtemps à guérir ou même conservent une « goutte militaire ». Il ne faut donc pas s'étonner si on s'est ingénié ou si on s'ingénie encore à trouver de nouveaux procédés thérapeutiques susceptibles d'amener une guérison plus rapide ou plus radicale. Ce sont ces nouveaux procédés que nous voulons passer en revue.

I. **Traitement local.** — Nous dirons d'abord quelques mots de quelques nouveaux antiseptiques qui ont été recommandés récemment pour être employés en grands lavages urétro-vésicaux :

a. La *gonacrine* (chlorhydrate de diamino-méthyl-acridine) a été vivement recommandée dans le traitement de la blennorragie aiguë et chronique. Elle s'emploie en solution aqueuse de 1 à 2 p. 1000 en grands lavages urétro-vésicaux; elle ne semble pas sous cette forme avoir donné des résultats supérieurs à ceux des autres traitements. Elle a l'inconvénient de tacher très fortement la peau et les linges.

b. Le *mercurochrome soluble 220* a été recommandé par le docteur Marselos : c'est le sel disodique d'oxyde bibromique de mercure fluoruré. Il contient 23 à 24 p. 100 de mercure en composition organique, on peut l'utiliser en dilutions fortes, sans provoquer des lésions internes de la muqueuse, car il ne précipite pas les protéines. D'après les auteurs américains, le mercurochrome soluble 220 est le plus pénétrant et le moins irritant de tous les antiseptiques connus jusqu'à présent. Les solutions doivent être récemment préparées, car au bout de deux jours il change, sa composition chimique devenant caustique. Dans les cas aigus, on emploie les injections de 0,25cc 1/2 à 1 p. 100 selon la résistance de l'urètre; après avoir lavé l'urètre antérieur à l'eau tiède stérilisée ou au sérum physiologique, on injecte 15 centimètres cubes de la solution que le malade garde pendant cinq à six minutes; les injections peuvent être pratiquées quatre à cinq fois par jour.

On peut employer les lavages urétro-vésicaux chauds avec une solution de 0,50 p. 1000 jusqu'à 1 p. 1000. On peut utiliser les instillations : après lavage intravésical à l'eau stérilisée, on injecte dans l'urètre postérieur XV à XX gouttes d'une solution de 0,50 p. 100 à 1g50 p. 100.

Les résultats seraient très satisfaisants.

c. Comme traitement local chimiothérapique, il faut citer encore la *teinture d'iode* qui a été utilisée dans la blennorragie chronique par le docteur H. Mouradian d'Alep. L'auteur se sert de la solution suivante :

Iode métallique	20 gr.
Iodure de potassium	30 gr.
Alcool	100 gr.

à laquelle on peut ajouter 5 à 6 centimètres cubes de gaïacol pour produire une analgésie locale. Mais l'auteur prétend que la teinture d'iode *ne produit dans l'urètre aucune ou presque aucune sensation* douloureuse pendant ou après son application. Il a traité de cette façon 250 malades.

Pour l'urètre antérieur, il injecte à travers un tube urétroscopique au moyen d'une seringue de Pravaz 1 centimètre cube de teinture d'iode à 10 ou 20 p. 1000 qu'il laisse en place de huit à dix minutes.

Pour l'urètre moyen et postérieur, il se sert de solutions de 5 à 10 p. 1000, laissées en place de dix à quinze minutes.

L'auteur avoue que chez quelques malades (très rares), la teinture d'iode à 10 ou 15 p. 100 produit un fort œdème du canal suffisant pour obstruer la lumière du canal et gêner la miction pendant plusieurs jours. Aussi, il conseille de tâter la susceptibilité des malades avec une solution à 5 p. 100.

d. On a utilisé dans le traitement de la blennorragie chronique des *agents physiques*, les corps radioactifs et, en particulier, le thorium X, qui a été expérimenté par le docteur Aversenq (de Toulouse). L'auteur conseille de l'employer concurremment avec le traitement habituel (grands lavages, dilatations), mais en laissant le malade vingt-quatre heures sans lavages après l'application, pour éviter toute irritation; celle-ci, d'ailleurs, était minime et calmée facilement par les balsamiques.

Le médicament est employé soit en grands lavages soit en injections, soit en instillations.

Pour les grands lavages, on ajoute à un litre de la solution antiseptique choisie (permanganate, oxycyanure), le contenu d'une ampoule de Thorium X, dont la dose peut être élevée de 100 à 300 microns et même au delà; l'émanation rapide du sel radio-actif est utilisée en partie, l'irritation est nulle et les séances peuvent être journalières; mais c'est un procédé inutilisable quoique actif, parce que trop coûteux.

Les instillations seront faites avec la technique habituelle à la dose de 28 à 30 micros. Elles pourront être gardées d'une demi-heure à une heure. C'est le procédé de choix dans les urétrites postérieures.

Les injections seront faites à la dose de 25 à 50 micros. Elles pourront être gardées un quart d'heure à une demi-heure au maximum. Pour les instillations et les injections, les séances, de trois au maximum, devront être espacées de cinq à huit jours.

Le thorium X peut encore être employé en *ionisation interne ou externe*.

e. Parmi les agents physiques proprement dits, la *diathermie* endo-urétrale a donné à Roucayrol de nombreux succès dans la blennorragie aiguë et chronique. Elle nécessite une instrumentation spéciale, consistant en thermophores de différentes formes, à l'intérieur desquels cheminent des couples de soudures froides d'une grande sensibilité qui permettent de connaître instantanément et à différents niveaux la température exacte des tissus. On y fait passer des courants de haute fréquence dont on mesure exactement la puissance et la durée.

Les résultats du traitement par la diathermie ont

été très discutés au Congrès allemand d'urologie de 1913 et l'on peut faire quelques réserves sur l'efficacité constante de ces applications.

f. Les rayons ultra-violets. — Ils ont été essayés par Dufestel et Lazard dans l'urétrite chronique, à la suite de certains travaux allemands indiquant des résultats remarquables obtenus par cette thérapeutique; ils n'en ont d'ailleurs qu'une expérience très restreinte et n'en paraissent pas enthousiastes : ils constatent que ce mode de traitement doit rester tout à fait exceptionnel.

g. Les injections locales spécifiques. — *La sérothérapie locale spécifique.* — M. L. Blaizot a préparé un sérum antigonococcique par injection à des bovidés de doses massives de gonocoques, quotidiennement répétées. Il en conseille l'emploi en injections intraurétrales; le sérum doit être laissé en contact prolongé avec la muqueuse urétrale, le méat étant obturé par un dispositif quelconque. D'après Blaizot, dès la première injection, il y aurait une diminution importante, quelquefois, presque totale de l'écoulement; quant à la douleur à la miction, elle disparaît immédiatement; l'écoulement devient clair et fluide, il se montre au microscope, constitué de polynucléaires intacts, à coloration normale; tous les polynucléaires dégénérés, nombreux avant l'injection, disparaissent après elle. Les gonocoques se raréfient et disparaissent rapidement.

Nous avons employé cette méthode dans quelques cas sans en obtenir des succès aussi brillants que ceux relatés par l'auteur.

h. La vaccination locale, suivant la méthode de Besredka, par injections urétrales de vaccins ou de bouillons vaccins a été tentée par Goldenberg et par Le Für. Goldenberg a essayé des injections dans l'urètre de cultures de gonocoques extrêmement concentrées et ne semble pas avoir obtenu de succès appréciables par cette méthode. Le Für a surtout employé des bouillons vaccins maintenus le plus longtemps possible dans le canal, grâce à un dispositif spécial. Dans l'infection gonococcique pure, aiguë ou chronique, les résultats n'ont pas été très favorables; en revanche, Le Für trouve que l'efficacité de cette méthode est beaucoup plus grande en cas de microbes associés et surtout secondaires (staphylocoques, entérocoques et coccidiens). Ces essais, forts intéressants, méritent d'être poursuivis.

II. **Le traitement général.** — *A.* **Chimiothérapie.** — La chimiothérapie de la blennorragie est à l'ordre du jour et a suscité de nombreux travaux dans ces dernières années et, en particulier, dans ces derniers mois. On s'est attaché à détruire le gonocoque par une action générale en injectant diverses substances dans l'économie, soit par voie intramusculaire, soit par voie intraveineuse.

α. **Protéinothérapie.** — **Injections de lait.** — Tansard, dans le service d'Hudelo, a employé les injections intramusculaires de lait stérilisé : il injecte au début 1 centimètre cube, il augmente progressivement la dose jusqu'à 5 centimétres cubes. L'injection provoque normalement une certaine réaction générale, consistant en un certain malaise, quelquefois un léger frisson, accompagné d'une céphalée qui peut être très violente et de fièvre (38 à 39 degrés avec pouls de 90 à 110). Le malade est courbaturé : l'accès dure, en général, cinq à six heures et se termine par une transpiration abondante; localement, il n'y a, en général, qu'une réaction minime sous forme d'un léger endolorissement de la région. Cette réaction plus ou moins vive lors de la première piqûre s'atténue, en général, par la suite. Cependant dans quelques cas, la *réaction est d'une violence anormale*, frisson violent, céphalée intense, arthralgies et myalgies, ascension de température à 40 ou 41 degrés, quelquefois vomissements : l'accès durant huit à dix heures se termine par des sueurs profuses et laisse le malade courbaturé et fatigué. La réaction locale peut également être très violente sous forme d'un gonflement considérable s'étendant à toute la fesse, plus ou moins douloureux, s'accompagnant d'un érythème plus ou moins intense : cet œdème ne suppure généralement jamais et disparaît en un jour ou deux.

D'après Tansard les injections de lait ne donneraient pas de résultats très favorables au début de la blennorragie aiguë : au contraire dans l'urétrite chronique les résultats seraient meilleurs : la guérison serait obtenue en dix à vingt injections, soit vingt à quarante jours de traitement : de même l'auteur a obtenu la guérison de prostatites chroniques, d'abcès péri-uréthraux, d'épididymites, de cystites aiguës ou chroniques. Ce que l'on peut reprocher à Tansard c'est que ses guérisons ne paraissent pas avoir été contrôlées par la spermoculture et que par conséquent on peut contester leur caractère définitif : d'autre part il ne semble pas que ces guérisons soient obtenues plus rapidement que par la chimiothérapie.

β. **Chimiothérapie antiseptique.** — *a.* Sels mercuriels. — L'*énésol* a été employé avec des résultats encourageants par Bouveyron. Le *sublimé* a été administré par Pillado Matheu en injections intraveineuses à 10 p. 100 dans les complications de la blennorragie.

Diverses autres solutions mercurielles ont été expérimentées en injections intraveineuses par H. Perreira avec des résultats plus ou moins nets.

b. Métaux colloïdaux. — Pillado Matheu a employé la *thamine*, oxydant composé de manganèse, de fer et de zinc colloïdal. Il a également expérimenté le palladium colloïdal et le magnésium colloïdal.

Le *collargol* a été administré en injections intraveineuses à 40 p. 100 par Sicilia et également par Klemann, Koller, Saïto.

c. Autres antiseptiques. — Sicilia a expérimenté avec un certain succès des injections intraveineuses de *sulfate de cuivre* ammoniacal à 1 p. 100 et 2 p. 100 à la dose de 1 à 2 centimètres cubes.

Stern et Ridler vantent l'heureuse influence de l'injection intraveineuse de 20 centimètres cubes d'une solution d'*iodure de sodium* à 16 p. 100 dans les urétrites, épididymites et prostatites.

Le *permanganate de potasse* a été utilisé en injections intraveineuses par Melamet et par Siredey qui ont obtenu par ce procédé des améliorations très nettes et quelques guérisons.

d. Chimiothérapie arsénicale. — C'est à Duhot que revient l'honneur d'avoir préconisé le premier la chimiothérapie antigonococcique. Dans le numéro de novembre de la *Revue belge d'urologie* de 1912 il recommandait contre la blennorragie l'injection intraveineuse d'arsénobenzène.

D'autres sels arsénicaux ont été employés avec

succès par Lévy-Bing et Janet sous forme de salvarsan, néosalvarsan et arsénobenzol dans le traitement du rhumatisme blennorragique (1). Lévy-Bing et Durœux ont traité les complications locales de la blennorragie par les injections intraveineuses de sulfarsénol. Lévy-Weissmann a également obtenu par ce médicament de bons résultats dans le traitement de la blennorragie et de ses complications. Durœux affirme que le traitement arsénical est le véritable traitement spécifique des complications inflammatoires de la blennorragie et un adjuvant extrêmement sérieux dans le traitement de la blennorragie elle-même. Les résultats sont les mêmes quand on utilise le sel arsénical en injections intramusculaires ou sous-cutanées; les doses n'ont pas besoin d'être considérables : les injections se font à dose croissante de 0,05 à 0,50 centimètres cubes.

e. Injections intraveineuses de glucose. — Scholtz et Richter ont proposé un traitement abortif de la blennorragie consistant dans des injections intraveineuses d'une solution de glucose à 50 p. 100. (40 centimètres cubes, soit 20 grammes), combinées à des injections de protargol, répétées cinq fois par jour à intervalles réguliers et à dose croissante de 0,5 p. 100 jusqu'à 2g50 p. 100. Les injections intraveineuses de glucose ne dispensent donc pas d'un traitement local : il s'agirait d'un moyen adjuvant d'une utilité décisive : les injections de glucose raccourcissent d'une façon remarquable la durée de la maladie : sauf rares exceptions ce traitement combiné amènerait la guérison complète en huit à quatorze jours. On fait les injections environ tous les deux jours : il y a un inconvénient possible à cette méthode, c'est la formation d'un thrombus, accident bénin d'après Scholtz et Richter. D'autre part on peut observer les accès fébriles de durée habituellement courte.

f. Injections intraveineuses d'uroformine. — Sirota (de Gitomir) emploie des injections intraveineuses de 5 centimètres cubes d'une solution d'uroformine à 40 p. 100 combinées à des lavages au permanganate de potasse, l'injection intraveineuse faite tous les deux jours doit précéder d'une heure le lavage du canal : celui-ci est répété deux fois par jour à une concentration croissante de 1/5000 à 1/2000. La durée du traitement serait au maximum d'une quinzaine de jours. Sicilia a obtenu également des résultats satisfaisants par des injections intraveineuses de 5 à 20 centimètres cubes de solution d'urotropine à 10 p. 100.

γ. Chimiothérapie par les matières colorantes. — *a. Reinès* a obtenu quelques heureux effets par des injections intraveineuses de *bleu de méthylène.*

b. Injections intraveineuses de trypaflavine ou gonacrine. — Dès 1921 la trypaflavine, l'argoflavine, la tonoflavine étaient employées en injections intraveineuses en Allemagne par Bruck, Levin et Alswede : ces auteurs n'avaient pas obtenu de succès décisif sans doute parce qu'ils employaient de trop faibles doses insuffisamment prolongées.

Le procédé le plus récent de chimiothérapie intraveineuse de la gonococcie a été communiqué le 2 juin 1925 à l'Académie de médecine par H. Jaunoir, Ed. Diot et N. Vourexakis : il consiste en injections de chlorhydrate de diamino-méthyl-acridine qui est un excellent antiseptique, parfaitement inoffensif aux doses usuelles. On fait des injections trihebdomadaires d'une solution aqueuse à 1/50 ; les injections sont répétées jusqu'à guérison à *l'exclusion de tout traitement local.* Les inconvénients consistent lorsqu'il y a un petit reflux du liquide par l'orifice de ponction veineuse en une petite escarre de quelques millimètres de surface, et d'autre part en la possibilité d'une endo-périphlébite limitée qui se résorbe sans incident.

Dans un certain nombre de cas, les malades précédemment injectés et exposés au soleil peuvent avoir dans les quarante-huit heures consécutives un érythème solaire des parties découvertes, parfois même une petite éruption papuleuse sous-vestimentaire. Ces coups de lumière, toujours bénins, rarement et faiblement fébriles, seraient efficacement prévenus, d'après Jausion, par l'absorption d'un cachet de 0g25 de résorcine.

En outre, si l'on fait des injections quotidiennes, on peut avoir dans quelques cas vers le quinzième jour un cumul toxique, avec nausées légères, irritabilité cardiaque et faible teinture subictérique des téguments ; il ne faut donc pas poursuivre les injections intraveineuses quotidiennes pendant plus d'une semaine : les *injections doivent habituellement être trihebdomadaires.*

Les résultats de cette thérapeutique sont très brillants. La disparition totale des gonocoques serait obtenue avec un nombre d'injections variant de cinq à quarante. La majorité des cas nécessitent de dix à vingt injections. D'après les promoteurs de la méthode il ne se produirait jamais de complications pendant l'application du traitement, et de plus les injections d'acridine produiraient les plus heureux effets sur la santé générale des malades se traduisant par une augmentation de poids et un aspect eutrophique des malades.

c. Injections intraveineuses et intraprostatiques de méthyl, phénol, sérum (1). — Le professeur J. C. Cano, de la Faculté de San Salvador, préconise l'injection d'un liquide composé de phénol 4 p. 100, de bleu de méthylène 0,70 p. 100 associé au sérum d'un animal, riche en protéines et globulines, mais débarrassé des autres albumines. Ce liquide, qui n'est pas toxique pour l'homme aux doses thérapeutiques, serait doué d'un « pouvoir microbicide spécifique certain » et produirait en même temps une hyperleucocytose considérable. On l'emploie en injections intraveineuses à la dose de 10 centimètres cubes tous les deux jours; l'injection n'est pas douloureuse et ne serait que rarement suivie d'une réaction générale de courte durée. La guérison serait obtenue au bout de trente à quarante jours et avec dix injections sans traitement local.

Dans les cas de prostatite l'auteur conseille de faire *dans la prostate même* des injections de 40 à 60 centimètres cubes d'un sérum analogue au précédent, mais ne contenant pas de bleu de méthylène, au moyen d'une aiguille de 7 à 8 centimètres enfouie sur le raphé périnéal à 2 centimètres en avant de l'anus, dirigée tantôt à droite, tantôt à gauche.

B. **Sérothérapie antigonococcique.** — La sérothérapie n'a pas donné de résultats contre la blennorragie aiguë ou chronique, mais elle a été employée avec succès contre ses complications. Le sérum antimé-

(1) *Gaz. des hôpit.*, 20 fév. 1913.

(1) *Archives urologiques de la Clinique de Necker*, t. IV, f. 1.

ningococcique a permis d'obtenir la guérison de rhumatismes et de diverses complications blennorragiques.

Plus récemment, le sérum de Stérian polymicrobien, antigonococcique, préparé à l'aide d'un antigène multiple, s'est montré très efficace contre des complications oculaires et contre l'arthrite blennorragique. Il a également donné des succès rapides et complets contre des prostatites, des orchi-épididymites.

Babinski, Cunéo, Florand, Le Fur, Marion, Vaquez, Wiart ont confirmé ces succès. Le total des cas traités avec son sérum s'élèverait, d'après Stérian, à 241 avec 222 guérisons, soit 92 p. 100 de guérisons.

L'*autosérothérapie* a également donné des résultats satisfaisants entre les mains du docteur Bardon dans le traitement du rhumatisme blennorragique.

C. **Vaccinothérapie.** — Nous ne reviendrons pas sur la vaccinothérapie locale dont nous avons exposé plus haut la technique.

La *vaccinothérapie* générale est de plus en plus employée.

Elle se fait soit au moyen de *stock-vaccins*, soit au moyen d'*auto-vaccins*. Les premiers existent tout préparés dans le commerce en nombre considérable (néo-dmégon, lipovaccin, vaccin de Bruschettini, etc.), nous n'exposerons pas ici leur mode de préparation (1). Disons seulement que les uns sont préparés avec du gonocoque seul et les autres avec des cultures de gonocoque mélangées avec des microbes divers qui sont habituellement associés au gonocoque au décours de la blennorragie (colibacille, streptocoque, staphylocoque, entérocoque, etc.). Ces microbes sont tués par des procédés divers, par la chaleur, par le froid, par l'éther, par l'iode, par les rayons ultraviolets, etc.

Au contraire, les autovaccins sont préparés avec des cultures des microbes contenus dans l'urètre ou les vésicules séminales des malades eux-mêmes recueillis par spermoculture et traités ensuite comme les stock-vaccins. De l'avis de tous les auteurs, ces autovaccins sont de beaucoup les plus efficaces et donnent d'excellents résultats.

Jausion et Diot admettent que nombre de vaccins gonococciques ou mixtes n'agissent dans la blennorragie que par un effet de protéinothérapie banale. Ils ont tenté de réaliser la guérison de l'urétrite aiguë par un vaccin strictement spécifique et convenablement choisi pour ne donner que de faibles réactions fébriles.

Un gonovaccin obtenu par la lyse à la glacière d'une suspension de 20 milliards de germes âgés seulement de vingt-quatre heures leur a paru donner à ce sujet les meilleurs résultats.

Le filtrat d'une culture de gonocoques de deux à six jours en bouillon ascite les a mis en possession d'une toxine aisément injectable, produit vaccinothérapique très actif, mais de valeur moindre que le précédent.

Seules, des toxines préparées avec une technique de ce genre permettraient de faire un traitement vraiment spécifique de la blennorragie et, en particulier, de l'urétrite aiguë où la vaccinothérapie échoue si souvent.

(1) Voir la *Vaccinothérapie de la blennorragie*, Ch. David, *L'Hôpital*, avril 1924, n° 16.

VOIES D'INTRODUCTION. — La vaccinothérapie a été employée par *voie intraveineuse.*

Chauvin, Bonnet et Gautier ont traité 10 cas d'urétrite gonococcique par des injections intraveineuse de néo-dmégon sans avoir jamais observé de réactions notables et sans que la température se soit jamais élevée au-dessus de 38 degrés ou 38,5. Les résultats ont été extrêmement satisfaisants et la guérison a été obtenue au moyen de trois à cinq piqûres faites tous les deux jours, c'est-à-dire pendant une ou deux semaines.

Voie intramusculaire. — C'est la plus généralement adoptée. C'est celle que nous employons depuis plusieurs années et qui nous a donné constamment satisfaction dans la gonococcie chronique et ses complications. Les injections d'autovaccin se font tous les deux jours, d'abord à faibles doses, puis à forte dose (4 à 5 milliards de germes). Les réactions sont souvent nulles, habituellement peu considérables, consistant en un peu de douleur locale et quelquefois de gonflement et une élévation de température qui ne dépasse que rarement 38 degrés ou 38°5. Il faut seulement noter que vers la fin du traitement qui comporte une quinzaine de piqûres, le malade est habituellement un peu fatigué et légèrement amaigri.

Nous combinons *toujours* la vaccinothérapie au massage de la prostate et surtout des vésicules séminales où sont toujours contenus les germes en cas de gonococcie chronique, massage suivi d'un lavage urétro-vésical avec une solution de nitrate d'argent à 1/4000. Tous ceux de mes malades qui ont suivi régulièrement leur traitement ont été guéris. J'ajoute que je ne les considère comme guéris que lorsqu'ils ont une spermoculture négative.

Voie intradermique. — Enfin suivant les données de Besredka, Goldenberg, Drouet ont essayé contre la gonococcie, la vaccination intradermique : ils ont injecté un vaccin extrêmement concentré, contenant un milliard de germes par goutte (soit 0,05 centimètres cubes).

Jusqu'à présent, ces essais de vaccination intradermique ne se sont pas généralisés et les résultats obtenus contre le gonocoque ne paraissent pas extrêmement nets.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ed. AHLSWEDE (d'Hamburg). Intraveinous treatment of gonorrhœ, *Urologic and cutaneous Review*, juin 1921, p. 340.
2. AVERSENQ. Un nouveau traitement de la blennorragie par le thorium X, *Bull. méd.*, 14 et 17 juin 1922.
3. AVERSENQ. Action du thorium X sur la blennorragie chronique, *XXIIe Session d'urol.*, Paris, oct. 1922 et oct. 1923.
4. AVERSENQ. Le traitement de la blennorragie chronique par le thorium X, *Journ. de méd. de Paris*, 22 avril 1923.
5. AVERSENQ. Le thorium X et la blennorragie, *XXIIIe Session d'urol.*, Paris, oct. 1923.
6. AVERSENQ et MAURIN. Communications à la *Soc. de méd. de Toulouse*, 15 juillet 1922, 15 janv. 1923, 11 avril 1923 et 21 juillet 1923.
7. AVERSENQ, MAURIN et JALOUSTRE. Communications à l'*Acad. des sciences*, 15 janv. 1923; — Communications à l'*Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, Bordeaux 1923.
8. BARDON. Autosérothérapie du rhumatisme blennorragique, *Journ. d'urol.*, avril 1924, p. 311.
9. F. BEZANÇON, M.-P. WEILL et RUBINSTEIN. *Soc. de biol.*, 1925, t. XCIII, n° 23, p. 235.
10. BLAIZOT. La sérothérapie antigonococcique par voie urétrale, *Congrès d'urol.*, 1923.
11. BŒCKEL et BILGER. Le traitement de la gonococcie par la vaccinothérapie, *Revue de chir.*, 1925.

12. BOUVEYRON. *Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 1919, p. 214 et 462.
13. J. C. CANO (de San Salvador). Traitement de la gonococcie au moyen des injections intraveineuses de méthylphénol-sérum, *Archives urologiques de la Clinique de Necker*, publiées par le professeur Legueu, t. IV, f. 1.
14. CHAUVIN, BONNET et GAUTIER. Traitement de l'orchite gonococcique par les injections intraveineuses de Dmégon, *Marseille méd.*, 15 juillet 1925, n° 20, p. 1225.
15. DAVIS et HARRELL. L'acriflavine dans le traitement de la blennorragie, *Journ. of urol.*, août 1918, t. II, n° 4.
16. R. DUHOT. Essai de chimiothérapie intraveineuse dans la blennorragie par le salvarsan, *Revue belge d'urol. et de dermat.*, 1922, n° 3.
17. DURŒUX, PAUL et BERNARD. Le traitement général de la blennorragie et de ses complications par les injections de sels arsénicaux, *Bruxelles méd.*, n° 1, nov. 1920.
18. FERRON et COSSIER. L'emploi de la gonacrine dans le traitement de la blennorragie, *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 25 avril 1926, n° 17, p. 260.
19. GIRARD et TRICHER. Note sur l'action des injections d'arsénobenzène dans les septicémies gonococciques, *Progrès méd.*, 7 avril 1926.
20. A. GRIMBERG. La biothérapie non spécifique de la blennorragie, *Bull. méd.*, 16 déc. 1922.
21. A. GRIMBERG et UZAN. La chimiothérapie de la blennorragie, *Concours méd.*, 14 janv. 1923.
22. ICHOK. Le traitement abortif de la blennorragie aiguë par les injections intraveineuses de glucose, *Presse méd.*, 10 fév. 1926, p. 131.
23. JANET et LÉVY-BING. Traitement de la blennorragie et de ses complications par le néosalvarsan, *Gaz. des hôpit.*, janv. 1913, n° 21.
24. H. JAUSION, DIOT et VOUREXAKIS. Chimiothérapie intraveineuse de la blennorragie par le chlorhydrate de diaminométhyl-acridine, *Acad. de méd.*, 2 juin 1925.
25. H. JAUSION et M. VAUCEL. Nouvelles recherches sur la chimiothérapie intraveineuse de la gonococcie, *Presse méd.*, 13 fév. 1926, n° 13.
26. H. JAUSION et MARCEROU. Le coup de lumière acrodinique. Son traitement préventif par la résorcine, *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, juillet 1925, n° 7.
27. H. JAUSION, VAUCEL et Ed. DIOT. L'acridinothérapie des affections gonococciques, *Presse méd.*, 26 juin 1926, n° 51.
28. H. JAUSION et ESQUIER. Vaccinothérapie de la blennorragie, *Soc. d'urol.*, 18 janv. 1926.
29. H. JAUSION et DIOT. Gono-lyso-vaccin et gonotoxine dans la cure de l'urétrite aiguë, *Soc. de biol.*, 17 juillet 1926; — La gonoréaction de Rubinstein et Cauran. Contrôle de la thérapeutique et de la guérison des blennorragiens, *Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 8 juillet 1926.
30. KOLLER. *Schweitz. med. Woch.*, 1926, p. 87.
31. KLEEMANN. *Monat. f. Geb. u. Gin.*, Berlin 1919, p. 363.
32. LE FUR. Vaccinothérapie et sérothérapie dans le traitement de la blennorragie et de ses complications, *Assoc. franç. d'urol.*, 1923.
33. LE FUR. De la vaccination locale en urologie, notamment dans la blennorragie, *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, 9 janv. 1925, n° 1.
34. LEGUEU. La vaccination locale dans les affections des voies urinaires, *Journ. des prat.*, 22 mai 1926.
35. A. LEMOINE. Note sur l'emploi de la trypaflavine dans le traitement des infections graves, *Paris méd.*, 5 déc. 1925.
36. LÉVY-BING et DURŒUX. Rhumatisme blennorragique grave traité par le néosalvarsan, *Ann. des mal. vénér.*, mai 1923.
37. LÉVY-WEISSMANN. Les sels arsénicaux dans le traitement général de la blennorragie et de ses complications, *Journ. d'urol.*, août 1921, t. XII, n° 2.
38. MARSELOS. Le mercurochrome 220 dans le traitement de la blennorragie, *Grèce méd.*, 1924, nos 3 et 4, et *Journ. d'urol.*, oct. 1924, p. 356.
39. MELAMET. *Soc. méd. des hôpit.*, 1er juin 1917.
40. H. MOURADIAN (d'Alep). L'action de la teinture d'iode sur la blennorragie chronique de l'homme, *Revue méd.-chir. des prat.*, 4e année, n° 1, p. 18.
41. E. MÜLLER et C. RICHTER. Ueber Provokations verfahren bei gonorrhoe einbesondere durch intravenose injektionen von Treubenzueker, *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1922, t. XX, p. 355.
42. PILLADO MATHEU. *Semana med.*, Buenos-Ayres, 16 déc. 1920.
43. A. PULLIDO MARTIN. *El Siglo med.*, Madrid, 10 oct. 1921.
44. REINES. *Wiener klin. Woch.*, 1918, p. 248.
45. ROUCAYROL. Le traitement de la blennorragie par la diathermie, *Assoc. franç. d'urol.*, 1923.
46. SAÏTO. *Zeit. f. mil. Ærzte*, Tokyo 1919, p. 1089.
47. U. SCHOLTZ. Ueber den Wert des inneren Behandlung der Gonorrhoe, *Deut. med. Woch.*, 1922, t. XLVIII, n° 43, p. 1443.
48. W. SCHOLTZ et C. RICHTER. Ueber die Wirkung intravenösen Traubenzuecker injektionen auf die Haut word ihre erkrankungen, *Deut. med. Woch.*, 1921, t. XLVII, n° 50.
49. W. SCHOLTZ et C. RICHTER. Die Behandlung der akuten gonorrhoe mit intravenösen Traubenzueker injektionen, *Klin. Woch.*, 1922, t. I, n° 36, p. 1791.
50. W. SCHOLTZ et C. RICHTER. Die abortive behandlung der akuten gonorrhoe mit Hilfe intravenösen Traubenzueker injecktionen, *Klin. Woch.*, 1925, t. II, n° 18, p. 823.
51. SICILIA, *Soc. gyn. espagnole*, 31 mars 1921.
52. S. SILBERSTEIN. Ueber Vershorkung baktericider mittel durch intravenösen injektionen hypertonicher Traubenzuokerlösungen, *Deut. med. Woch.*, 1924, t. XLIX, n° 11, p. 345.
53. SIROTA (de Gitomir). Un essai nouveau de traitement de la blennorragie aiguë, *Vrat. Delo*, 1925, t. VIII, n° 5, p. 370.
54. SKERTESKY. Ein neuer weg der gonorrhoe Behandlung, *Wiener klin. Woch.*, 1925, n° 33.
55. STERN et RIDLER. *Med. Record*, New-York, 13 janv. 1920.
56. A. TANSARD. De l'emploi des injections intramusculaires de lait et de la vaccinothérapie dans le traitement de la blennorragie, *Presse méd.*, 13 janv. 1923.
57. A. TANSARD. Abcès péri-urétraux d'origine blennorragique traités par les autovaccins associés à la protéinothérapie, *Presse méd.*, 19 sept. 1925.
58. J. TISSOT. Traitement de la cystite blennorragique par les injections intraveineuses de trypaflavine, *Journ. de méd. de Paris*, 12 avril 1926, n° 15, p. 316.
59. YERNAUX et BERNARD. *Le Scalpel*, 24 et 28 déc. 1919.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 MARS 1927)

Méthode de différenciation des sérums pathologiques (cancer, syphilis, tuberculose). Sur les caractères du sérum cancéreux. — MM. Roger DOURIS et Georges GIQUEL.

« Encephalitozoon Negrii » parasite de l'encéphalomyélite des jeunes chiens. — MM. Y. MANOUÉLIAN et J. VIALA.

Etiologie vermineuse de certains cancers. — M. A. BORREL.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 MARS 1927)

Notices nécrologiques. — M. NOBÉCOURT lit une excellente notice sur M. Gilbert.

M. COUTIÈRE rappelle les nombreux travaux de M. Daniel Berthelot.

Rapport sur un travail de M. Chaton intitulé : Contribution à l'étude étiologique du cancer. — M. HARTMANN.

L'équilibre acide-base et les cures dites alcalines. — MM. R. GLÉNARD, A. MATHIEU DE FOSSEY et MONCEAU. Les modifications de l'équilibre acide-base amenées par la cure de Vichy se caractérisent surtout par une tendance au retour vers la normale de la réserve alcaline du sang, qu'il y ait eu acidose ou alcalose à l'arrivée.

Chaque prise d'eau est suivie d'une alcalinisation sanguine presque immédiate, mais éphémère, et ce n'est que la répétition progressive des doses qui permet les modifications de la réserve alcaline.

Les malaises désignés sous le nom de crise thermale, et constatés parfois dans les premiers jours de la cure, semblent s'accompagner d'une alcalinisation excessive, momentanée, et ce trouble de la réserve alcaline se rencontre, en général, chez les malades présentant un syndrome colitique ou une déficience rénale.

Dans l'ensemble, la cure de Vichy n'a pas cette action constamment alcalinisante qu'on lui attribue si communément. Tout ce que nous savons de l'étude physico-chimique de ces eaux nous incite à voir en elles bien moins une solution simplement alcaline qu'un complexe de forces agissant à doses souvent minimes, et dont nous commençons seulement à entrevoir la nature.

Le diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire des jeunes enfants par l'examen du contenu gastrique. — MM. P.-F. Armand-Delille et J. Vibert rappellent les difficultés que l'on a à rechercher le bacille de Koch chez les enfants qui ne crachent pas. En appliquant systématiquement le procédé décrit par H. Meunier en 1898 et en le complétant par la centrifugation du liquide retiré à jeun par tubage de l'estomac et l'homogénéisation du sédiment ainsi obtenu, ils ont constaté 31 p. 100 de résultats positifs chez des nourrissons ou des jeunes enfants qui, à divers points de vue, avaient été considérés à tort ou à raison comme suspects de tuberculose. Chez certains de leurs malades, aucun signe physique ou aucune ombre radiographique ne permettait de supposer l'existence d'une lésion pulmonaire ouverte, seule la notion de contagion familiale avait fait pratiquer l'examen.

Les auteurs insistent sur la facilité du procédé qui leur paraît infiniment plus simple et plus précis que la recherche du bacille dans les selles, et sur la grande valeur de ses résultats au point de vue du dépistage de la tuberculose des jeunes enfants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1927)

Valeur thérapeutique du sérum antidiphtérique purifié. — MM. Lesné, Papillon, Diriart et Stieffel. Sur 868 cas de diphtérie observés à l'hôpital Trousseau du 1er juillet 1924 au 31 janvier 1927, la mortalité fut de *10,82 p. 100*, mais, déduction faite des décès survenus moins de quarante-huit heures après l'entrée, elle se réduit à *6,56 p. 100*, chiffre plutôt faible en comparaison des autres statistiques hospitalières. Les angines malignes donnent la mortalité la plus importante : *68,85 p. 100*; ensuite vient le croup avec *45,71 p. 100*. La mortalité est plus forte chez les nourrissons : 10 p. 100 (et en général elle est imputable au croup) que chez les grands enfants : 6 p. 100 (chez lesquels l'angine maligne est beaucoup plus fréquente).

Le pourcentage des décès pendant les mois d'automne et d'hiver est en effet de 3 p. 100 à 5 p. 100 supérieur au pourcentage en général.

Le sérum purifié semble avoir la même valeur thérapeutique que le sérum non purifié; peut-être cependant faut-il employer des doses un peu plus fortes pour obtenir les mêmes résultats.

Suppuration hépatique diffuse consécutive à la pénétration d'un manche de cuiller dans le cholédoque, chez une aliénée. — MM. A. Lemierre et L. Pollet rapportent l'observation d'une femme atteinte de troubles psychiques qui succomba après avoir présenté un épanchement pleural séro-fibrineux du côté droit. A l'autopsie on trouva le foie réduit à l'état d'une éponge purulente par suppuration diffuse des voies biliaires intrahépatiques. Un manche de cuiller métallique long de 13 centimètres occupait le canal cholédoque très dilaté, tandis que sa grosse extrémité était demeurée dans le duodénum.

Sur un cas de lymphogranulométose avec intégrité de la rate. — MM. Aubertin et Destouches ont observé un cas de lymphogranulométose ayant évolué lentement et dans lequel la rate était normale macro- et microscopiquement malgré l'atteinte diffuse de tout l'appareil ganglionnaire. Pour ces auteurs la maladie n'est pas une affection systématisée de l'appareil hématopoiétique comme les leucémies et les lymphadénies. C'est une affection ganglionnaire débutant par certains ganglions n'atteignant les autres que de proche en proche et d'une façon parcellaire et asymétrique.

Dosage des acides biliaires dans le suc duodénal prélevé par tubage. — MM. Chiray et L. Cuny. La méthode proposée par les auteurs dérive du procédé général de van Slyke, mais ne nécessite pas l'appareil coûteux préconisé par cet auteur. Les premiers résultats recueillis donnent, pour la « bile B » de l'homme un taux d'acides biliaires allant de 7 à 15 grammes environ. La comparaison entre les biles A, B et C, au point de vue des acides biliaires montre des variations qui, au premier abord, paraissent proportionnelles à celles de la bilirubine et de la cholestérine.

La grippe chez les vieillards. — Mmes Renaud et Juge ont pu constater après bien d'autres, au cours de l'épidémie à laquelle se rapporte la précédente note, la gravité de la grippe chez les vieillards entre soixante-dix et quatre-vingts ans.

Sur seize cas on releva quelques formes graves dont cinq terminées par la mort. Celle-ci fut toujours due à l'hépatisation grise de gros foyers pulmonaires.

Evolution de la grippe survenant au cours des affections viscérales chroniques. — MM. Renaud et Juge ont pu constater que la grippe prend une allure grave quand elle frappe des sujets atteints d'affections chroniques entraînant une miopragie viscérale. Les formes observés chez les malades hospitalisés, en raison d'affection chronique, furent presque toutes sérieuses ou graves. Sur 54 malades de cette catégorie qui furent atteints 6 moururent.

La mort est toujours survenue tardivement, en raison du passage à l'hépatisation grise de lésions pulmonaires extrêmement étendues. Il faut signaler que les malades étaient tous incapables de vider convenablement leurs bronches par expectoration. Les facteurs mécaniques ont une importance considérable dans l'évolution de ces pneumatiques.

Les faits observés ici démontrent que la grippe n'est pas grave en elle-même, et que ses complications pulmonaires accidentelles surajoutées ne sont redoutables qu'en raison de circonstances particulières (tares organiques, senilité).

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1927)

Insuffisance surrénale et diphtérie. — M. Lereboullet expose la série des constatations qui le portent à admettre le rôle de l'insuffisance surrénale dans les diphtéries graves. L'expérimentation a, de longue date, mis en lumière l'importance des altérations capsulaires dans les diphtéries toxiques expérimentales. L'anatomie pathologiques montre, dans le diphtérie humaine, une proportion élevée de lésions capsulaires évidentes : dans un cas sur cinq au moins, on trouve des hémorragies capsulaires chez les enfants morts de diphtérie maligne. Cliniquement, on a depuis longtemps insisté, avec Hutinel, Martin et Darré, Castaigne, sur la signification des signes observés, lors du syndrome malin secondaire de la diphtérie et soulevé l'hypothèse de l'insuffisance des surrénales à leur origine. M. Lereboullet, dès 1922, avec MM. P.-L. Marie et Leprat, récemment avec M. Pierrot, a systématiquement recherché l'hypoglycémie dans les diphtéries graves; il l'a fréquemment rencontrée et sur les 30 cas suivis avec M. Pierrot, la grande majorité avait une glycémie nettement abaissée variant de 0,45 à 0,80, qui revenait à la normale avec la convalescence. Cette hypoglycémie qui se rapproche de celle des addisoniens semble constituer un argument biologique à rapprocher des précédents en faveur du rôle de insuffisance surrénale dans la diphtérie. Cette notion a une conséquence pratique importante. L'opothérapie surrénale systématique permet, en effet, de mieux soigner et de mieux guérir les diphtéries graves. Si M. Lereboullet a pu abaisser

à moins de 20 p. 100 la mortalité des diphtéries malignes dans son service, c'est non seulement à la sérothérapie massive mais aussi à l'opothérapie surrénale qu'il le doit. Celle-ci, employée par voie sous-cutanée et par voie digestive simultanées, lui a donné des résultats très encourageants, notamment à l'aide d'extraits plus particulièrement énergiques, les extraits persurrénaux préparés par la technique de M. Hallion. Il faut toutefois se rappeler que leur puissance d'action peut entraîner certains accidents impressionnants (dans un cas où il y avait hémorragie surrénale, la mort a coïncidé avec leur emploi). Il convient donc de ne les utiliser qu'avec prudence, mais ils constituent dans les diphtéries malignes une ressource précieuse. Si les effets de l'opothérapie surrénale peuvent être regardés comme purement symptomatiques, en raison de son action cardiovasculaire évidente, on doit reconnaître cette concordance de l'action thérapeutique avec les autres constatations et conclure à l'importance du rôle des altérations surrénales dans la production des accidents observés au cours des diphtéries malignes.

Discussion. — M. Lesné, dans son service de l'hôpital Trousseau, constate, comme M. Lereboullet, la fréquence de l'insuffisance surrénale dans la diphtérie et, comme lui, il emploie l'adrénaline mais en l'appliquant sur les muqueuses nasale et buccale, et à petites doses en raison du choc impressionnant que, parfois, elle détermine. Mais divers symptômes (gros foie, tachycardie, etc.) ne peuvent s'expliquer par l'insuffisance surrénale. L'intoxication bulbaire est une des causes de mort. A côté du traitement surrénal, il faut recourir aux grosses doses de sérum et aux thérapeutiques adjuvantes.

M. Lereboullet. L'intoxication diphtérique semble ne pas laisser de séquelles, sauf en ce qui concerne le myocarde.

M. Maignon. Le centre adrénalino-sécréteur est un centre bulbaire, il ne serait pas étonnant qu'il fût influencé par la toxine.

Création par sélection d'espèces pathogènes. Application au rhumatisme aigu. — M. Georges Rosenthal.

Vaccination à la Ramon du cobaye contre le bacille anaérobie de l'hémoculture du rhumatisme aigu. — M. Georges Rosenthal.

Contribution à l'étude biochimique de l'hémolyse. — MM. Piettre et Chrétien.

La thrombidiose du cheval. — M. Panisset au nom de MM. Ricordeau et Pollalis.

Le sort des anticorps des sérums homologues et des sérums hétérologues. — MM. Goldenberg et Panisset.

Traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum par la craie préparée. — M. E. Crouzel. Le carbonate de chaux agit en neutralisant l'hyperchlorhydrie et comme topique calmant, même comme hémostatique. Cette action peut être augmentée par l'addition de 10 p. 100 de talc ou de poudre de charbon de peuplier.

La sténose congénitale du pylore. — M. Satre, après étude des différentes catégories de sténoses, conclut à la nécessité de l'intervention chirurgicale, la gastro-entérostomie.

Trois cas d'inoculation ou de greffe accidentelle du cancer. — M. Regnault. A propos du décès récent de l'interne Henri Vadon, propose de collationner et d'étudier les cas d'inoculation de cancer (quels qu'en aient été les résultats) pour éclairer la question; il résume trois auto-observations de médecine : celle de Vadon (mort au bout de trois ans), celle du docteur Charmont, dans laquelle le cas se complique d'accidents lymphangitiques fréquents après piqûre anatomique; enfin, la sienne, ne comportant aucun accident, même vingt-trois ans après la piqûre.

Correction de l'entropion en médecine canine. Adaptation des procédés de Panas et de Millet-Jasseron. — M. Evanno.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1927)

Hématémèses et melæna au cours de l'appendicite chronique. — M. Jacques Dalsace apporte quatre observations montrant qu'un syndrome douloureux gastrique, compliqué d'hématémèse ou de melæna, n'est pas constamment dû à un ulcère gastrique ou duodénal et peut s'observer au cours de l'appendicite chronique. Le traitement chirurgical comportera dans un même temps l'appendicectomie et l'exploration des deux carrefours iléo-cæcal et gastro-duodéno-vésiculaire.

M. René Gaultier souligne l'intérêt de ces hémorragies gastro-intestinales sans substratum anatomique apparent au cours des appendicites chroniques et qui lui paraissent, comme ces hématémèses sans lésions gastriques signalées par MM. Duval et J.-C. Roux ou comme des épistaxis coliques dont il a rapporté autrefois un exemple, relever d'un processus névropathique réflexe d'origine sympathique sous l'influence des périviscérites variées (périgastrites, périduodénites, péricolites, en l'occurrence appendicite chronique) traçant une ligne de conduite opératoire destinée à libérer ces adhérences. De tels faits semblent trouver leur explication dans cette donnée physiologique que la destruction du plexus solaire et la section des nerfs mésentériques ont pour effet une vaso-dilatation passive de l'intestin.

Les états de dénutrition d'origine glosso-ptosique chez le nourrisson. Leur traitement par la tétée orthostatique. — M. Pierre Robin montre que la déformation des mâchoires du nourrisson, celle du haut dépassant celle du bas, fait que celui-ci tête mal et perd du poids en même temps qu'il tarit les seins de sa mère. C'est à cet ensemble de troubles que l'évolution de la dénutrition doit son aggravation, celle-ci pouvant aller jusqu'à l'athrepsie. La tétée orthostatique assure la correction des mâchoires et le retour à l'alimentation normale, en même temps qu'elle ranime la lactation déficiente. L'auteur ajoute que si la tétée orthostatique ne suffit pas à corriger la déformation, il y a lieu de terminer la réduction de la glossoptose par sa méthode eumorphique.

Corps étrangers bronchiques chez de très jeunes enfants extraits par la trachéobronchoscopie. — M. J. Guisez présente onze cas de corps étrangers bronchiques extraits récemment chez de jeunes enfants âgés de moins de quatre ans, dix mois, quinze mois, seize mois, deux ans. Sauf dans trois cas où la trachéotomie avait été faite antérieurement, l'extraction a pu être faite en passant directement par le larynx. La bronchoscopie supérieure a pu être réussie malgré l'étroitesse du larynx à cet âge. L'auteur insiste sur la fréquence relative des corps étrangers bronchiques chez les jeunes enfants, 50 p. 100 de la totalité des cas observés. Le commémoratif passe souvent inaperçu. Un clou et un crochet de fer étaient restés quatre mois et six mois et demi dans deux des cas rapportés par l'auteur et avaient été la cause, dans un cas de pleurésie purulente, dans l'autre, de pneumonies à répétition, et dans ces deux cas le corps étranger fut une véritable découverte aux rayons X. Aussi, chaque fois que survient sans cause bien appréciable une bronchopneumonie chez un jeune enfant, une radiographie doit être faite qui sera suivie d'une bronchoscopie, intervention innocente quand elle est faite suivant des règles bien déterminées.

Coexistence de l'asthme et de l'épilepsie. Evolution distincte des deux syndromes. — M. B. Hartenberg apporte l'observation d'un jeune homme qui présenta, à l'âge de dix-huit mois, ses premiers accès d'asthme à l'occasion d'une entérite chronique. A l'âge de quatre ans, il fit une encéphalite infectieuse qui laissa à sa suite des anomalies de développement physique et une forte arriération psychique. A l'âge de quinze ans, apparurent des manifestations comitiales déterminées vraisemblablement par les séquelles lésionnelles

de cette encéphalite. Or, par un traitement rigoureux, M. Hartenberg a pu faire disparaître les crises épileptiques dont la dernière remonte à septembre 1922. Par contre, les accès d'asthme persistent malgré toutes les thérapeutiques tentées, avec une ténacité désespérante. Il est permis de conclure que, dans ce cas du moins, il n'y avait aucune relation pathogénique entre l'épilepsie et l'asthme, et que celle-ci relève de causes encore inconnues.

Pyélonéphrite avec abcès miliaires. — M. Mock montre que l'affection est bien différente suivant l'origine de la pyélonéphrite. D'origine colibacillaire, elle est le plus souvent bilatérale; elle est la plupart du temps améliorée par les traitements ordinaires, et ce n'est qu'après l'échec de ces traitements qu'on doit intervenir, la décapsulation et le curettage des petits abcès suffisent. Dans les pyélonéphrites à staphylocoques, lésions le plus souvent unilatérales, il ne faut pas trop tarder à intervenir car le phlegmon périnéphrétique est la conséquence fréquente. M. Mock rapporte deux observations d'opération dans ces cas d'infection staphylococcique.

THÉRAPEUTIQUE

LA DIACÉTYLDIOXYPHÉNYLISATINE

UN PURGATIF NOUVEAU

Par M. Ch. Weiss.

Les progrès de la chimie ont permis d'isoler et d'étudier les propriétés de bien des principes médicamenteux actifs existants dans la nature, alcaloïdes, glucosides, etc., puis d'en reproduire un certain nombre synthétiquement, comme cela a été le cas, par exemple pour l'adrénaline. Toutefois, l'ambition des chimistes va plus loin; ils s'efforcent de rattacher l'action physiologique à la constitution chimique et de déterminer quels sont les radicaux porteurs de l'effet analgésique, antipyrétique, hypnotique, etc. En possession de cette base théorique, ils recherchent les formules de corps nouveaux qui doivent être doués au maximum des propriétés désirées et font ensuite, au laboratoire, la synthèse de ces corps. Un magnifique exemple de ce genre de synthèse est donné par les travaux de Fourneau sur les anesthésiques locaux. Fourneau, connaissant les radicaux générateurs d'anesthésie, les a fixés sur de nouveaux supports et est arrivé ainsi à créer des substances aussi actives mais moins toxiques que la cocaïne. Un autre exemple de synthèse organique de nouveaux produits, dont les propriétés pouvaient être calculées à l'avance, est fourni par le groupe des purgatifs cathartiques. Toutes les drogues de ce groupe — rhubarbe, bourdaine, cascara, nerprun, séné, etc. — renferment des principes actifs que l'on peut rattacher à l'anthraquinone. L'acide chrysophanique est la dioxyméthylanthraquinone, l'émodine une trioxyméthylanthraquinone, la franguline un glucoside composé de rhamnose et d'émodine; la purshianine du cascara, la glucosennine du séné, les aloïnes, des aloès sont aussi des « anthraglucosides ».

Il restait à déterminer si l'action purgative dépendait du noyau anthracène lui-même ou au contraire si elle était due au radical cétone quinonique CO. L'expérience ayant montré que d'autres quinones sont purgatives, c'est donc la seconde hypothèse qui est juste, cela est du reste confirmé par l'action purgative de la phénolphtaléine dont le noyau est différent, mais qui possède aussi la fonction cétone quinonique. Ayant reconnu que cette fonction est un véritable « radical éccoprotique » le chimiste suisse Guggenheim a recherché la formule d'un purgatif rationnel, c'est-à-dire doué d'une action élective sur le gros intestin, tout en ne pénétrant pas dans la circulation générale et ne pouvant par conséquent pas, comme la phénolphtaléine, léser le rein. Il fallait pour cela une substance excessivement peu soluble et légèrement acide. Guggenheim est arrivé à trouver un corps qui remplisse ces conditions et a pu en faire la synthèse; c'est la dioxyphénylisatine. Toutefois ce produit avait l'inconvénient d'être encore légèrement soluble et d'irriter la muqueuse gastrique. Cet inconvénient a disparu en acétylant les groupes phénoliques et en obtenant ainsi la diacétyldioxyphénylisatine tout à fait insoluble dans l'estomac. En arrivant dans l'estomac, en milieu alcalin, il y a saponification et la dioxyphénylisatine exerce son action spécifique sur le péristaltisme intestinal. Grâce à cette belle série de travaux synthétiques, basés sur une conception chimique rationnelle et sur la connaissance des relations qui unissent l'effet physiologique à la structure moléculaire, on a obtenu ainsi un purgatif tout à fait nouveau qui réalise ce qu'on avait vainement espéré de la phénolphtaléine, c'est-à-dire une action élective sur le gros intestin avec une toxicité pratiquement nulle. La diacétyldioxyphénylisatine est active à la dose de quelques milligrammes et ne peut pas léser le rein ni le foie parce qu'elle n'est pas absorbée en quantité appréciable par la muqueuse intestinale.

La formule de la diacétyldioxyphénylisatine est la suivante : $C^{24}H^{19}O^{5}N$.

C'est une poudre blanche cristalline inodore et sans saveur qui fond à 242 degrés. Elle est insoluble dans l'eau ainsi que dans les acides dilués, peu soluble dans l'alcool et très peu soluble dans l'éther.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Bactériophage et son comportement, par F. d'Hérelle, directeur du Service bactériologique, Conseil international sanitaire, maritime et quarantenaire d'Egypte. Deuxième édition entièrement refondue. Un volume de 552 pages avec 23 figures. — Prix de base pour la France : 43 fr.; en plus hausse variable (40 p. 100 juillet 1926); prix fixe pour l'étranger : 1 dollar 72. — Paris, Masson et Cie.

L'Herpès et le zona. Ectodermoses neurotropes. Etude étiologique et pathogénique, par C. Levaditi, de l'Institut Pasteur. Un volume de 388 pages avec 87 figures et une planche en couleurs. — Prix de base pour la France : 32 fr.; en plus hausse variable (40 p. 100 juillet 1926); prix fixe pour l'étranger : 1 dollar 28. — Paris, Masson et Cie.

L'Année obstétricale (travaux de l'année 1924) **et questions obstétricales d'actualité**, par H. Vignes, accoucheur des hôpitaux de Paris, et J. Dauphin, ancien externe des hôpitaux de Paris. Un volume de 128 pages. — Prix de base pour la France : 25 fr.; en plus hausse variable (40 p. 100 juillet 1926); prix fixe pour l'étranger : 1 dollar. — Paris, Masson et Cie.

Traité de symptomatologie topographique chirurgicale, par M. Maurice Tusseau, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Rambert (de Lyon), membre correspondant national de la Société des chirurgiens de Paris. In-8 de 594 pages avec 57 figures et 40 tableaux. — Prix : 38 fr. — Paris, N. Maloine.

Du Symptôme à la maladie. Tome I : *Séméiologie médicale*, 6e édition, par le docteur F. Coste. Un vol. de 350 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, N. Maloine.

Ce que... tout tuberculeux devrait savoir, par le docteur Pierre Hulliger, médecin de la clinique Mont-Riant, Neuchâtel (Suisse). In-8 de 132 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, N. Maloine.

Les Maladies contagieuses de l'enfance. Traité de vulgarisation à l'usage des maîtres d'école et des familles, par le docteur Alfred Reh. — Editeurs : Etablissements Benzinger et Cie. Succursale de Strasbourg, 29, place de la Cathédrale.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : **65** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.

Tarif n° 2 : **75** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury des épreuves d'admissibilité est définivement composé de MM. Mocquot, Launay, Mouchet, Ombrédanne, Lenormant, Basset, Robineau.

Censeurs : MM. Boppe, Rouhier, Brocq, Girode.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NANTES. — Un concours pour une place de médecin suppléant des hôpitaux sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 20 juin 1927.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — **Examen écrit de thérapeutique et pharmacologie** (5e année). — *1re série (examen écrit du 3 mars 1927).* — Numéros impairs : 1° Posologie des préparations de noix vomique et de strychnine.

2° Formule du soluté officinal de quinine-uréthane. Formule d'un suppositoire contenant un hypnotique.

3° Description sommaire des phases de l'anesthésie générale et des syncopes qui peuvent se produire.

4° Traitement d'une hémoptysie tuberculeuse par l'ipéca.

5° Aliments gras à éliminer d'un régime antidyspeptique; leur teneur approximative en graisse.

6° Caractéristiques et indications des stations : Néris, Lamalou, Divonne.

Numéros pairs : 1° Posologie usuelle et maxima de la diacétylmorphine, de la iodéine.

2° Formule du soluté officinal fort de caféine. Formule d'une potion contenant une préparation d'opium.

3° Description sommaire des effets de la cocaïne sur le système nerveux central et sur les nerfs périphériques.

4° Traitement d'un épistaxis chez un hémophile.

5° Technique du drainage intermittent des voies biliaires par la méthode de Meltzer-Lyon.

6° Caractéristiques et indications des stations : Uriage, Saint-Gervais, Saint-Christau.

2e série (examen écrit du 4 mars 1927). — Numéros impairs : 1° Posologie des préparations de podophylle.

2° Formule d'un sirop vomitif et d'une potion expectorante au kermès.

3° Action pharmacodynamique des vomitifs.

4° Traitement des accidents syncopaux du pouls lent permanent.

5° Ordonnance du traitement du psoriasis par l'huile de cade.

6° Situation et indications des principales stations du pays basque. Faire une carte schématique.

Numéros pairs : 1° Posologie des hypophosphites et des glycérophosphates.

2° Formule d'une préparation arsénicale et de la potion antivomitive du Codex.

3° Action pharmacodynamique de l'insuline.

4° Indications et contre-indications du colchique dans le traitement de l'accès de goutte aiguë.

5° Traitement d'un cas de diarrhée aiguë chez un nourrisson.

6° Caractéristiques et indications des stations : Saint-Nectaire, Contrexéville, La Preste.

— NANCY. — Une place d'agrégé de médecine est déclarée vacante.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Jagot (Bernard), étudiant en médecine, est nommé, pour un an, préparateur de médecine légale à l'Ecole de médecine de Nantes, en remplacement de Mme Pasgrimaud.

SANATORIUMS. — M. le docteur Pellier, médecin-adjoint au Sanatorium de Saint-Jodard (Loire), a été nommé médecin directeur de 5e classe au Sanatorium de Chalons-sur-Marne.

PREMIÈRE RÉUNION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE (Paris, 28-30 avril 1927). — M. Louis Barthou, ministre de la Justice, président de l'Association des journalistes parisiens, a bien voulu accepter de faire partie du Comité d'honneur de la réunion.

En dehors des noms déjà publiés, le Comité français de patronage comprend désormais ceux de MM. le docteur Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France; Baugnies, administrateur-délégué de la Compagnie fermière de Vichy; Dauzats, président de la Presse de l'Institut et des Sociétés savantes; le professeur Sabrazès (de Bordeaux), président de l'Association des journalistes médicaux français.

Plusieurs Comités étrangers, qui n'avaient pu encore être constitués, le sont désormais : M. le docteur Ezequiel L. Osorio représentera officiellement le gouvernement de Bolivie; M. le docteur Eujenio Suarez Herrera, le Chili; M. le professeur Jorge Bejarano, de la Faculté de Bogota, la Colombie; M. le docteur Federico Lehnhoff Wild, la République de Guatémala; M. le docteur Pierre Moutrier, le grand-duché de Luxembourg. D'autres Comités étrangers sont actuellement en formation.

A la liste des rapports déjà publiée, s'ajoutent actuellement ceux de M. le professeur Horno Alcorta, de Saragosse (*Clinica y Laboratorio*) sur « La propriété littéraire et la presse médicale », du docteur Molinery, secrétaire adjoint de l'Association des journalistes médicaux français, sur la même question, et du docteur Turo, de Barcelone (*Ars medica*) sur « Le rôle de la presse dans les Congrès médicaux ».

D'autre part, M. le docteur Cabanès fera, à l'occasion de la réunion, une conférence sur « Un médecin journaliste et directeur de l'Opéra, le docteur Véron ».

Plusieurs autres communications sont également annoncées : du professeur Cruchet (*Journ. de méd. de Bordeaux*), sur « Les rapports de la presse médicale et de la publicité pharmaceutique » ; du docteur Wickersheimer (de Strasbourg), sur « Les origines de la publicité médicale ».

Le programme des excursions comportera un voyage de deux jours à Vichy, où les congressistes seront les hôtes de la Compagnie fermière, ainsi qu'une visite à l'usine Heudebert, où un lunch sera servi en leur honneur.

Nous rappelons que la réunion de la Presse médicale latine est ouverte non seulement aux directeurs de Journaux des nations latines, mais à tous leurs collaborateurs : rédacteurs, administrateurs, annonciers, etc.

Toute la correspondance doit être adressée au secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, M. le docteur L. M. Pierra, 12, rue de Babylone, Paris (VIIe).

LE NOMBRE DES MÉDECINS EN TUNISIE. — Le *Bulletin du Syndicat médical français de Tunisie* publie une statistique des médecins du protectorat; de 1888 à 1926, plus de 500 médecins sont venus s'installer en Tunisie; ils se décomposent ainsi : français, 255; musulmans, 10; italiens, 187; maltais, 5; russes, 11; divers, 14.

A la fin de décembre 1926, la Tunisie comptait 256 médecins dont 125 français et 11 russes.

La ville de Tunis compte 145 médecins dont 72 français.

LE NOM DE LAENNEC. — M. Loth, professeur au Collège de France, a présenté la semaine dernière à l'Académie des inscriptions une étude sur l'orthographe du nom de Laennec. Ce nom peut s'écrire *Laënnec* avec ou sans tréma sur l'*e*, et on ne doit pas le prononcer « Lennec » comme l'a fait M. le ministre de l'Instruction publique dans son discours à l'Académie de médecine.

LE DINER DES ASSISTANTS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DES HÔPITAUX DE PARIS a eu lieu le jeudi 3 février 1927, au Cercle de la Renaissance. Etaient présents : MM. Boileau, Blanche, Colanéri, Colombier, Chauffour, Chaperon, David de Prades, Delapchier, Jouveau-Dubreuil, Lifchitz, Lehmann, Morel-Kahn, Moutard, Ordioni, Rebuffel, Surrel, Tribout, Thiel.

A la suite du dîner, qui fut empreint de la plus grande cordialité, eut lieu l'assemblée générale après le discours du président le docteur David de Prades qui évoqua le souvenir du collègue Guivry, fondateur de la Société amicale, le rapport moral du secrétaire général fut discuté et adopté, ainsi que celui du trésorier, le docteur Delapchier. Ensuite diverses questions furent soumises aux membres : assurances des assistants, préservation contre les dangers des rayons X, protection du titre d'assistant.

Enfin, le bureau fut renouvelé : le docteur David de Prades, président, le docteur L.-J. Colanéri, secrétaire général, furent maintenus, et M. Moutard comme trésorier, M. Jouveau-Dubreuil, trésorier adjoint.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur L.-J. Colanéri, 10, rue de Pétrograd. Téléphone Gutenberg 14.00.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — INSTITUT D'HYGIÈNE. — Un enseignement de bactériologie et d'hygiène est donné, en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène, sous la direction de MM. les professeurs Lemierre et Brumpt, de MM. Philibert et Joyeux pour la bactériologie et la parasitologie; de M. le professeur Léon Bernard et de M. Debré pour l'hygiène.

S'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (M. le professeur DELBET.) — Cours complémentaire du 22 mars au 1er avril 1927 sur le traitement des fractures et luxations des membres, par MM. Lascombe et Godard, chefs de clinique, et Oberthür, ancien interne des hôpitaux.

Nombre des auditeurs limité à 20. Droit : 150 fr. Inscription au secrétariat de la Faculté de médecine.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. — *Cours de revision (Pâques 1927.)* — Les notions récentes de clinique pratique et d'application au diagnostic des méthodes de laboratoire courantes, sous la direction de M. Maurice Villaret, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Ce cours commencera le 28 mars et comprendra 37 leçons. Droit : 250 fr. Inscription au secrétariat de la Faculté de médecine.

Cours de vacances. — Du 27 juin au 9 juillet, cours de perfectionnement sur les maladies du foie et le diabète.

Du 12 au 24 septembre, cours sur les maladies du tube digestif suivi d'un voyage de trois jours dans la région de Vichy.

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Lereboullet fera les jeudi 7, vendredi 8 et samedi 9 avril, à 10 h. du matin, à l'hôpital des Enfants Malades, pavillon de la diphtérie, une série de leçons sur les questions actuelles de diphtérie (clinique, traitement, prophylaxie, vaccination). Cours gratuit.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

I. GÉNÉRALITÉS

Ma visite aux formations médicales françaises. (K. M. Hiranandany [de Haïderabad]. *Amer. med.*, déc. 1926, p. 783-785.) — Après avoir passé quatre ans en Angleterre, notre confrère s'est proposé, en revenant chez lui, de passer par Paris pour en visiter les institutions médicales et pour assister aux nombreux Congrès qui s'y tenaient alors. Projet qui se heurtait à une grande difficulté : l'ignorance complète de notre langue. Le docteur Hiranandany ne s'en décide pas moins à tenter l'aventure. A Paris, un compagnon de voyage, plus expert en français, lui facilite l'installation. Hiranandany commence par satisfaire sa curiosité en allant visiter l'Exposition de l'Art français, « très intéressante et prodigieusement artistique », puis il se rend à l'Université, où il éprouve, en raison de son manque de connaissances linguistiques, quelques petits désagréments. On lui prête toute l'aide nécessaire. Il est adressé au Secrétariat du bureau d'informations où on lui fournit les renseignements dont il a besoin et où on lui remet une copie des règlements et indications pour médecins étrangers voulant suivre des cours à la Faculté de médecine de Paris. Il découvre, dans le voisinage de l'Université, une association d'étudiants indiens, bien petite et par le nombre des membres et par les locaux. Il assiste aux séances du Congrès d'oto-rhino-laryngologie et de stomatologie, où il est agréablement frappé par la cordialité des Français pour les étrangers. Il y fait la connaissance d'un médecin japonais qui, plus heureux que lui, peut parler notre langue. Il s'adjoint à lui. Tous deux, de concert, vont visiter le laboratoire Curie, où ils sont aimablement reçus et pilotés par Mme Dohrovolskaya-Zayadskaya, qui leur montre un appareil aussi souple qu'ingénieux pour tenir les souris en expérience. Soudain, catastrophe! Le confrère japonais, devenu moins enthousiaste pour les questions médicales, le « laisse tomber », et il doit se débrouiller seul. Il visite l'Institut Pasteur et se montre très frappé par la vénération qu'on y témoigne pour les restes de l'illustre savant. Il finit par visiter l'Hôtel-Dieu, qu'il considère comme sûrement le plus ancien de tous les hôpitaux de Paris. Il adresse un regard ému, dès l'entrée, au monument aux Morts, ces jeunes héros qui ont donné leur vie pour leur pays. Il assiste à une leçon clinique agrémentée de films, ce qui fait agréablement passer le temps et grave automatiquement les choses dans l'esprit. Il rencontre un groupe de médecins tchéquo-slovaques venus pour se perfectionner. Au laboratoire du radium et des rayons X, il fait connaissance du docteur Dubois-Rocquebert, le chef, et de Mme Eahre (lire probablement *Fabre*), l'assistante. Grâce à leur amabilité, il peut examiner des cas intéressants et des comptes rendus provenant de divers services, ayant tous la même forme, mais de couleur différente, système dont il apprécie le côté pratique. Dans ce laboratoire il est présenté à Mme le docteur Tedesco, qui était en train d'expérimenter un nouveau test, permettant un diagnostic très précoce de cancer. Il s'agit de la méthode de M. le docteur Botelho, chef du laboratoire du cancer à la clinique chirurgicale du professeur Hartmann. Il a même la bonne fortune de rencontrer le docteur Botelho, qui lui fait hommage d'un exemplaire de toutes ses recherches et l'engage à passer quelques jours avec lui. Finalement, il regagne l'Inde, ruminant en son esprit les principales étapes de son voyage scientifique, dans le but de donner un bref article sur les « très plaisantes et profitables expériences qu'il avait eu le plaisir de faire dans les différents hôpitaux de Paris ».

L. BABONNEIX.

II. APPAREIL RESPIRATOIRE

Les mycoses pulmonaires. (P. Nicaud. *Presse méd.*, 4 déc. 1926, n° 97.) — Les principales variétés de mycose pulmonaire sont : les mucormycoses, l'aspergillose, les oosporoses, l'actinomycose, la sporotrichose.

Les mucormycoses. — La mucormycose pulmonaire est très rare. Le parasite a un mycélium ramifié continu. Les spores endogènes sont produites à l'intérieur d'un appareil spécial : le sporange. La mycose mucoréenne est très souvent secondaire et se greffe alors sur une caverne gangréneuse, cancéreuse ou tuberculeuse.

La mucormycose présente quelquefois les allures d'une maladie infectieuse aiguë à localisations multiples.

Lucet incrimine les poussières végétales et pense que nombre de campagnards catarrheux avec bon état général seraient porteurs de mucormycoses. L'examen direct des crachats après macération dans la potasse, l'examen des coupes, les cultures sur gélose sucrée, pomme de terre ou liquide de Raulin mettent en évidence le parasite que l'inoculation dans la veine ou le péritoine du lapin montre pathogène.

L'aspergillose. — L'aspergillose des voies respiratoires est bien connue depuis les travaux de Dieulafoy, Chantemesse et Widal, Potain et Rénon, Gaucher et Sergent. Le plus répandu et le plus pathogène des aspergillus est l'*aspergillus fumigatus*, constitué par un mycélium ramifié donnant des rameaux stériles cloisonnés et des rameaux fructifères. Ceux-ci portent à leur partie terminale un réceptacle soutenant la tête sporifère formée de cellules allongées en forme de quille donnant elles-mêmes naissance à des spores, de coloration verte ou brune. On peut cultiver facilement l'aspergillus sur liquide de Raulin, milieu de Sabouraud ou pomme de terre glycérinée à 37 ou 38 degrés. Ce champignon est très pathogène pour le pigeon, le lapin et le cobaye. La surface des graines est son habitat le plus fréquent, on le retrouve souvent dans le mucus nasal et la salive; les spores sont très résistantes.

Deux professions sont particulièrement exposées celle de gaveur de pigeons, celle de peigneur de cheveux. Le premier se contamine par le contact direct des muqueuses avec le chancre buccal des pigeons ou par le contact des graines elles-mêmes portant les spores. Le second est infecté par la farine de seigle chargée de spores servant à dégraisser les cheveux (Rénon). Les manieurs de graines ou de farine peuvent être aussi exposés à la maladie.

Très fréquemment, l'aspergillose n'est qu'une greffe secondaire sur une affection pulmonaire déjà existante; il peut aussi s'agir d'associations aspergillo-bacillaires très fréquentes et, avant d'affirmer l'aspergillose pure, des recherches du bacille de Koch répétées et minutieuses, l'inoculation au cobaye, une longue surveillance clinique sont indispensables. Tardivement, on peut découvrir le bacille de Koch dans des cas considérés comme aspergillaires purs. Cependant l'aspergillus peut à lui seul engendrer des lésions pulmonaires très longuement évolutives et même mortelles, comme dans l'observation de Macaigne et Nicaud.

Le tableau clinique est fréquemment celui de la tuberculose pulmonaire chronique. Quelquefois cependant, des hémoptysies espacées et abondantes sont le seul symptôme pendant de très nombreuses années (Macaigne et Nicaud). Dans l'intervalle des hémorragies, il n'existe que des signes de sclérose broncho-pulmonaire. L'évolution peut être très longue

avec conservation remarquable de l'état général sans aucun amaigrissement.

Dans la majorité des cas, après des périodes de rémissions et d'aggravations, la maladie évolue vers une sclérose extensive et peut aboutir à une véritable cirrhose pulmonaire avec ou sans dilatation des bronches.

Dans des cas plus rares, l'aspergillus provoque des lésions thrombosantes de l'artère pulmonaire s'étendant par poussées évolutives. Dans le cas de Macaigne et Nicaud, elles avaient abouti à la thrombose du tronc de l'artère pulmonaire gauche.

Rénon et Devillers ont décrit une bronchite membraneuse aspergillaire dont les membranes étaient composées de mycélium et de spores d'*aspergillus fumigatus*.

Le diagnostic est fondé sur la recherche du parasite dans les crachats; on peut être orienté vers cette recherche par la profession du malade (meunier, gaveur de pigeons, peigneur de cheveux), mais on ne trouve souvent aucune étiologie professionnelle. La culture doit être faite sur liquide de Raulin. L'examen direct et la culture mettent en évidence le mycélium et les spores, le mycélium pousse en touffe dans le liquide. Les spores forment à la surface un tapis velouté qui devient noirâtre en quelques jours. L'inoculation au lapin dans la veine provoque une pseudo-tuberculose généralisée. Une rétro-culture donne le même parasite.

Il est indispensable, dans tous les cas, de faire la recherche directe, après hémogénéisation et enrichissement à l'étuve du bacille de Koch, et l'inoculation au cobaye pour éliminer la tuberculose.

Les lésions expérimentales sont comparables à celles de la tuberculose. Des lésions humaines, la sclérose extensive est la plus constante. Il faut y ajouter l'aptitude nécrosante et thrombosante de l'aspergillus, sans doute d'origine toxinique ou diastasique.

Les oosporoses. — Les oosporoses pulmonaires sont dues à des parasites végétaux du genre cospora. L'actinomycose pulmonaire pourrait être considérée comme la principale variété des oosporoses (Roger). Certains pensent que le bacille de Koch est une oospora et devrait être rangé dans le groupe des champignons et non dans les bactériacées; il présente, en effet, quelquefois des formes allongées et filamenteuses avec renflements terminaux ou latéraux, rappelant l'actinomycose; les oospora peuvent, d'autre part, posséder ou acquérir la propriété acido-résistante.

Les oospora habitent l'air, le sol, l'eau, les débris végétaux, plus rarement les débris animaux, et ensemencent facilement l'arbre respiratoire. L'oosporose pulmonaire peut être primitive. On pense à la tuberculose pulmonaire chronique, mais l'examen des crachats montre des filaments ramifiés qui font faire le diagnostic. L'existence de formes bacillaires acido-résistantes parmi les oospora demande des recherches plus complètes pour éviter la confusion avec la tuberculose.

Quelques cas démonstratifs en ont été publiés.

Comme infections secondaires, on a pu retrouver les oospora dans les cavernes tuberculeuses, dans l'expectoration des cardiaques, dans d'autres affections pulmonaires (Roger et Bory).

Les pleurésies purulentes à oospora ont été fréquemment signalées (Buchholtz, Berestnett).

Après un stade de bronchite ou de broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse, les oospora peuvent provoquer des nécroses, abcès et cavernes, et, si le malade survit, la dilatation des bronches (Löhlein). Les lésions les plus fréquentes sont les formations caséeuses et les cavernes, quelquefois des granulations péritonéales, intrahépatiques ou spléniques (Flexner).

Le diagnostic est très délicat. La présence de petits grains adhérents sur les muqueuses et retrouvés dans les crachats peut être un bon signe. Ils ressemblent aux grains actinomycosiques mais de couleur blanchâtre et sont constitués de filaments ramifiés.

Le milieu de culture de choix est le bouillon maltosé. Les cultures cellulaires en goutte pendante permettent la différenciation. Les oospora affectent quelquefois les formes d'un mélange de bacilles et de streptocoques. Les cladothrix, bactéries filamenteuses, sont analogues, mais n'ont pas de ramifications vraies.

Les filaments sont droits ou onduleux, portant des ramifications latérales, naissant comme un soulèvement arrondi, grandissant ensuite pour donner un prolongement cylindrique (Roger). Il y a des renflements en massue dans les vieilles cultures, et les filaments segmentés donnent quelquefois des images bacillaires. Les appareils conidiens apparaissent à une extrémité libre, ont l'aspect de tonnelets au début, puis s'arrondissent et forment des chaînettes.

L'actinomycose. — Les colonies parasitaires agglomérées de l'actinomycose peuvent se greffer sur le parenchyme pulmonaire, on le retrouve alors dans le pus ou dans les tissus sous forme de corpuscules arrondis à surface lisse ou mamelonnée, d'aspect mûriforme.

Les grains, de consistance onctueuse, d'écrasement facile, sont d'abord gris, puis jaunâtres, pour se foncer jusqu'au noir. Ils sont constitués par une masse centrale d'où partent des prolongements rayonnés, terminés par des renflements jaunâtres en forme de massue. Mêlées à ces formes caractéristiques on retrouve des formes courtes rappelant les bacilles et des grains arrondis qui sont des spores. La culture est facile sur sérum coagulé ou agar.

L'actinomycose pulmonaire est quelquefois primitive après inhalation de poussières végétales (ouvriers agricoles, moissonneurs ou batteurs), mais elle est plus souvent secondaire, liée à la propagation de lésions de voisinage, bucco-pharyngo-œsophagienne ou laryngées, quelquefois dentaires, plus rarement médiastinales ou costales.

Dans le poumon lésé, on trouve des parties atélectasiées, hépatisées ou congestives, semées d'îlots de broncho-pneumonie chronique avec sclérose, et de petits nodules. La confluence des foyers de ramollissement explique la formation des cavernes. La sclérose envahit à la longue un grand territoire, s'étendant jusqu'à la plèvre et à la paroi souvent parcourue par de longs trajets fistuleux. Les pleurésies séreuses, purulentes ou fétides, les abcès fusant vers le médiastin, la plèvre, la colonne et réunis par des trajets fistuleux ont été souvent signalés.

On distingue deux formes cliniques suivant que les lésions intéressent le poumon seul ou l'appareil pleuro-pulmonaire tout entier.

La forme broncho-pulmonaire dans sa variété superficielle est purement bronchitique. Dans sa forme commune, l'actinomycose broncho-pulmonaire aboutit à la formation de cavernes avec l'aspect clinique de la tuberculose cavitaire; dans d'autres cas, la sclérose étendue et extensive se manifeste par les signes cliniques des scléroses broncho-pulmonaires avec bronchite chronique, foyers broncho-pneumoniques avec poussées congestives et hémoptysies répétées. L'expectoration purulente contenant des parasites de fétidité repoussante permet le diagnostic.

Les signes généraux sont ceux de la tuberculose, mais l'état général est longtemps peu atteint. Un excellent signe distinctif est la tendance des lésions à devenir superficielles par extension à la paroi, formation d'abcès pariétaux avec fistules extériorisant le pus des cavernes toujours très fétide.

Dans la forme pleuro-pulmonaire, les signes pleurétiques sont prédominants. Le liquide est purulent si la plèvre elle-même est actinomycosique; est séreux ou séro-fibrineux (Netter) si la pleurésie est consécutive à un foyer sous-jacent pulmonaire ou médiastinal.

Les formes thoraciques présentent souvent des fusées lointaines avec vastes suppurations médiastinales ou vertébrales. La tuberculose est très souvent associée. On observe des rémissions, des aggravations avec infections secondaires donnant des poussées aiguës. La mort est due à la cachexie ou à la généralisation. Le pronostic est grave. Le diagnostic est facile par l'examen des crachats et au besoin par la culture.

La sporotrichose. — Des trois sporotricha pathogènes connus, le *Sporotrichum Beurmani* seul semble pouvoir réaliser des localisations pulmonaires, d'ailleurs exceptionnelles (Monier-Vinard, Schulmann et Masson, Sartory, Blaque et Schulmann).

Les lésions pulmonaires sont fréquentes dans la sporotrichose expérimentale (Gougerot et Vaucher).

L'examen direct du pus permet dans quelques cas rares de retrouver les formes courtes, oblongues de de Beurmann et Gougerot, granuleuses, plus sombres à leurs extrémités et

entourées d'une fine auréole translucide; ces formes peuvent être isolées ou à l'intérieur de macrophages. Quelquefois, elles ne sont découvertes qu'après homogénéisation et centrifugation.

L'ensemencement sur gélose glucosée et peptonée de Sabouraud est le vrai moyen de diagnostic. Les tubes non capuchonnés sont mis à la température ordinaire et en quatre à dix jours donnent les colonies saillantes circonvolvées, entourées d'une large auréole plate, blanche, puis brune, et enfin brun noir. L'artifice de la coulée de pus sur le verre sec (Gougerot), en ensemençant dans la rigole qui sépare la gélose de la paroi du tube, permet, dès le deuxième ou le troisième jour, de constater au microscope les étoiles filamenteuses avec sporulation commençante sur la paroi.

Enfin, l'autoculture sur lames sèches montre le passage de la forme courte des parasites *in vivo* à la forme filamenteuse des cultures *in vitro*.

Le sporotrichum provoque la formation d'agglutinines et de sensibilisatrices spécifiques dans le sérum des sporotrichosiques (Widal et Abrami, 1908), d'où l'emploi du sérodiagnostic de la réaction de fixation. La cuti-réaction (Bruno-Bloch), la sub-cuti-réaction (Pautrier et Lutembacher), l'intradermoréaction (Gougerot) peuvent aussi être tentées. L'enquête étiologique aide au diagnostic. En général, la sporotrichose pulmonaire est une localisation secondaire à une inoculation cutanée ou muqueuse constituant le chancre sporotrichosique; ce sont donc les antécédents sporotrichosiques cutanés ou hypodermiques plus ou moins anciens qui fixent le plus souvent l'attention.

Ces mycoses pulmonaires constituent les formes les plus fréquemment observées. D'autres affections pulmonaires plus exceptionnelles sont dues à des parasites de la classe des levures, affections le plus souvent désignées sous le nom de blastomycoses. Il existe des parasites très variés, retrouvés dans les crachats ou les lésions pulmonaires et beaucoup moins bien connus que les précédents.

Enfin, de nombreuses espèces de monilia semblent capables de provoquer des bronchomycoses (Castellani). Ces espèces ne peuvent être différenciées que par les cultures et les réactions biochimiques.

Le diagnostic clinique de ces diverses mycoses pulmonaires reste très difficile et il faut tenir compte de la très grande fréquence des associations tuberculo-mycosiques. Le genre de vie du sujet, l'évolution très lente, la conservation très longue d'un bon état général, la fréquence et l'abondance des hémoptysies peuvent orienter vers ce diagnostic. Ce sont là des éléments de vague présomption.

La seule certitude est donnée par le microscope. Les examens directs avec les colorations usuelles ou après chauffage dans la potasse, les cultures sur les milieux de Sabouraud, le bouillon maltosé à 4 p. 100, la pomme de terre glycérinée, le liquide de Raulin permettent la différenciation.

Il est préférable pour les examens de ne pas faire de frottis qui altèrent les mycéliums fragiles. La coulée de pus sur verre sec, la technique des lames sèches, la culture en goutte pendante permettent de suivre le développement du germe sans altération.

Dernière recherche : l'expérimentation. Une inoculation sous-cutanée doit donner une généralisation pulmonaire. Une inoculation intraveineuse doit donner des nodules pulmonaires et des lésions. Une inoculation intrapéritonéale doit donner une péritonite nodulaire associée à des nodules intrahépatiques, intraspléniques et viscéraux. Une rétroculture faite en partant de ces lésions doit être positive et les inoculations doivent être poursuivies en série, enfin il peut être utile de faire des inoculations témoins avec le champignon tué.

Il est nécessaire, par des recherches minutieuses, d'écarter la possibilité de la tuberculose pulmonaire. Des examens directs de crachats, et après homogénéisation et enrichissement à l'étuve, devront être répétés et l'inoculation au cobaye devra être le complément indispensable de ces recherches.

L. BABONNEIX.

Deux notes sur la bronchectasie au point de vue diagnostic et traitement. (*Lancet*, 27 nov. 1926.) — I. *Au point de vue médical* (CLIVE RIVIERE). — La bronchectasie est une affection polymorphe où l'on peut séparer les formes légères atteignant en général les enfants et consécutives souvent à des affections pulmonaires aiguës et des formes graves. Celles-ci peuvent n'être que la survivance chez l'adulte de bronchectasies de l'enfant abandonnées à elles-mêmes ou résultent de l'évolution de divers processus pulmonaires aigus ou chroniques chez l'adulte.

L'aspect clinique dépend du nombre, de la nature des dilatations, de la façon dont elles se drainent et de la virulence de l'infection.

Deux procédés récents marquent de grands progrès de diagnostic : la bronchoscopie, le radiodiagnostic après injection de bismuth ou de lipiodol.

Le traitement médical n'a rien perdu de l'efficacité qu'on lui reconnaissait jusqu'à ces temps derniers, encore qu'il modifie les symptômes et non les lésions constituées. Il consiste dans le drainage bronchique par la position genu-pectorale et l'inhalation continue de vapeurs créosotées. On peut y ajouter actuellement la bronchoscopie qui permet l'évacuation du pus, des corps étrangers, la dilatation des trajets sténosés, l'application de substances médicamenteuses. D'autres traitements ont pour objet l'amélioration du drainage, l'effacement des cavités suppurantes, la suppression du tissu infecté : pneumotomie avec drainage, pneumothorax artificiel, phrénicotomie, thoracoplastie, ligature de l'artère pulmonaire, lobectomie; toutes opérations où il faut compter avec les risques d'embolie gazeuse et d'hémorragie.

Ce sont des traitements d'application restreinte destinés à parer à l'insuffisance des traitements conservateurs; ils ne doivent pas faire oublier l'importance des mesures préservatrices : protection des voies aériennes contre la pénétration de corps ou de sécrétions septiques pendant une intervention chirurgicale.

II. *Au point de vue chirurgical* (J. E. H. ROBERTS). — La chirurgie pulmonaire n'en est encore qu'à ses débuts, et il faut noter que l'inconstance de ses résultats n'est souvent due qu'au retard apporté à l'intervention et à la gravité de l'état du malade.

Sauf chez l'enfant, le traitement médical n'est jamais que palliatif; les conditions sociales peuvent ne pas permettre de l'appliquer avec assez de continuité et de régularité; les risques de métastase infectieuse demeurent considérables, ce qui justifie les audaces chirurgicales.

Drainage extrathoracique. — Il ne s'adresse qu'à des dilatations peu nombreuses ou à une cavité unique et laisse une fistule permanente.

Pneumothorax artificiel. — Est bon au début quand le tissu fibreux est encore jeune et rétractile; s'il est nécessaire de prolonger le collapsus la thoracoplastie est indiquée à moins que le pneumothorax lui-même ait donné des résultats incomplets.

La phrénicectomie n'est qu'une opération préliminaire et suffit rarement à elle seule.

La thoracoplastie donne surtout de bons résultats quand un seul lobe est atteint, quand le pneumothorax a donné de très bons résultats et que diaphragme et médiastin très mobile ont largement contribué au collapsus.

Lobectomie. — C'est une opération hasardeuse, indiquée seulement si la collapsothérapie n'a rien donné et si l'existence est intolérable au malade. Elle se fait en deux temps espacés de deux à trois semaines après extériorisation préalable du lobe atteint.

Lobectomie au cautère. — C'est plutôt l'ouverture complète au cautère des bronches atteintes. Elle a donné à certains chirurgiens de bons résultats, mais elle expose à des hémorragies mortelles qui lui enlèvent tout avantage sur le procédé précédent.

R. LEVENT.

La concordance entre les résultats fournis par la clinique et ceux fournis par la radiologie, en particulier dans les affections thoraciques. (W. H. PHELPS. *Virginica med. Monthly*, nov. 1926.) — De même que la clinique est sujette à l'erreur, il en est de même pour la radiologie qu'il faut savoir interpréter.

Le succès diagnostique est et ne continuera d'être qu'au prix de l'alliance des efforts du clinicien et du radiologiste. La radiologie complète du reste utilement la clinique, tant au point de vue du diagnostic que du pronostic des affections

thoraciques, dans les cas de syndrome pseudo-pleurétique, de bacillose pulmonaire, d'épanchements pleuraux ou de collections juxta-pleurales d'un diagnostic malaisé ou impossible par les seuls moyens cliniques. R. LEVENT.

Abcès du poumon. Analyse de 18 observations, etc. (M. SCHWARTZ. *Med. Journ. and Record*, 17 nov. 1926.) — Relation détaillée d'une observation d'abcès du poumon chez un adolescent sans lésions pulmonaires antérieures, survenu douze jours après amygdalectomie (amygdales probablement infectées). Guérison après vomique.

L'auteur dépouille à cette occasion 18 cas récents d'abcès du poumon : 4 après amygdalectomie, 5 après pneumonie, 1 après lithiase infectée, 1 après pénétration d'une dent dans les voies respiratoires, 7 sans cause connue; 13 fois c'est le poumon droit qui a été atteint. Diverses pathogénies sont possibles, mais l'embolie septique semble la plus habituelle.

Les abcès après amygdalectomie semblent survenir deux à trois semaines après l'opération.

Les germes infectieux varient suivant les cas.

L'auteur donne la préférence au traitement médical complété par l'aspiration par voie bronchique au cours d'une bronchoscopie. R. LEVENT.

III. APPAREIL CIRCULATOIRE

A. CŒUR.

La lampe à vapeur de mercure en cardiologie. (J. ECHTMAN, *Med. Journ. and Record*, 1er déc. 1926.) — Pour son fonctionnement, le cœur a besoin de sels minéraux, fer et calcium, en particulier, et de glucose. Tous les agents jouant un rôle dans le métabolisme du calcium ont donc leur importance, agents stimulants des glandes endocrines et du sympatique. Les rayons ultraviolets de la lampe de quartz ont un rôle à jouer en thérapeutique cardiaque. L'auteur préconise l'emploi des rayons ultraviolets associés à l'administration de glucose et de fer, dans les cas suivants : malades atteints de myocardite avec tachycardie, extrasystoles, endocardites mitrales récentes, d'origine rhumatismale, troubles fonctionnels sans lésion cardiaque. L'application des rayons, d'abord prudente, sera faite deux ou trois fois par semaine pour arriver à une irradiation générale et un érythème du deuxième degré. R. LEVENT.

Le Hertblock post-grippal. (A. S. HYMAN *Med. Journ. and Record*, 1er déc. 1926.) — L'étude clinique et électrocardiographique montre une réelle prédilection de la grippe pour le myocarde, en particulier pour l'appareil conducteur et 3 observations personnelles à l'auteur montrent les divers degrés de gravité des complications cardiaques au cours de grippes mêmes légères.

Au premier degré, il y a seulement retard dans la transmission de l'excitation, comme on peut le voir dans bien d'autres infections aiguës.

Au deuxième degré, ce sont des intermittences du pouls par systoles avortées, même si la grippe est légère.

Au troisième degré, enfin, c'est le blocage du cœur avec dissociation auriculo-ventriculaire complète. Une grippe même légère peut l'occasionner si le cœur était déjà gravement lésé.

L'influence de la grippe sur le myocarde n'est nullement proportionnée à la gravité de l'infection; ce sont les grippes les plus légères qui peuvent donner les complications cardiaques les plus graves. R. LEVENT.

Le cœur dans les affections thyroïdiennes. (E. P. BOAS, *Med. Journ. and Record*, 1er déc. 1926.) — Essai de mise au jour sur un terrain controversé. Dans le goitre simple, il y a, en général, hypertrophie cardiaque, proportionnée à l'importance des lésions thyroïdiennes et qu'on peut attribuer suivant les cas, à une gêne mécanique ou à une action toxique. C'est le cœur droit qui est atteint en général et la digitale est souvent sans action. Dans les cas de goitre toxique, c'est l'intervention qui modifie le mieux l'état du cœur.

Dans le goitre exophtalmique, l'hypertrophie ou la dilatation sont habituellement modérées et portent à la fois sur le cœur droit et sur le gauche; puis apparaissent des symptômes de myocardite chronique ou de coronarite, mais qui ne sont pas toujours en proportion des lésions; la toxémie peut jouer un rôle dans ces cas aussi, peut-être aussi les modifications du métabolisme basal. Tout peut rentrer dans l'ordre si le traitement est institué assez tôt, sinon l'évolution se fait vers l'insuffisance myocardique. Le traitement digitalique n'agit guère qu'à la phase d'insuffisance cardiaque, mais ces malades tolèrent parfois mal la digitale; la quinidine donne souvent d'excellents résultats.

Dans le myxœdème, le cœur est habituellement normal. S'il est atteint, c'est l'opothérapie qui est le traitement le plus efficace, mais on ne doit l'employer dans ces cas qu'avec la plus grande prudence. R. LEVENT.

Obstruction œsophagienne due à la persistance du canal artériel. (A. J. JEX-BLAKE et A. KEITH. *Lancet*, 11 sept. 1926.) — Observation d'un jeune chien atteint dès la troisième semaine d'un syndrome de sténose œsophagienne s'aggravant progressivement malgré les soins et le régime alimentaire spécial, sténose avec rétrodilatation de dimension croissante empêchant la respiration. On le tue à son cent vingt-troisième jour.

L'autopsie montre que l'œsophage est étranglé dans un anneau artériel dû à l'anomalie de la crosse aortique qui croise la face droite de l'œsophage tandis qu'en avant un canal artériel oblitéré mais résistant bride la face antérieure de l'œsophage. Une poche de rétrodilatation avec hypertrophie des diverses tuniques et ulcération de la muqueuse s'étend sur toute la portion sus-aortique du conduit. Les symptômes ont apparu et se sont aggravés du fait que le développement suivant son cours et l'anneau artériel restant invariable la disproportion s'accroissait entre l'œsophage normal et le diamètre de la portion rétrécie. R. LEVENT.

Les symptômes et leur évolution dans les affections cardiaques. (J. S. LANKFORD. *Amer. med.*, nov. 1926.) — L'auteur y distingue les signes du début, tachycardie à l'effort ou au repos, la gêne respiratoire, la fatigue rapide; l'oppression qui n'attirent pas au début l'attention du malade vers le cœur mais qui doivent orienter le clinicien. Le malade n'est mis en éveil que par la série des symptômes pénibles de la région précordiale. Jusqu'à ce moment le pronostic est bon si le traitement est bien dirigé, en particulier contre des affections qui provoquent l'apparition de cardiopathies, contre les fautes d'hygiène et les troubles endocrines.

Plus tard on voit apparaître l'arythmie selon divers types, témoin de l'atteinte du myocarde. Le pronostic dépend alors de l'affection causale, syphilis surtout ou autres infections, la nature de l'infection gouvernant dans une certaine mesure l'aspect clinique des accidents terminaux. R. LEVENT.

Physiothérapie des affections cardiaques. (CURRAN POPE. *Clin. med.*, déc. 1926.) — La physiothérapie peut jouer chez les cardiaques un rôle très important; tout ne se résume pas chez ces malades dans le traitement médicamenteux. Il importe de mesurer le repos au malade et de le réentraîner graduellement par des exercices soigneusement dosés. Le régime alimentaire comprendra avant tout la restriction des liquides.

L'hydrothérapie a une place de premier ordre à toutes les périodes; de la poche de glace à la période aiguë qu'il sera souvent utile de faire alterner avec des applications chaudes aux bains d'acide carbonique et aux douches de diverses variétés.

La diathermie peut rendre de grands services chez les angineux; de même l'électricité statique par étincelage au niveau de la VIIe cervicale. Enfin le massage aussi bien chez les malades couchés que chez les sujets convalescents. R. LEVENT.

B. ANÉMIES

L'action de l'adrénaline dans l'anémie aplastique. (A. G. GIBSON. *Lancet*, 6 nov. 1926.) — Intéressante observation d'un cas d'anémie aplastique de cause demeurée inconnue, évoluant chez une fillette de onze ans. Durant dix-huit mois l'aggravation progressive persiste, aussi bien clinique qu'hématologique en dépit des traitements successifs : arsenic,

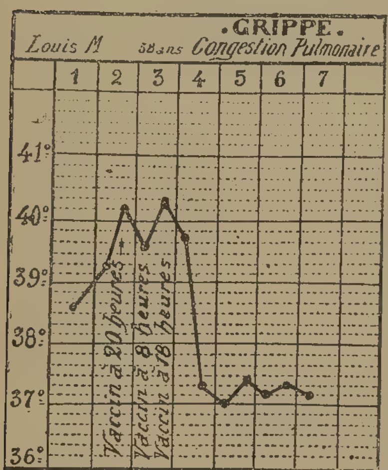
Traitement des Affections pulmonaires aiguës et chroniques de l'Appareil respiratoire

PAR LES VACCINS DU PROFESSEUR MINET

ASTHME - EMPHYSÈME - PNEUMONIE - BRONCHO-PNEUMONIE - GRIPPE et complications grippales : OTITES, MASTOIDITES, SINUSITES

Ces Vaccins établis sur des données scientifiques nouvelles sont des VACCINS ADAPTES, c'est-à-dire des Vaccins qui ont été créés à l'aide de souches microbiennes multiples provenant de l'expectoration de nombreux malades; ils sont par conséquent polyvalents. D'autre part, ils doivent une activité toute particulière à leur mode de préparation qui est tout à fait spécial.

Le VACCIN ANTIGRIPPAL donne des résultats heureux dans toutes les formes de la grippe, qu'elle soit grave ou bénigne; le pourcentage de guérisons dépasse 90 p. 100. Le Vaccin antigrippal Minet est employé à TITRE PRÉVENTIF de la grippe, une injection répétée pendant 2 ou 3 jours consécutifs modifiant le terrain.



En présence d'une grippe sérieuse, avec ou sans localisations pulmonaires injecter une à deux ampoules par jour en se guidant sur la courbe de température. Le Vaccin antigrippal jugule très rapidement les complications grippales : otites, mastoïdites, sinusites, pleurésies, etc..., il agit même quand de la purulence s'est manifestée. Nous insistons tout particulièrement sur le traitement des otites inflammatoires ou purulentes, dont l'injection sous-cutanée de vaccin a arrêté complètement l'évolution en empêchant la production de leurs complications habituelles.

Le Vaccin ANTIPNEUMONIQUE donne dans tous les cas de pneumonie, aussi bien dans la broncho-pneumonie infantile que dans la pneumonie franche de l'adulte et dans la broncho-pneumonie des vieillards, la guérison dans la presque totalité des cas. Injecté préventivement lors des opérations, il préserve des complications pulmonaires postopératoires.

Le VACCIN ANTIASTHMATIQUE, préparé selon les mêmes méthodes, amène d'après le Professeur MINET la guérison dans le tiers des cas traités et une très grande amélioration dans un autre tiers. Son emploi est donc des plus intéressants.

Tous ces résultats ont été consignés dans une série de Communications faites par le Professeur MINET à la Société médicale des Hôpitaux de Paris et ont été vérifiés en France depuis plus de cinq ans par un grand nombre de cliniciens français.

Ces Vaccins présentent le grand avantage de ne jamais amener d'accidents. Leur conservation est indéfinie.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

Laboratoire « STENE », 4, Place des Vosges, à PARIS, 4e

Adresse télégraphique : LABOGONIN, Paris. — Tél. : ARCHIVES 41-65

rayons X, transfusions répétées, vaccinothérapies diverses, tartrate d'antimoine en rapport avec les diverses étiologies présumées avec plus ou moins de confiance.

Après dix-huit mois d'efforts infructueux, on essaie l'adrénaline par voie sous-cutanée. Dès la première semaine apparait une amélioration nette qui persiste, amélioration parallèle au point de vue clinique et hématologique qui persiste mais sans permettre de supprimer le traitement ni d'espérer une guérison complète. L'adrénaline est demeurée inoffensive malgré la durée du traitement.

Sans tirer de conclusions d'un cas unique, l'auteur présume ici, comme dans le rachitisme et l'ostéomalacie, l'action stimulante de l'adrénaline sur la moelle osseuse et rapproche ce fait de l'action hématoplastique du médicament chez le chien et de l'anémie parfois observée au cours des lésions surrénales, anémie du reste rebelle à l'adrénaline.

R. LEVENT.

Le violet de gentiane et l'acriviolet dans le traitement de l'anémie pernicieuse. (H. Milton Conner. *Med. Journ. and Record*, 5 janv. 1927.) — Certains auteurs ont cherché l'origine de l'anémie pernicieuse dans une infection intestinale (streptocoque, Hurst, bacille de Welch, *Herter et Alii*). Bien que ce bacille soit parmi les moins touchés par les matières colorantes, Milton Conner a essayé ce traitement comme on l'avait essayé dans diverses infections au moyen de matières colorantes appropriées à la réaction au gram des germes incriminés.

L'auteur a employé le violet de gentiane et l'acriviolet, mélange d'acriflavine et de violet de gentiane. Le premier a été administré par la bouche, par les veines ou par le rectum; l'acriviolet par la bouche et par le rectum. La voie buccale a paru suffire à donner des résultats intéressants.

Sur 23 malades soignés, après due vérification du diagnostic, 18 ont pu continuer le traitement de sept à douze mois; dans 3 cas on a dû l'interrompre à cause de l'intolérance gastro-intestinale (2 des 18 ont été perdus de vue).

Les résultats semblent pour les autres encourageants : amélioration fonctionnelle, diminution de l'engourdissement des mains et des pieds; amélioration hématologique : augmentation du nombre des hématies et de leur teneur en hémoglobine (double de la période précédant le traitement), augmentation plus ou moins marquée des leucocytes.

On administre le violet de gentiane en cachets, en capsules glutinisées, ou mieux en solution à 1 p. 1.000, moins facile à prendre mais plus efficace; on en donne pour commencer 5 à 15 centimètres cubes après chaque repas et on augmente graduellement jusqu'à 50 centimètres cubes par jour (ou en cachets jusqu'à concurrence de 0g10 après chaque repas). Malgré les incompatibilités in vitro, le suc gastrique ni le suc duodénal ne semblent avoir d'action précipitante ni empêchante sur le médicament.

L'acriviolet est donné en tablettes glutinisées à la dose de 6 à 20 centigrammes par jour, dose qu'on pourrait largement dépasser. Il est utile d'augmenter graduellement les doses.

Ce traitement s'ajoute au repos au lit et à une alimentation comprenant des œufs, de la viande et des légumes verts; également du foie, régime qui à lui seul s'est toujours montré inefficace.

On peut également employer le violet de gentiane au traitement local des complications.

Tout en faisant la part des rémissions spontanées si fréquentes au cours des anémies pernicieuses et sans vouloir étendre indûment les résultats d'une statistique peu nombreuse, l'auteur signale un traitement que des études continuées pourront faire reconnaître comme d'aussi grand intérêt qu'il lui a paru à lui-même.

R. LEVENT.

C. Tension

Quelques remarques sur le traitement de l'hypertension artérielle. (M. Brelet. *Gaz. méd. de Nantes*, 1er fév. 1927.) — Il faut d'abord s'entendre sur ce qu'est l'hypertension, et l'auteur nous prémunit contre l'erreur fréquente qui nous fait juger en faisant abstraction chez un malade du régime habituel de sa circulation; il importe de savoir avant tout dans quel rapport sont la tension artérielle habituelle et celle que montre un examen médical.

Si nous sommes peu fixés sur la pathogénie des hypertensions, il convient, surtout chez des sujets jeunes, de n'oublier jamais le rôle possible de la syphilis.

La pathogénie peut quelquefois s'éclairer lorsque, à l'examen clinique, on peut joindre tous les résultats que peut fournir le laboratoire; la chose est souvent impossible dans la clientèle courante; que sont du reste les médicaments dits hypotenseurs, sinon l'infidélité même.

Aussi l'auteur insiste-t-il surtout sur l'importance et l'efficacité du régime peu azoté et peu salé, sur le rôle des diurétiques, théobromine surtout. La saignée n'est jamais qu'une médication d'urgence; la purgation par l'huile de ricin d'abord en trois doses massives se succédant à deux jours d'intervalle, puis périodique une fois par mois. Il s'y joindra des prescriptions touchant le genre de vie et des cures thermales éventuelles.

Ne jamais oublier les tonicardiaques à dose d'entretien aussitôt que le cœur montre quelque défaillance devant sa tâche.

La tension artérielle baissera peut-être; en tout cas les malades résisteront à la fois à leur hypertension et à ses complications.

R. LEVENT.

L'hypertension, envisagée au point de vue clinique. (H. Rolleston. *Lancet*, 11 déc. 1926.) — Après avoir défini l'hypertension essentielle et noté l'existence d'hypertensions physiologiques de défense, l'auteur recherche s'il existe des symptômes propres à l'hypertension elle-même. L'habitus apoplectique ne semble posséder aucune valeur particulière; il en est de même des signes objectifs, hémorragies diverses, modifications de la formule sanguine, de l'élimination urinaire; signes artériels ou respiratoires, céphalée, etc.

Aucun de ces symptômes ne peut être considéré comme propre à l'hypertension; ils semblent relever, ou bien de la toxémie qui est l'origine de l'hypertension, ou des complications artérielles ou cardiaques de cette hypertension même.

R. LEVENT.

Un cas de tension artérielle très variable. (M. Brelet, Mme Perrin et M. Diais. *Gaz. méd. de Nantes*, 15 fév. 1927.) — Un homme de cinquante-neuf ans passe d'un jour à l'autre, voire dans la même journée, d'une hypertension modérée ou forte (16-10; 19-12; 25-13) à une hypotension parfois très marquée (10-6; 7-4 1/2). Ce malade, atteint d'emphysème léger, a toujours un cœur régulier, un pouls normal; il n'est pas syphilitique, ne présente pas de signes de néphrite chronique; la radioscopie a montré un cœur un peu gros, une aorte légèrement élargie. Les périodes d'hypertension artérielle sont plus fréquentes et plus longues que les périodes d'hypotension. Les auteurs publient ce cas curieux de tension artérielle très variable, sans pouvoir l'expliquer.

L. BABONNEIX.

Le traitement de l'hypertension. (R.-H. Rose, *Med. Journ. and Record*, 1er déc. 1926.) — L'hypertension n'est qu'un symptôme; il faut avant tout en chercher la cause, qui réside fréquemment dans l'obésité ou dans le régime alimentaire qui y conduit. Le traitement en a raison lorsqu'il est assez précoce; lorsqu'on est appelé au moment où le cœur se fatigue, il ne faut, d'ailleurs, pas trop chercher à réduire l'hypertension qui n'est que le moindre de deux maux et dont la disparition peut causer un déséquilibre dangereux.

L'auteur publie un certain nombre d'observations d'hypertendus avec ou sans hyposystolie chez qui il a obtenu une notable amélioration des signes fonctionnels correspondant à un abaissement simultané de la tension artérielle et à une chute de poids.

S'il existe des infections focales qui peuvent être à l'origine de l'infection, elles doivent être traitées. Dans les autres cas, le traitement comprend un régime lactovégétarien suffisant pour amener un amaigrissement notable qu'accompagne l'amélioration fonctionnelle et manométrique; quand ce résultat est obtenu, on augmente la ration alimentaire pour permettre au malade de conserver son poids. Il est avantageux d'administrer des laxatifs.

Le reste du traitement consiste dans l'opothérapie : extraits d'ovaire, de corps thyroïde, de foie, associés ou non.

R. LEVENT.

IV. APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Production expérimentale d'une glomérulonéphrite aiguë par le principe actif du streptocoque de la scarlatine. (Charles W. Duval et R. J. Hibbard. *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 18 sept. 1926.) — Les lésions rénales de la scarlatine ne sont pas l'effet du streptocoque lui-même mais d'une intoxication protéinique réalisée par les toxines microbiennes. Les auteurs ont obtenu une glomérulonéphrite en injectant des doses suffisantes soit de culture vivante à un lapin immunisé soit de toxine à un lapin non immunisé. Dans le premier cas le microbe détruit par les antitoxines libère des produits qui lèsent le rein. Dans les deux cas il s'agit d'endotoxines.

Macroscopiquement et microscopiquement il s'agit de lésions en tout comparables à celles que produit la scarlatine chez l'homme ; congestion, modification de l'endothélium glomérulaire puis nécrose suivie d'hémorragie intracapsulaire ; production de « croissants épithéliaux » à l'origine des tubes sur la capsule d'où obstruction canaliculaire.

Les lésions des tubes : tuméfaction de l'endothélium et desquamation sont des lésions plus tardives et portent surtout sur les tubes contournés.

Les auteurs ne peuvent encore tirer aucune conclusion ferme de leurs observations en ce qui touche l'époque et la production des lésions interstitielles. R. LEVENT.

La prostate comme foyer éloigné d'infection cause d'inflammations oculaires. (W. Zentmayer. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 9 oct. 1926.) — Le nez, la bouche et le pharynx ne sont pas les seuls points où peuvent siéger des foyers infectieux et la prostate n'est peut-être pas le siège le plus rare. L'auteur, entre autres observations par lui rassemblées, publie quatre observations (uvéite, iritis, iridocyclite, chorio-rétinites de première infection avec ou sans rechutes) consécutives à des foyers prostatiques, gonococciques ou postgonococciques, plus ou moins améliorés par le traitement du foyer initial et survenant à l'occasion de massages ou d'opérations à son niveau.

De ces cas et de l'étude des cas publiés par d'autres auteurs, Zentmayer conclut que la prostate peut être le point de départ d'affections oculaires, dues soit au gonocoque, soit à des germes d'infection secondaire.

Il y a une prédilection marquée de l'infection pour le tractus uvéal et la cornée, et une prédilection particulière au gonocoque pour l'iris.

Le foyer métastatique peut persister après guérison du foyer initial pour des raisons purement locales de défense insuffisante.

La seule preuve que le foyer initial est bien responsable des accidents oculaires est leur guérison lorsque le foyer initial est lui-même guéri. R. LEVENT.

L'étiologie du granulome inguinal. (J. A. Macintosh. *The journ. of Amer. med. Assoc.*, 25 sept. 1926.) — L'auteur a rassemblé 15 observations de granulome inguinal et résume l'histoire clinique et bactériologique de ces malades ; chez presque tous, il a constaté la présence de corpuscules de Donovan qu'il a pu cultiver dans un certain nombre de cas. Dans un cas, il a pu, par greffe d'un fragment de tissu granulomateux, transmettre l'affection à un sujet sain ; il a obtenu une ulcération où l'on a pu prélever pour culture et observer directement des corpuscules de Donovan. Les diverses réactions de laboratoire se sont montrées positives.

Il semble donc se confirmer que le corpuscule de Donovan puisse être la cause du granulome inguinal ; l'auteur en fait une espèce proche du bacille de Friedlaender. Il semble qu'une solution de continuité des téguments soit nécessaire à la contamination ou qu'il existe une susceptibilité particulière de certains individus. Le tartrate d'antimoine et de potasse à faible dose n'empêche pas les cultures ; peut-être le médicament n'a-t-il *in vivo* qu'une action indirecte. Il existe, au

cours de la maladie des modifications qualitatives ou quantitatives des globulines du sang; on peut faire des corpuscules de Donovan des colorations vitales par le bleu de crésyl brillant. Le tartrate d'antimoine et de potasse paraît le meilleur traitement; cependant le violet de gentiane en injections intraveineuses n'est pas dépourvu d'efficacité.

R. LEVENT.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANÉVRISMES ARTÉRIO-VEINEUX

DÉFINITION

L'on désigne sous le nom d'anévrisme artério-veineux une lésion caractérisée par une *communication anormale et permanente entre une artère et une veine.*

Leur origine traumatique presque constante,
Leur évolution et leur pronostic,
Leur nature anatomique même,
constituent autant de caractères les opposant nettement aux anévrismes artériels.

ÉTIOLOGIE

Plus rares que les anévrismes artériels les anévrismes artério-veineux sont :

1. *Exceptionnellement d'origine spontanée*, secondaire à la rupture dans la veine voisine d'un anévrisme artériel.

2. *En règle générale d'origine traumatique* et secondaire à une plaie qui intéresse à la fois une artère et une veine voisine.

a. Balles. Petits éclats d'obus ont été causes fréquentes pendant la guerre.

b. Balles de revolver. Plaie petite et profonde par arme blanche sont causes habituelles dans la pratique civile.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° Anatomiquement, la lésion peut être réalisée de manière différente :

a. **Tantôt il n'y a pas de sac**, et pour Cunéo le fait serait constant au stade initial de tout anévrisme. Entre l'artère et la veine accolée s'est produite une véritable anastomose latéro-latérale.

C'est la *phlébartérie simple de Broca.*

b. **Tantôt et plus souvent il existe un sac**, ou mieux un « faux sac ». Ce sont les anévrismes variqueux.

α. Le siège du sac est variable :

Soit entre l'artère et la veine : *anévrisme enkysté intermédiaire.*

Soit sur l'artère : *anévrisme enkysté artériel.*

Soit sur la veine : *anévrisme enkysté veineux.*

β. La disposition peut être plus complexe :

Si la lésion a été très importante les quatre orifices peuvent déboucher isolément dans le sac.

Ou bien une artère peut communiquer avec deux veines superficielle et profonde : *anévrisme de Park.*

2° Les recherches récentes de Grégoire et Mondor ont précisé l'importance capitale de l'évolution anatomique des lésions pour établir le moment favorable à l'intervention.

Ils ont établi que tout anévrisme traumatique passait par deux stades successifs :

1. **Un stade initial de plaie artério-veineuse.** — La plaie artério-veineuse déterminant d'abord *un hématome diffus artério-veineux*, la communication n'étant ni permanente, ni surtout organisée.

Puis, peu à peu, la lésion s'organise, l'hématome diffus se rétracte, s'enkyste. L'épithélium vasculaire prolifère et vient progressivement tapisser le trajet fistuleux.

Pendant toute CETTE PÉRIODE D'ORGANISATION, *la réaction conjonctive périvasculaire intense rend toute intervention pénible et dangereuse.*

Et ce n'est qu'au bout de CINQ SEMAINES À DEUX MOIS que commence le

2. **Stade secondaire d'anévrisme artério-veineux constitué.** — La communication artério-veineuse est devenue permanente, organisée, définitive.

C'est la période favorable pour intervenir.

3° Les lésions :

Le sac est en général petit, *moulé sur les tissus voisins.*

Deux faits le caractérisent :

Il ne renferme pas de caillots.

D'autre part, c'est un « faux sac ». — Histologiquement formé par tassement et refoulement du tissu cellulo-conjonctif voisin, souvent même par la gaine vasculaire elle-même.

C'est pourquoi les *rameaux collatéraux* ne sont jamais implantés sur le sac. Cependant ils peuvent siéger sur le segment pariétal de l'artère respecté par l'agent vulnérant.

Les veines sont généralement *dilatées, flexueuses, épaissies* à la longue.

Histologiquement elles présentent une hypertrophie de leur paroi musculaire, elles « s'artériolisent » (Delbet).

Les artères sont généralement :

Distendues en amont,
Peu modifiées en avant.

Enfin, les vaisseaux sont souvent accolés sur une grande distance, au delà de l'anévrisme et leur séparation peut être impossible.

4° La circulation de par la présence de l'anévrisme subit au membre atteint des modifications.

Au niveau de l'anévrisme la circulation se fait librement :

a. Grâce à la *différence de pression* entre la veine et l'artère;

b. Grâce à la présence d'un *endothélium vasculaire* à la face interne du sac ou du canal intermédiaire. C'est pourquoi :

Le sang n'a aucune tendance à se coaguler.

Le sac n'a *aucune tendance à s'oblitérer.*

De même il n'a *aucune tendance à s'accroître*, mais aussi *aucune tendance à rétrocéder* spontanément.

Tous ces caractères évolutifs classiques restent vrais, malgré quelques observations de caillots dans la poche et de transformation en anévrisme artériel.

CLINIQUE

En tout point où une artère et une veine sont côte à côte la blessure simultanée des deux vaisseaux peut engendrer un anévrisme artério-veineux. C'est dire qu'il peut siéger en un point quelconque.

Mais, pratiquement, c'est au niveau des gros troncs vasculaires des membres que la lésion se trouve le plus souvent réalisée.

Nous prendrons pour type l'*anévrisme de l'artère fémorale superficielle*, non parce qu'il est le plus fréquent, mais parce que la palpation de l'artère au-dessus et au-dessous rend la recherche des différents signes plus facile.

Début. — Est très variable :

1° *Tantôt l'anévrisme est reconnu, peu de temps après la blessure.* — C'est souvent après une « plaie sèche », à orifice petit, que l'on a constaté des signes d'hématome diffus. Hématome petit, mais s'accompagnant *d'un thrill et d'un souffle* continus à *renforcement systolique.*

Le diagnostic est facile ; néanmoins passé les six à huit premiers jours il faut se garder d'intervenir pendant toute la phase d'organisation des lésions, et savoir attendre cinq semaines environ la période favorable.

2° Souvent la lésion vasculaire a été méconnue lors de la blessure, et ce n'est que plusieurs semaines, plusieurs mois, parfois plusieurs années après que certains troubles amènent le malade à consulter.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


CACHETS "ROCHE"
DE THIOCOL
Sirop Roche
COMPRIMÉS ROCHE
DE THIOCOL


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50**. — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : **65** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : **75** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Le concours pour les prix à décerner aux internes en pharmacie s'ouvrira le 10 mai 1927.

S'inscrire à l'administration centrale, de 14 à 17 h., du mercredi 20 au mercredi 27 avril inclusivement.

— Un concours pour la nomination à trois places d'électro-radiologiste des hôpitaux s'ouvrira le 17 mai 1927.

S'inscrire à l'administration centrale, de 14 à 17 h., du jeudi 21 avail au lundi 2 mai 1927 inclusivement.

— *Le traitement des étrangers dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.* — Sur la demande de M. Ambroise Rendu, le Conseil municipal de Paris vient de prononcer le renvoi à la 5e Commission du projet le vœu suivant :

« Le Conseil,

Considérant que l'Assistance publique a reçu et soigné dans ses établissements, au cours de l'année 1926, 25.000 étrangers qui n'ont pas remboursé les dépenses faites pour eux;

Que ces dépenses se sont élevées à la somme de 12 millions qui doit être demandée aux contribuables parisiens;

Considérant que l'Assistance publique ne peut, par raison d'humanité, écarter cette clientèle qui s'ajoute à celle déjà si nombreuse, dont elle a la charge, mais que la dépense faite ne doit pas incomber à la Ville;

Que les nations étrangères qui n'ont pas de traité de réciprocité avec la France doivent payer pour leurs nationaux.

Emet le vœu :

Que le Gouvernement négocie avec les puissances qui n'ont pas de traité d'assistance, afin de faire rembourser à l'Assistance publique les dépenses faites pour les sujets de ces Etats sur le même pied que les Français soignés dans les hôpitaux de Paris. »

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Niort. — Deux places de chirurgien-adjoint seront mises au concours le 7 avril 1927.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 2 avril 1927.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat de l'hôpital-hospice de Niort.

— Orléans. — Le concours pour l'internat s'ouvrira le lundi 27 juin 1927, à 2 h. 1/2 (salle de la Bibliothèque), pour trois places d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire.

Les épreuves de ce concours consistent : 1° en une composition écrite sur un sujet d'anatomie tiré au sort; 2° en l'examen de deux malades, l'un de médecine, l'autre de chirurgie; chaque examen d'une durée de vingt minutes suivi, après vingt minutes de réflexion, d'une exposition orale d'une durée de dix minutes.

Une heure est accordée pour la composition écrite.

L'entrée en fonctions aura lieu le 1er octobre 1927.

Les internes titulaires reçoivent, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de mille huit cents fr. (1.800 fr.).

De plus, un prix spécial de 200 fr. sera accordé à chacun des candidats ayant obtenu les deux tiers du maximum des points au concours, à la condition qu'ils aient donné toute satisfaction à leur chef de service et à l'administration pendant leur première année d'internat.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans.

Ils ne doivent faire aucun remplacement médical.

Sont admis au concours : tous les étudiants et étudiantes en médecine, français ou naturalisés français, ayant au moins huit inscriptions.

En cas d'insuffisance du nombre de candidats français, les étudiants et étudiantes étrangers, élèves d'une faculté fran-

çaise, pourront être admis à concourir dans la limite où l'administration croira devoir le décider.

Toutes les facilités sont accordées aux internes pour les dissections et la médecine opératoire.

Les internes changent de service tous les six mois, d'après un roulement établi par l'administration.

Pendant la durée des vacances des élèves sages-femmes, les internes peuvent être appelés à tour de rôle à assurer le service de la Maternité.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au directeur des hospices d'Orléans.

— VERSAILLES. — Un concours pour la nomination de huit internes en médecine (six titulaires et deux provisoires) aura lieu les vendredi 29 avril et samedi 30 avril 1927.

Durée de l'internat : quatre ans. Logement, nourriture. Traitement : 4.000 fr. Indemnité de 2 200 fr. pour les internes non logés.

Par autorisation de l'Université de Paris, les élèves de 3e et de 4e années (A. R.) et 4e et 5e années (N. R.) peuvent faire comme internes à Versailles le stage obligatoire.

Les candidats doivent être français, avoir subi avec succès les deux premiers examens (anatomie et physiologie) et produire : extrait de naissance, certificat de bonnes vie et mœurs, une justification de leur situation militaire.

Epreuves : 1° écrit, éliminatoire; 2° épreuve clinique; 3° épreuve pratique.

Renseignements : directeur de l'hôpital civil de Versailles, de 9 à 11 h. et de 2 à 4.

HÔPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS. — Un concours pour un emploi de médecin oto-rhino-laryngologiste s'ouvrira le 24 octobre 1927, à la Faculté de médecine de Paris.

S'inscrire avant le 1er mai 1927 à la direction de l'hôpital civil français de Tunis.

HÔPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS ET HÔPITAL SADIKI. — Un concours pour : 1° un emploi de médecin spécialiste chargé du service d'ophtalmologie à l'hôpital Sadiki à Tunis ; 2° un emploi de médecin spécialiste chargé des consultations d'ophtalmologie à l'hôpital civil français de Tunis; s'ouvrira le 3 novembre à la Faculté de médecine.

S'inscrire avant le 1er mai 1927, à la direction de l'hôpital Sadiki pour le premier emploi, ou à la direction de l'hôpital français pour le deuxième emploi.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours de l'internat.* — Le jury est définitivement composé de MM. Sérieux, Ducosté, Marchand, Courbon, Camus, Comte et Bréchot.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin inspecteur général. — M. le médecin inspecteur Lanne, en remplacement de M. le médecin inspecteur général Pouy, placé dans la section de réserve.

Au grade de médecin inspecteur. — M. le médecin principal de 1re classe Dejouany, en remplacement de M. le médecin inspecteur Lanne, promu.

Par décision ministérielle du même jour, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

M. le médein inspecteur général Lanne, directeur de l'Ecole du Service de santé militaire, à Lyon.

M. le médecin inspecteur Dejouany, directeur du Service de santé de la 3e région, à Lyon. (*J. O.*, 23 mars 1927.)

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Il sera ouvert à Montauban, fin avril 1927, à la préfecture de Tarn-et-Garonne, un concours sur titres pour la nomination de deux inspecteurs d'hygiène qui seront adjoints à l'inspecteur départemental d'hygiène déjà en fonctions. En outre, des services d'hygiène publique, ces médecins participeront aux services d'hygiène sociale et, notamment, au service des dispensaires antituberculeux et des dispensaires antivénériens.

Ce concours est réservé aux médecins exerçant ou ayant exercé les fonctions de médecins hygiénistes et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français ou de l'Institut Pasteur de Paris.

Les candidats devront être Français et pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Les demandes de renseignements devront être adressées, avant le 10 avril, au préfet de Tarn-et-Garonne, à Montauban.

LIGUE FRANCO-ANGLO-AMÉRICAINE CONTRE LE CANCER. — L'assemblée générale de la Ligue se tiendra le mardi 5 avril 1927, à 17 h., à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Fallières, ministre du Travail et de l'Hygiène.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul-Alain Gouzien, médecin inspecteur général des troupes coloniales, décédé à Paris; Robert Mc Kechnie Fraser (d'Ilford), David Pride (de Neilston), Robert Richmond Archibald (de Mossend), Henri Poirson, médecin de colonisation à Medjez-el-Bab, Tunisie; Forraz (de Tanger), Auguste de Cooman (de Ninove) et Auguste Lefebvre (de Courtrai).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicale est organisé, du 1er avril au 21 mai, à la Faculté de médecine, amphithéâtre de physique, 18 h.. — Consulter les affiches.

NOTES DE PRATIQUE

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Supprimer de l'alimentation toutes les substances riches en toxines : bouillons, viandes (surtout les viandes faisandées ou peu cuites), poissons (surtout les poissons de mer), gibier, conserves alimentaires, fromages faits, sel en trop grande quantité. Interdire le thé, café, liqueurs, bières fortes, vin en excès, tabac.

Comme médicaments, prescrire passagèrement la trinitrine aux doses progressives de VI à XII gouttes de la solution au centième, puis : 20 jours par mois, 2 cachets de Théosalvose phosphatée (1 cachet matin et soir); les 10 autres jours, iodure de potassium (1 à 3 gr.) et ainsi de suite.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

PLACE D'INTERNE vacante dans maison de santé — maladies mentales — à Paris.

Ecrire Dr H. M..., aux bureaux du Journal.

REVUE GÉNÉRALE

LA SINISTROCARDIE ACQUISE

Par H. D'HOUR,

Chef de clinique médicale à la Faculté libre de médecine de Lille.

Définition. — Nous n'envisageons, dans ce travail, que la déviation permanente du cœur à gauche, l'opposant aux déviations passagères des pleurésies aiguës et des pneumothorax temporaires. Les faits de sinistrocardie par absence congénitale du poumon gauche ne retiendront pas notre attention.

Avant la relation de notre observation et l'étude proprement dite des sinistrocardies, nous tenons à exposer quelques-unes des raisons qui ont contribué à laisser dans l'ombre cette affection.

Pourquoi la sinistrocardie est-elle si peu connue? Raisons historiques. — Les premiers travaux concernant les déviations acquises et permanentes du cœur furent consacrés aux dextrocardies (Aldowic, Bard, Fernet, Moutard-Martin, Petit et Ravaut, Garnier); ensuite, elles furent étudiées dans de nombreuses publications présentées presque toutes à la Société médicale des hôpitaux de Paris (Barbier, Lépine, Lortat-Jacob et Laignel-Lavastine, Macaigne et Girard, Gaillard, etc...), dans les thèses de Lesage, Sallé, Aloux, dans de nombreuses observations anglaises, italiennes, allemandes; enfin, dans les revues si documentées de Challier et Rebattu (*Paris Médical*, 1912) et de Clerc et Bobrie (*Archives des maladies du cœur*, 1918).

Quant à la sinistrocardie, elle fut signalée par peu d'auteurs et même plusieurs parmi ceux-ci, prenant exemple sur leurs devanciers, insistaient sur l'extrême rareté des faits qu'ils présentaient; ils renforçaient ainsi indirectement la légende de la rareté de cette affection.

Pourtant, en 1902, le professeur Chauffard, à propos d'un cas de sinistrocardie observé, s'étonna déjà de la plus grande fréquence des cas de dextrocardie publiés : « Par un hasard singulier, tous les faits de déviations cardiaques par sclérose pulmonaire se sont orientés en sens contraire du nôtre et sont qualifiés de sclérose pulmonaire droite. »

« La pathogénie de la dextrocardie, écrit Gaillard, en 1916, étant établie par des cas relativement nombreux, pourquoi donc la sinistrocardie est-elle à peine signalée par les auteurs? »

Souvent, il est vrai, c'est à la seule lecture des observations que l'on trouve signalée la sinistrocardie (Variot, Armand Delille et ses collaborateurs, Sergent) ou bien, c'est à l'examen des radiographies publiées qu'elle est constatée (Sergent, Jacquerod, Guinard).

Raisons cliniques. — A l'examen clinique, la symptomatologie des sinistrocardies est moins évidente que celle des dextrocardies. Dans celles-ci, en effet, on ne perçoit plus le choc de la pointe sous le mamelon gauche, mais près du sternum, voire même en plein hémithorax droit; il en est de même pour l'auscultation de la pointe et pour la recherche de la matité cardiaque.

Dans la sinistrocardie, le cœur a d'abord des possibilités de déplacement moins grandes qu'à droite et, d'autre part, la recherche du choc de la pointe présente quelques difficultés : sous le mamelon gauche, en effet, l'on perçoit un choc cardiaque, mais celui-ci est dû au ventricule droit et c'est à l'aisselle que l'on trouvera le vrai choc de la pointe.

Dans la grande majorité des cas, l'affection pulmonaire occupe le premier plan et sa symptomatologie retient à elle seule toute l'attention.

Ces raisons cliniques rendant la recherche de la sinistrocardie plus difficile, la font souvent ignorer. Lian et Baron attiraient déjà l'attention sur ces faits en 1912 : « La déviation des organes médiastinaux peut s'observer à gauche pour des lésions pulmonaires analogues (à celle des dextrocardies) et siégeant à la base gauche. Mais de tels faits sont moins facilement appréciables cliniquement et sont surtout des constatations radioscopiques. »

Raisons radiologiques. — Là encore, la dextrocardie est avantagée; la déviation du cœur à gauche, en effet, est souvent confondue avec une hypertrophie des cavités cardiaques. D'autre part, une saillie de l'oreillette droite sera notée plus aisément qu'un rétrait de celle-ci qui sera caché par l'ombre de la colonne vertébrale; le contour gauche du cœur sera identifié plus difficilement dans un hémithorax qu'une pachypleurite a transformé en une ombre dense et homogène.

Toutes ces raisons nous expliquent que l'un des derniers traités de médecine (1) et qu'une thèse récente (2) redisent à ce sujet ce que l'on pensait au début de ce siècle, à savoir la grande rareté de ces faits. Il nous sera facile de montrer combien cette opinion est actuellement erronée.

Observation. — Nous donnons une observation, prise en collaboration avec le docteur Desplats, que nous avons présentée au Congrès de radiologie de Lyon, août 1926 (*Journ. de radiol.*, sept. 1926).

En quelques mois nous avons observé cinq cas de sinistrocardie que nous ne voulons que mentionner ici; il s'agissait, pour deux d'entre eux, de déplacement du cœur à gauche à la suite de lésions excavées du poumon gauche avec bacilles dans les crachats; dans deux autres cas, les lésions étaient bilatérales avec prédominance à gauche; dans le cinquième cas que nous citerons au cours de cet article, il s'agissait d'un grand abcès à pneumocoques du poumon gauche.

Mlle Jeanne B..., trente-trois ans, sans profession, entre à l'hôpital de la Charité, le 2 mai 1926, pour toux et expectoration datant de dix jours et ne s'accompagnant ni de dyspnée ni de température.

Les phénomènes pulmonaires actuels ne sont qu'un épisode au cours d'un long passé pathologique :

Les premiers troubles signalés datent de janvier 1916; à cette époque, la malade ressent un point de côté violent à la base gauche, puis s'installe une toux sèche qui dure six mois, sans température, mais avec sueurs fréquentes et amaigrissement.

En mars 1917, même épisode à gauche qui dure neuf mois.

En août 1918, sans phénomènes pulmonaires, sans température, quelques filets de sang apparaissent dans les crachats au cours d'une période d'aménorrhée de trois mois; l'examen bactériologique des crachats n'est pas pratiqué à cette époque.

En mars 1919, la malade reste alitée pendant trois semaines pour pleurite sèche à gauche.

En juillet 1919, au cours d'une nouvelle pleurite gauche, elle se plaint de palpitations douloureuses et est traitée par des tonicardiaques.

En février 1921, anasarque avec anurie de dix jours sans participation cardiaque.

En 1922 et 1923, elle continue à tousser et à expectorer,

(1) *Nouveau Traité de médecine*, t. XI, p. 581, Masson.
(2) Chassagnac. *Th. de Paris*, 1926, Legrand.

elle maigrit et est soignée pour « lésions de ramollissement du côté gauche ».

En avril 1924, elle reste alitée pendant quarante jours pour pleurésie séro-fibrineuse gauche reconnue par ponction exploratrice.

En 1925, elle fait une cure de repos de six mois, elle continue cependant de tousser et d'expectorer, mais grossit de 7 kilogrammes.

Depuis novembre 1925, elle ne tousse plus et ne crache plus.

Femme un peu obèse, paraissant en excellente santé.

Aucune déformation thoracique.

Examen pulmonaire :

A gauche : en avant, submatité sous-claviculaire; en arrière, matité remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate.

A droite, rien d'anormal.

La recherche des vibrations est impossible (obésité).

A l'auscultation, murmure vésiculaire normal à droite.

Dans toute l'étendue du tiers supérieur de l'hémithorax gauche : souffle à timbre cavitaire avec râles humides augmentés par la toux, bronchophonie et pectoriloquie aphone; dans les deux tiers inférieurs, abolition du murmure vésiculaire.

Deux examens de crachats sont négatifs.

Au palper du cou, la trachée est déviée vers la gauche et le doigt peut atteindre directement la colonne vertébrale au creux sus-sternal.

On trouve le choc cardiaque à 2 centimètres en dedans de la ligne axillaire et il se perçoit sur l'étendue de plusieurs espaces intercostaux (3, 4, 5).

Les bruits de la pointe ont leur maximum sur la ligne axillaire, mais ils sont entendus en arrière dans toute la base du thorax, ils sont normaux de même que ceux de la base.

Les pouls sont égaux et synchrones.

Les tensions (Pachon) sont de 13-10 aux membres supérieurs, de 15-10 aux membres inférieurs.

Les urines contiennent un peu d'albumine (0,25). Constante d'Ambard, 0,075.

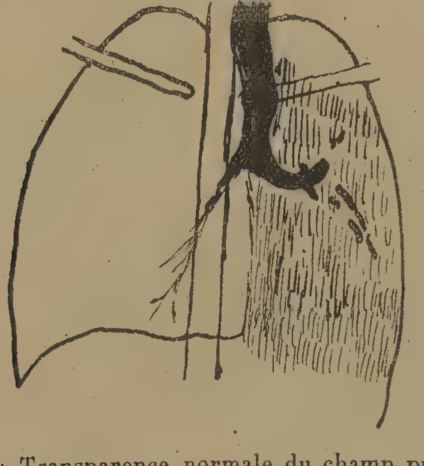
Tous les réflexes sont normaux.

La malade ayant quelques antécédents suspects (père mort tabétique à cinquante-sept ans, elle-même née à sept mois), on pratique une réaction de Bordet-Wassermann qui est négative.

Une tentative de décollement pleural est infructueuse, le trocart de Kuss traverse des tissus durs, sans espace décollable.

Radioscopie et radiographie (reproduite in *Journ. de radiol.*, sept 1926). — Obliquité des côtes plus marquée à gauche.

Important déplacement du médiastin vers la gauche avec sinistrocardie. Bande claire à gauche de la colonne vertébrale. Pas de déplacement inspiratoire du médiastin.



A droite : Transparence normale du champ pulmonaire;
Cinématique du diaphragme normale;
Sinus aigu, clair, mobile.

A gauche : Opacité complète des deux tiers inférieurs du champ pulmonaire dont la radiographie ne peut pas dissocier l'ombre du cœur;
L'extrême apex est moins sombre.

Diaphragme attiré en haut, immobile, rectiligne, avec sinus comblé.

L'œsophage, rendu visible par l'ingestion d'une bouillie très épaisse, est déplacé lui aussi; il longe le médiastin dévié dans les deux tiers supérieurs, puis, avant d'atteindre le diaphragme, il passe dans l'espace intervertébro-médiastinal.

L'injection de lipiodol nous donna ensuite des renseignements très précieux, elle vérifia la déviation trachéale et nous montra une importante déformation de la bronche gauche.

La déviation de la trachée est de type rectiligne, comme on le voit dans les déplacements en bloc des organes; elle est à opposer aux déviations angulaires, par traction limitée, suivant la classification d'Armand-Delille.

La bronche gauche est très déformée; elle est de calibre normal, mais, au lieu de se diriger en bas et en dehors, elle décrit une courbe à concavité supérieure qui, avec la trachée, a la forme d'un J. A son extrémité distale, d'abord, arrêt brusque du lipiodol, puis peu à peu celui-ci s'insinue dans quelques ramifications bronchiques de calibre très inférieur.

Lors d'une première injection de lipiodol, nous vîmes très nettement la bronche droite qui traversait l'espace clair et ne présentait pas de déformation.

Nous signalons l'intérêt de l'exploration lipiodolée qui nous a permis d'établir le diagnostic, la radiographie seule ne permettant pas de dissocier les ombres. Le lipiodol nous a permis d'attribuer les signes pseudo-cavitaires à la déviation trachéale, mais aussi à la déformation de la bronche gauche en partie sténosée.

Si l'on veut comparer cette image à celles déjà obtenues par le lipiodol, elle constitue une nouvelle image de ce que Sergent et Cottenot appellent les « modifications de perméabilité d'un territoire bronchique ».

Ces auteurs signalent dans ces cas deux types d'images (*Journ. de radiol.*, oct. 1923) :

1° Dans certains cas, trachée déviée, gros troncs bronchiques courts, rétractés, terminaisons bronchiques contournées, en tourbillon;

2° Dans une autre série de cas, le lipiodol ne pénètre pas du tout dans ces territoires.

Notre observation donne une image d'un troisième type : nous avons, en effet, obtenu un arrêt du lipiodol, mais un arrêt relatif, suivi d'une dissémination fragmentaire.

Cette image est à rapprocher de celle de Rist, Jacob et Soulas, quoiqu'il s'agisse d'un tout autre ordre de faits. Dans une sténose bronchique extrinsèque, vraisemblablement par cancer du poumon, ces auteurs ont constaté un arrêt absolu du lipiodol dans la bronche gauche.

Lenk, Haslinger et Presser (de Vienne) ont obtenu eux aussi un arrêt absolu du lipiodol dans un cas de cancer primitif de la bronche gauche.

Historique de la sinistrocardie. Sa fréquence. — La première observation de sinistrocardie que nous ayons trouvée mentionnée est celle de Sherry, intitulée : « Déplacement du cœur à gauche par attraction du poumon gauche », elle date de 1886.

La deuxième est celle de Schuchart (1887), résumée dans le travail de Gaillard (1916) : Il s'agit de l'autopsie d'un homme de vingt-huit ans dont le poumon droit remplissait tout le thorax. Le cœur refoulé à gauche et en bas, le poumon gauche accolé contre les vertèbres, réduit au volume du poing, était emprisonné dans des adhérences pleurales anciennes; on y trouvait de la pneumonie fibreuse chronique avec bronchectasies. La mort fut attribuée au côté droit; jusqu'alors le sujet n'avait jamais présenté la moindre gêne respiratoire.

P. Merklen, dans son *Traité sur l'examen du cœur* (1893) insiste sur le déplacement du cœur dans la « sclérose avec rétraction du poumon gauche. »

Heyse, en 1893, publie un cas de déplacement du cœur à gauche.

En 1893, Davies (Soc. Royale de Londres) observe une femme âgée de trente-trois ans, qui présentait des signes de tuberculose des deux sommets avec

une caverne de la base gauche; la pointe du cœur battait à la paroi postérieure du thorax, immédiatement au-dessous de la pointe de l'omoplate.

En 1896, dans une leçon clinique, Hanot cite cette phrase de Walshe : Dans la phtisie régressive, on peut voir le retrait d'une large caverne à gauche faire remonter le cœur d'une façon extraordinaire.

Le professeur Chauffard, en 1902, publie une observation de symphyse pleuro-pulmonaire et sclérose du lobe supérieur gauche avec sinistrocardie, diagnostic confirmé par l'examen radiologique de Béclère.

Variot et Dumont, en 1911, trouvent un déplacement du cœur à gauche, chez une jeune fille ayant des lésions tuberculeuses évolutives à gauche.

En 1912, Meyer relate, dans un article important par les faits cliniques rapportés, trois cas de sinistrocardie en regard de neuf cas de dextrocardie.

En 1913, de Reynier observe une sinistrocardie très marquée, due à une tuberculose excavée du poumon gauche.

Crespin présente, en 1914, une phtisique qu'il croit atteinte de « corticalite gauche »; la radioscopie montre une sinistrocardie très nette.

Gaillard étudie cette question à la Société médicale des hôpitaux de Paris, en 1916, il rappelle les observations antérieures et ajoute une observation personnelle.

Au cours de ces dernières années, ces constatations ont été plus nombreuses, surtout depuis l'entrée dans la pratique quotidienne de la radioscopie.

En 1920, Constantinesco et Guira publient deux observations de sinistrocardie acquise et permanente de l'adulte, dont l'une d'elles s'accompagne de déviation trachéale.

En décembre 1921, à la Société de radiologie, Laquerrière et Thoyer-Rozat présentent deux cas de déplacement acquis du cœur vers la gauche; l'un était consécutif à une sclérose pulmonaire gauche, l'autre était dû à une pleurésie purulente gauche avec grosses adhérences pleuro-péricardiques, révélées par l'intervention chirurgicale. Au cours de la discussion qui suivit cette communication, Ronneaux apporta deux nouveaux cas de sinistrocardie.

A la même date, Armand-Delille, Hillemand, Lestoquoy font une communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris sur les déviations trachéales au cours de la tuberculose pulmonaire; nous trouvons sur leurs orthos (1) et dans leurs observations deux sinistrocardies et six dextrocardies.

De Martini, en 1923, étudiant lui aussi les déviations trachéales, relate une observation de sinistrocardie.

Sega, dans un travail très documenté des *Archives de Bologne* trouve neuf sinistrocardies sur vingt-cinq déplacements du médiastin.

En 1924, Bezançon, Jacquelin et Morin publient deux observations de sinistrocardie avec syndrome pseudo-cavitaire par déviation trachéale qu'ils vérifient à l'aide du lipiodol.

La même année, Sergent, Pruvost et Cottenot présentent une sinistrocardie due à une sclérose pleuro-pulmonaire gauche.

En 1925, Coyon, Aimé, Marty publient un cas de dilatation bronchique avec sinistrocardie.

Bernard en 1925 présente trois observations de malades atteints de sinistrocardie qu'il attribue à des cortico-pleurites.

Nous en avons trouvé aussi dans quelques travaux récents : 3 radiographies dans la thèse d'Urbain Guinard, (radio 3, 4, 15)-4, dans le livre de Jaquerod (*Processus de guérison de la tuberculose pulmonaire*, 1926, p. 115, 119, 121, 125).

Enfin Chassagnac dans sa thèse consacrée aux sinistrocardies (Paris, 1926) en publie une observation due à Monier-Vinard et Alibert (1).

Cette longue énumération est à elle seule assez éloquente. Il suffit, en effet, d'avoir l'attention attirée sur ces faits pour les noter très fréquemment.

Si l'on s'en tenait aux indications bibliographiques, les dextrocardies seraient beaucoup plus souvent rencontrées que les déplacements à gauche.

D'après nos recherches, un seul auteur, Pottenger (que cite Liviérato), en se basant sur l'examen de 162 tuberculeux, trouve la sinistrocardie plus fréquente.

La plupart des radiologues admettent actuellement que le médiastin est aussi souvent déplacé à gauche qu'à droite.

Etiologie et pathogénie. — A l'origine des sinistrocardies acquises et permanentes, comme dans les dextrocardies, l'on peut trouver soit des lésions pleuro-pulmonaires associées, soit uniquement des lésions parenchymateuses, plus rarement des lésions pleurales isolées.

Lésions pleuro-pulmonaires. — Les antécédents de ces malades, sont chargés d'épisodes pleuraux successifs, pleurésies sèches ou avec épanchement, le plus souvent d'origine tuberculeuse. C'est après ces atteintes pleurales que s'est développée dans le parenchyme pulmonaire ce que Letulle appelle la sclérose pleurogène. Dans d'autres circonstances, la sclérose partie du parenchyme lui-même s'est étendue à la périphérie et a atteint les feuillets pleuraux.

Quel que soit le point de départ de ce processus, il s'agit toujours dans ces cas d'une symphyse pleurale et de lésions scléreuses du parenchyme.

Deux affections président à l'étiologie de ces lésions : la tuberculose et la syphilis; quelquefois du reste associées.

Des travaux de Tripier et Bériel, Sergent, Letulle, de Jong, Courcoux consacrés à la syphilis pulmonaire, il ressort que l'on doit souvent penser à celle-ci dans les scléroses pulmonaires, mais aussi que, dans la grande majorité des cas, ce diagnostic est difficile à établir.

Disons cependant que toute lésion excavée du poumon peut être à l'origine des sinistrocardies et nous en avons eu un exemple récemment : il s'agissait d'un grand abcès à pneumocoques du poumon gauche qui s'était révélé par une vomique; nous vîmes la sinistrocardie se constituer sous nos yeux et nous pûmes en suivre la progression au cours d'examens radioscopiques successifs.

En définitive, il s'agira le plus souvent de sclérose

(1) Tous reproduits dans la *Presse médicale* du 25 fév. 1922.

(1) Le docteur Deherripon, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (de Lille), et son interne Parsy, nous ont montré les radiographies et les pièces anatomiques d'un cas de sinistrocardie avec sclérose pleuro-pulmonaire gauche et symphyse cardiaque qu'ils viennent d'observer chez une enfant de douze ans. Le cœur est extrêmement hypertrophié et le poumon gauche atélectasié occupe à peine le quart supérieur de l'hémithorax gauche.

Cette observation sera présentée ultérieurement à une Société de pathologie infantile.

d'origine tuberculeuse dont la preuve aura pu être donnée antérieurement soit par le mode d'évolution de la maladie, soit par les examens de laboratoire.

Lésions pleurales isolées. — Nous n'envisageons pas ici les pleurésies aiguës provoquant les déplacements du cœur passagers, mais les pleurésies à évolution chronique qui sont à l'origine des déplacements permanents.

Ces faits sont assez rares et ils siègent habituellement du côté du déplacement, à gauche donc pour les sinistrocardies, le cas de Laquerrière et Rozat en est un bel exemple ; plus rarement une pleurésie droite provoquera une sinistrocardie permanente par refoulement comme dans l'observation de Bard (*Revue de méd.*, 1922).

Lésions parenchymateuses. — L'on a cru longtemps pour les dextrocardies, et l'on répète encore à notre époque, surtout depuis l'avènement des cortico-pleurites, qu'aux lésions parenchymateuses sont toujours associées des lésions pleurales et, dans tous les déplacements médiastinaux, l'on considère qu'il s'agit d'une sclérose pleuro-pulmonaire.

Cependant, l'hypothèse de lésions parenchymateuses isolées provoquant des déplacements du médiastin a été émise depuis longtemps.

Lépine en 1899, Barbier en 1900 ont insisté sur l'importance de la sclérose pulmonaire et la contingence des lésions pleurales. Garnier, à propos d'un cas de dextrocardie publié à la Société médicale des hôpitaux en 1913, disait : « Assurément, ce qu'il faut envisager dans l'amoindrissement de l'hémithorax, ce n'est pas tant la symphyse pleurale que la rétraction du poumon atélectasié et sclérosé. » Mais c'est Bertier qui vérifia cette hypothèse quelques mois plus tard. « Quel est le rôle respectif des lésions pulmonaires et pleurales dans l'attraction du médiastin à droite, dextrocardie veut-elle dire symphyse pleurale ? » écrit-il; et chez une malade atteinte de dextrocardie avec rétraction du thorax, Bertier put créer un pneumothorax artificiel complet pour des lésions de tuberculose pulmonaire en évolution, malgré la symphyse pleurale présumée cliniquement et radiologiquement.

Bard est revenu dernièrement sur cette question qu'il étudiait en 1897 (*Revue de méd.*, 1922); pour lui, « la rétraction d'adhérences pleurales ou péricardiques ne joue aucun rôle dans le déplacement du médiastin, seules entrent en ligne de compte d'une part la rétraction et le défaut d'expansibilité du poumon malade, d'autre part l'extensibilité et la capacité d'hypertrophie du poumain sain. »

Cette notion de rétractilité pulmonaire sur laquelle insiste Letulle fait son chemin et, il y a quelques mois, Ameuille et Trocmé publiaient un article très documenté sur cette question que l'essor de la collapsothérapie rend toute d'actualité. L'on peut prévoir que la théorie ancienne de la déviation du cœur par attraction sera remplacée par celle de la rétraction parenchymateuse. Le fait que nous venons de signaler, ceux qu'apportent Ameuille et Trocmé, battent en brèche la séduisante théorie classique.

Rappelons que même pour les lésions osseuses du thorax, pour la rétraction costale, comme le montre la pratique du pneumothorax, l'intervention de lésions pleurales n'est plus considérée comme nécessaire ; dans le cas de Bertier, il existait une rétraction thoracique sans symphyse pleurale; nous venons d'en avoir encore la preuve récemment : il s'agissait d'un malade de vingt-deux ans chez qui nous avons créé un pneumothorax artificiel il y a un an pour tuberculose lobaire droite excavée; nous avons obtenu d'emblée un décollement complet; huit mois après nous avons constaté une rétraction thoracique qui s'est accentuée de mois en mois.

Cette rétraction est intervenue sans l'intermédiaire de la plèvre, car le collapsus est resté tout le temps complet.

Les déplacements du médiastin sont dus en grande partie, comme le dit Bard « à l'inégalité pathologique de volume des organes thoraciques » ou, ce qui revient au même, à leurs différences de pression. La pratique du pneumothorax double met ces faits en lumière; le médiastin, en effet, pour conserver sa situation médiane, doit être comme « étayé » par les pressions des deux hémithorax, et l'on n'est pas peu surpris de constater, dans ces cas, l'extrême mobilité du médiastin sous l'effet de différences de pression à la vérité les plus minimes.

Quant à l'influence de l'hypertrophie du poumon sain comme facteur de déviation médiastinale, nous nous rangeons à l'avis d'Ameuille, à savoir « qu'il ne peut y avoir d'hypertrophie active du poumon et que l'emphysème est toujours une altération passive ». Le médiastin est entraîné par les lésions du poumon malade qui se rétracte, l'autre poumon occupe passivement l'espace laissé libre.

Si ces faits étaient rencontrés très fréquemment, nous devrions conclure à la carence des signes cliniques et radiologiques de la symphyse pleurale, mais les publications sur ce sujet ne sont pas assez nombreuses pour qu'un jugement définitif puisse être porté. Jusqu'à présent ces faits, très intéressants théoriquement, sont des exceptions et il nous semble que dans la majorité des cas de sinistrocardie, il s'agit de sclérose pulmonaire rétractile avec fixation à la paroi par sclérose pleuro-pulmonaire.

Il faudra cependant retenir que la symphyse ne pourra être affirmée qu'après une tentative infructueuse de décollement pleural. La sinistrocardie n'est donc plus, *à priori*, un obstacle à la création d'un pneumothorax artificiel (1).

Signes cliniques proprement dits. — Ce sont les modifications du siège de la pointe du cœur, de la matité cardiaque, des foyers d'auscultation.

---

(1) Cet article était terminé quand nous avons eu connaissance du travail d'Urbain Guinard et Hinault. Contribution à l'étude des rétractions pulmonaire et thoracique (*Revue de la tuberculose*, août 1926). Les auteurs, entre autres observations, rapportent sept cas de rétraction pulmonaire avec attraction cardio-médiastinale (dont deux sinistrocardies), chez lesquels ils ont pu pratiquer un pneumothorax artificiel avec décollement complet.

Quant à l'indication du pneumothorax dans ces formes de tuberculose, ces auteurs se montrent très « interventionnistes » et leurs arguments ont d'autant plus de valeur qu'ils émanent de médecins de sanatorium. Nous ne pouvons faire mieux que de les citer :

« Si certains malades arrivent très bien à guérir de cette manière (c'est-à-dire par processus scléro-fibreux avec attraction cardio-médiastinale), d'autres, moins bien partagés, n'arrivent pas à la guérison définitive. Leur rétraction a amorcé la guérison, mais elle n'a pas été suffisante pour l'assurer complètement. Ces malades ont besoin d'être aidés, et ils trouvent, dans la collapsothérapie, l'adjuvant qui leur est nécessaire.

Les processus de rétraction sont ceux d'une guérison très longue à venir (quelques années, nous dit M. Jaquerod). Tous les malades ne peuvent, malheureusement, pas consacrer des années à un traitement dispendieux de cure sanatoriale ; d'autres ne veulent pas se soumettre aussi longtemps à la discipline de la cure. Il est cependant nécessaire de stériliser, le plus vite possible, toute une classe de malades qui risquent, plus que d'autres, de

1° LA POINTE NE SE TROUVE PAS A SON SIÈGE HABITUEL. — Le choc de la pointe est perçu à la partie externe de la paroi thoracique, souvent assez haut, dans le troisième espace intercostal, quelquefois dans le creux axillaire. Dans certaines observations, ce choc est signalé en arrière, sous la pointe de l'omoplate.

Cette recherche du choc de la pointe peut prêter à erreur car il ne faudra pas la confondre avec le choc cardiaque dû au ventricule droit, comme nous l'avons dit plus haut; par ailleurs, ce choc est souvent étalé sur plusieurs espaces, la palpation s'exerçant dans ce cas, comme le dit Bard, sur le bord gauche du cœur, sur la paroi du ventricule gauche.

2° LA MATITÉ CARDIAQUE EST DÉPLACÉE. — Le bord droit du cœur qui n'atteint pas souvent le bord gauche du sternum est facile à délimiter par la percussion; pour le bord gauche, au contraire, qui se confond avec la matité de la sclérose pleuro-pulmonaire, ses limites sont impossibles à préciser.

3° MODIFICATIONS DU SIÈGE DES FOYERS D'AUSCULTATION. — Ils correspondent aux modifications qu'a subies le cœur, mais ce que nous croyons le plus caractéristique, c'est leur propagation par le tissu de sclérose à tout l'hémithorax.

Signes cliniques associés. — Comme nous l'avons indiqué précédemment, la sinistrocardie est fonction d'une lésion de l'appareil respiratoire : il s'agit soit d'une tuberculose ulcéro-caséeuse récente, soit d'une tuberculose fibreuse dont les symptômes retiennent souvent à eux seuls toute l'attention.

Dans ces cas, la sinistrocardie sera souvent accompagnée d'un syndrome que les travaux modernes viennent de remettre à l'ordre du jour : *le syndrome pseudo-cavitaire apical par déviation trachéale ou déformation bronchique.*

C'est à Armand Delille, Hillemand, Lestoquoy, à Laubry et Bloch, à Bezançon, Jacquelin et Morin, à Massias, à de Martini que nous devons les récentes publications sur ces faits déjà signalés par Baer, Burnand, Meyer, Ameuille, Laquerrière, Sergent et Durand. Nous voulons insister sur ce syndrome dont l'intérêt pronostique est considérable; si l'on y songeait assez souvent, l'on ne verrait plus des individus, dont l'état général est excellent, condamnés à des cures de repos permanentes, pour des cavernes inexistantes. Souvent, l'examen clinique à lui seul, grâce aux signes aujourd'hui classiques de la déviation trachéale, permettra ce diagnostic, mais dans tous les cas, la radiologie devra le confirmer d'autant plus qu'il pourra s'agir d'une déviation trachéale associée à une caverne, celle-ci donnant peu de signes d'auscultation, celle-là, au contraire, bruyante. Dans les cas douteux, l'injection intra-trachéale de lipiodol seule pourra, comme dans notre observation, donner une certitude, en attribuant, à leur vraie cause, les signes dits cavitaires. Nous avons pu relever dans certaines observations de sinistrocardie des signes cavitaires du sommet gauche, signes qui nous paraissent avoir intrigué les auteurs parce qu'ils n'étaient pas accompagnés de caverne visible à la radioscopie; les malades, par ailleurs, avaient un état général excellent; peut-être s'agissait-il là de déviation trachéale ignorée?

contagionner leur entourage, et dont la condition sociale réclame la reprise rapide du travail. Nous ne sommes pas toujours sûrs, en ne faisant que prolonger la cure de repos, d'arriver à un résultat complet, et nous courons le risque de laisser passer le moment opportun pour réaliser le collapsus pulmonaire...

La collapsothérapie, quand elle est possible, est particulièrement indiquée chez ces malades.

Contrairement à une opinion encore assez courante, le décollement se réalise, en effet, dans bon nombre de cas à rétraction pulmonaire, avec attraction cardio-médiastinale. » (P. 563.)

Données radioscopiques. — 1° Dans les sinistrocardies très marquées, ce diagnostic s'impose; l'on trouve, en effet, en position frontale un *espace clair intervertébro-médiastinal*, comme nous avons coutume de l'appeler; l'oreillette droite, au lieu de battre sur le flanc droit de la colonne vertébrale se profile loin de son bord gauche; d'autre part, les vaisseaux de la base du cœur cachent la partie interne du sommet gauche.

Dans les cas moins accentués, pas d'espace clair, mais le bord droit du cœur ne se profile qu'en partie sur l'ombre de la colonne vertébrale.

2° L'on notera souvent une opacité de tout l'hémithorax gauche, due au tissu scléreux dont la densification ne permet pas de distinguer le bord gauche du cœur. Quelquefois et particulièrement à la période de début des sinistrocardies, l'on pourra constater une déformation du bord gauche du cœur qui devient « rectiligne par action », comme le dit Maingot dans son enseignement oral, cette déformation étant due à un processus de sclérose pulmonaire sur lequel l'attention sera heureusement attirée.

3° Le diaphragme subira diverses modifications; presque toujours il sera fixé, soit rectiligne, et abaissé, soit au contraire attiré en haut, formant une coupole diaphragmatique très surélevée vraiment intrathoracique. Le phénomène de Kienbock sera noté.

4° La déviation inspiratoire du médiastin sera quelquefois constatée à l'écran; c'est Béclère le premier, en France, qui l'a signalée en 1900 et il l'observait justement en 1902 chez le malade de Chauffard atteint de sinistrocardie. Ce signe, sur lequel Rist insistait encore récemment, est un excellent signe de sclérose pulmonaire unilatérale. (*Ann. de méd.*, avril 1925.)

5° Nous ne voulons pas revenir sur la déviation trachéale et les déformations bronchiques qui accompagnent souvent ces déplacements du cœur; à la radioscopie et sur la radiographie, l'on ne verra plus la clarté trachéale se projeter sur la partie médiane de l'ombre vertébrale. Retenons que souvent il sera nécessaire de pratiquer l'injection de lipiodol qui permettra d'explorer trachée et bronches.

6° L'on pourra trouver aussi une déviation de l'œsophage qui a suivi le médiastin dans son déplacement; les adhérences fibreuses, attirant l'œsophage, expliquent les phénomènes de dysphagie quelquefois rencontrés. Sans être constante, cette déviation est fréquente, comme l'indiquent les travaux d'Armand Delille et ses élèves, de Paisseau, Guéneau et Lambling.

Pronostic. — Le pronostic général est subordonné à la lésion causale de l'appareil respiratoire; très réservé s'il s'agit de tuberculose cavitaire bilatérale, meilleur si la tuberculose excavée est unilatérale ou s'il s'agit de tuberculose fibreuse. Dans ces formes de tuberculose, le cœur qu'attire la sclérose ou le vide pleural consécutif à la rétraction pulmonaire est le témoin du collapsus pulmonaire, la sclérose réalisant ainsi dans une certaine mesure l'action compressive qu'aurait produite le pneumothorax artificiel.

Quant au pronostic cardiaque proprement dit, il est bien meilleur qu'on ne pourrait le supposer. Dans la plupart des observations, il s'agit de malades vivant depuis longtemps avec une sinistrocardie qu'ils supportent très bien; souvent, seuls sont notés quelques troubles fonctionnels légers : tachycardie, dyspnée d'effort, celle-ci d'ailleurs pouvant être attribuée à la lésion de l'appareil respiratoire. La mortalité due au cœur est très réduite, et l'on peut répéter, pour les sinistrocardies, ce que Meyer disait en 1910 : « Le pronostic des dextrocardies est tout à fait bon. »

BIBLIOGRAPHIE DES TRAVAUX CONTENANT DES OBSERVATIONS DE SINISTROCARDIE

ARMAND-DELILLE, HILLEMAND, LESTOCQUOY et MALLET. Les déviations de la trachée dans la tuberculose pulmonaire chronique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 23 déc. 1921, p. 1695; — Le syndrome pseudo-cavitaire par déviation trachéale dans la tuberculose pulmonaire chronique, *Presse méd.*, 25 fév. 1922, p. 165.

AMEUILLE et TROCMÉ. La rétractilité des lésions pulmonaires, *Bull. méd.*, 28 avril 1926, p. 502.

BARD. Du mécanisme de production des déplacements latéraux du cœur, *Revue de méd.*, 1921, p. 511-523.

BERNARD (A.). Les déviations du médiastin par cortico-pleurite, *Journ. des sciences méd.*, 25 déc. 1925.

BEZANÇON, JACQUELIN et MORIN. Contribution à l'étude du syndrome pseudo-cavitaire apical gauche par déviation trachéale avec sinistrocardie, *Bull. de la Soc. de la tuberculose*, mai 1924, p. 409.

CHASSAGNAC (F.). Ectopie cardiaque acquise. Sinistrocardie par attraction, *Th. de Paris*, 1926 (Legrand).

CHAUFFARD. Symphyse pleuro-pulmonaire et sclérose du lobe supérieur du poumon gauche. Symphyse péricardique. Traction vers la gauche des gros vaisseaux de la base du cœur (sinistrocardie), *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 14 fév. 1908.

CRESPIN. *Soc. de méd. d'Alger*, 21 janv. 1914.

CONSTANTINESCO et GUIRA. Sur deux cas de sinistrocardie acquise et permanente de l'adulte, *Soc. méd. des hôpit. de Bucarest*, 9 juin 1920.

COYON, MARTY et AIMÉ. Un cas de dilatation bronchique avec sinistrocardie (injection de lipiodol), *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 10 juillet 1925, p. 1061.

DAVIES. *Soc. royale de Londres*, 19 fév. 1895.

DESPLATS et D'HOUR. Déviation médiastinale et sinistrocardie avec déviation trachéale et bronchique. Syndrome pseudo-cavitaire apical gauche (lipiodol), *Journ. de radiol. et d'électrol.*, sept. 1926, p. 407.

FAURE-BEAULIEU. Le cœur des tuberculeux, *Revue de la tuberculose*, 1900.

GAILLARD. La sinistrocardie par attraction, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1er déc. 1916.

GUINARD (U.). Avenir éloigné de la tuberculose pulmonaire, *Th. de Paris*, 1925.

HEYSE. Un cas de grand déplacement du cœur vers la gauche, *Deut. med. Woch. Zeit.*, 1893, p. 1064-1068.

HANOT. Modes de terminaison de la phtisie fibreuse, *Semaine méd.*, 1896, p. 289.

JAQUEROD. *Les Processus de guérison de la tuberculose pulmonaire*, 1926, Maloine; — Sur les déplacements du cœur avec attraction, *Soc. de méd. de Leysin*, 28 mars 1921.

LAQUERRIÈRE et THOYER-ROZAT. Deux cas de déplacement acquis du cœur vers la gauche, *Bull. de la Soc. d'électrol. et de radiol.*, déc. 1921 (discussion : Duhem, Malet, Thibonneau, Ronneaux).

LIVIÉRATO. L'appareil circulatoire dans la tuberculose, *Riforma med.*, 18 sept. 1922.

MERKLEN (P.). *Examen et séméiotique du cœur*, 1893, p. 17.

MEYER. *Contribution à l'étude des déplacements du cœur par attractions. Etudes sur la tuberculose de Leysin*, 1912, p. 489.

MARTINI. Sur les déviations trachéales au cours de la tuberculose pulmonaire et leur signification clinique, *Riforma med.*, 19 fév. 1923.

MONIER-VINARD et ALIBERT. Ectopie cardiaque acquise (sinistrocardie postérieure), *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 23 avril 1926, p. 633.

SEGA. Les déplacements acquis permanents du médiastin par sclérose pleuro-pulmonaire, *Arch. de pathol. et de clin. méd.*, 15 août 1923 (Bologne).

SHERRY. Déplacement du cœur à gauche dû à l'attraction du poumon gauche, *Med. et surg. rep. Phil.*, 1886, p. 199.

SCHUCHART. *Arch. f. Path.*, 1887.

SERGENT. *Syndromes respiratoires*, t. I, p. 379; — *Arch. méd.-chir. de l'app. resp.*, t. I, p. 25, nº 1.

SERGENT, PRUVOST et COTTENOT. A propos d'un cas de dilatations bronchiques développées dans une sclérose pulmonaire avec symphyse pleurale consécutive à une pleuropneumonie tuberculeuse, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 déc. 1924; radiographie reproduite in *Nouvelles Etudes cliniques de Sergent*, 1926, p. 278.

VARIOT et DUMONT. Bruit de tic-tac synchrone aux battements du cœur chez une jeune fille atteinte de tuberculose pulmonaire avec excavation dans le poumon gauche, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 7 avril 1911, p. 128.

BIBLIOGRAPHIE DES NOMS CITÉS

ALDOWIC. Déplacement du cœur par traction, *Brit. med. Journ.*, London 1886, p. 151.

AMEUILLE. Art. TUBERCULOSE DU MÉDIASTIN, *Traité* Sergent, p 574; — Les paradoxes de la symphyse pleurale, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1922, p. 1329.

BAER. Sur la déviation du larynx et de la trachée dans la tuberculose pulmonaire chronique, *Deut. med. Woch.*, 27 fév. 1908.

BARBIER. Un cas de dextrocardie au cours d'une sclérose pulmonaire tuberculeuse droite, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 23 fév. 1900, p. 187.

BARD. Du refoulement du cœur à droite dans les épanchements pleuraux, *Médecine mod.*, 1897, p. 185.

BERTIER. Dextrocardie par attraction, pneumothorax thérapeutique. Contribution à l'étude du mécanisme des dextrocardies acquises, *Bull. méd.*, nº 75, p. 1913.

CHALIER et REBATTU. Des dextrocardies acquises, *Paris méd.*, 1912, nº 365, p. 365.

CLERC et BOBRIE. Réflexions sur un cas de dextrocardie pure, *Arch. des mal. du cœur*, 1918, p. 145.

COURCOUX. La syphilis du poumon chez l'adulte, *Journ. méd. franç.*, déc. 1922.

DE JONG. Syphilis pulmonaire, *Ann. d'anat. pathol.*, mars 1926.

DONZELOT. Les dextrocardies acquises, *La Médecine*, mars 1922.

DUMAREST. Sclérose pulmonaire et tuberculose fibreuse, *Ann. de méd.*, mars 1922.

GASTINEL et JACOB. La sclérose pulmonaire, *Bull. méd.*, 1921, nº 46, p. 301.

GRANGENEUVE. Contribution à l'étude de la symphyse pleurale, *Th. de Paris*, 1920.

LAUBRY et BLOCH (S.). Déviations trachéales dans les pneumopathies chroniques, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 déc. 1921, p. 1705.

LÉPINE. Dextrocardie causée par la rétraction du poumon droit consécutive à une péribronchite syphilitique avec adhérences pleurales, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 16 mai 1899, p. 497.

LETULLE. *Le Poumon*, Maloine; — Les scléroses du poumon, *Soc. anat.*, juin 1923; *Gaz. hebd.*, 1890, nº 36.

LENK, HASLINGER et PRESSER (de Vienne). Le diagnostic radiologique des affections des bronches, surtout des sténoses, au moyen d'un liquide opaque, *Forst. an der geb. Rœntgen strabben*, janv. 1926.

LIAN et BARON. Les médiastinites chroniques, *Paris méd.*, nov. 1912.

MASSIAS. Le syndrome pseudo-cavitaire par déviation trachéale dans la tuberculose pulmonaire, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 nov. 1922, p. 749.

MEYER. *Deux cas de dextrocardie par attraction. Etudes sur la tuberculose*, Leysin 1910.

PAISSEAU, GUÉNEAU et LAMBLING. L'exploration radiologique de l'œsophage dans la tuberculose pulmonaire, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 6 nov. 1925, p. 1407.

RIST. Modifications statiques et cinématiques du cœur au cours du pneumothorax, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 déc. 1913; — Quelques corrélations fonctionnelles entre le poumon et le cœur avec une digression sur le phénomène de Kienböck, *Ann. de méd.*, avril 1925.

RIST et AMEUILLE. La symphyse pleurale hyperplasique des tuberculeux, *Revue de la tuberculose*, 1920, p. 471.

RIST, JACOB et SOULAS. Sténose bronchique extrinsèque révélée par l'examen radiologique après injection de lipiodol sous contrôle de la bronchoscopie, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 juin 1926, p. 1083.

RICITELLI et BELLUCI. Les déplacements du cœur chez les tuberculeux pulmonaires, *Radiol. méd.*, 1er janv. 1925.

SERGENT et COTTENOT. L'exploration radiologique de l'appareil respiratoire après injection intratrachéale de lipiodol, *Journ. de radiol. et d'électrol.*, oct. 1923.

SERGENT et DURAND. Contribution à l'etude de la syphilis pulmonaire, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1er mai 1923.

GUINARD (U.) et HINAULT. Contribution à l'étude des rétractions pulmonaire et thoracique, *Revue de la tuberculose*, août 1926.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 MARS 1927)

L'excitation neuro-musculaire par les courants progressifs chez l'homme. — M. Philippe FABRE.

Sur le choc radiant. — MM. J. RISLER et FOVEAU DE COURMELLES.

Contribution à l'étude de l'hémolyse par action photosensibilisatrice de l'hématoporphyrine. — MM. René FABRE et Henri SIMONNET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 MARS 1927)

Traitement médical du glaucome. — M. Ch. ABADIE. Depuis nombre d'années, l'auteur n'a cessé de soutenir que le glaucome était dû à un trouble d'innervation du sympathique oculaire donnant naissance à une dilatation exagérée des vaisseaux de l'œil et consécutivement à l'hypersécrétion des liquides intraoculaires et à l'augmentation de tension.

C'est guidé par ces idées directrices qu'il a cherché à combattre cette vaso-dilatation par des médicaments ayant une action antagoniste contraire vaso-constrictive.

Il associe à cet effet trois médicaments vaso-constricteurs qui cumulent leur action. Voici ce traitement journalier :

1° Un milligramme et demi à 2 milligrammes d'adrénaline suivant âge et poids du sujet;

2° Un cachet de 10 à 20 centigrammes d'ergotine;

3° Un à 2 grammes de chlorure de calcium en solution aqueuse.

Jusqu'ici tous les cas de glaucome traités par cette médication en ont bénéficié. Elle a été toujours employée seule sans instillation d'aucun collyre.

Elle fait disparaître les attaques de glaucome, les cercles irisés autour des flammes qui réapparaissent dès qu'on la suspend.

Non seulement ces glaucomes ont été enrayés dans leur







évolution fatalement progressive, mais il y a toujours eu une augmentation de l'acuité visuelle d'autant plus grande que l'affection était moins avancée.

Même les glaucomes chroniques simples rebelles jusqu'ici à tous les moyens d'action ont bénéficié comme les autres de ce traitement.

Recherches sur le gonflement colloïdal déterminé par un certain nombre d'eaux minérales. — MM. P.-L. Violle (de Vittel) et P. Dufourt (de Vichy) font une étude sur l'imbibition des colloïdes déterminée par un certain nombre d'eaux minérales. Les eaux diurétiques ont sur les colloïdes un pouvoir d'imbibition marqué, mais suivi très rapidement d'une action inverse plus prononcée : ce double phénomène permettrait d'expliquer l'effet bien connu de ces eaux, caractérisé par l'augmentation de la diurèse aqueuse et solide. Les eaux du type Vichy déterminent dans la cellule des modifications lentes, profondes et stables. L'équilibre cellulaire est transformé. C'est une véritable rénovation cellulaire qui se produit et que traduit l'augmentation de l'eau et des électrolytes.

On comprend que si ce phénomène se produit trop intensément ou trop rapidement il puisse devenir dangereux et déterminer ces troubles connus sous les noms de cachexie alcaline, crise thermale, etc.

Contribution à l'étude de l'assainissement des eaux d'égout par l'introduction de doses infimes d'hypochlorite de soude suivie d'un brassage énergique. — M. Téchoueyres et Mlle Pillement.

Election de deux correspondants nationaux dans la sixième division (pharmacie). — Classement des candidats : en première ligne, MM. Astruc (de Montpellier), Gascard (de Rouen) ; en deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Douris et Favrel (de Nancy), Gerber (de Toulouse), Labat (de Bordeaux).

MM. Astruc et Gascard sont élus au premier tour de scrutin à l'unanimité.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 11 février 1927)

De l'action des divers tissus sur les graisses in vitro. — MM. H. Roger, Léon Binet et René Fabre exposent le résultat d'expériences nouvelles entreprises sur l'action des tissus sur les graisses, en faisant agir ces tissus sur de l'huile iodée et en dosant l'iode mis en liberté. Les chiffres rapportés montrent que, d'après leur pouvoir d'attaque, les organes peuvent être classés de la façon suivante : pancréas, intestin, foie, poumons, rein, rate et muscle. Le sang, sans aucun doute, peut, in vitro, disloquer la molécule grasse et cette action peut être considérablement renforcée en faisant barboter dans ce sang, ou bien un gaz inerte comme l'azote qui agit mécaniquement en assurant un brassage, ou mieux encore de l'oxygène qui exerce une action chimique et qui augmente l'attaque de l'huile dans la proportion de 1 à 9.

Variations de tension du liquide céphalo-rachidien au cours d'asphyxie. — MM. Léon Binet et René Piédelièvre montrent, par des expériences effectuées sur le chien, que l'asphyxie aiguë, obtenue par l'oblitération de la trachée, déclanche, vraisemblablement par la turgescence des veines cérébro-spinales, une hypertension du liquide céphalo-rachidien ; cette hypertension est progressive, atteignant son maximum à la quatrième minute de l'asphyxie, et elle est considérable, se trouvant quadruplée par rapport à la tension normale.

Recherche des réactions antigéniques dans l'aspergillose. Intradermoréaction. Réaction antigénique focale. — MM. Macaigne et Nicaud, après avoir décrit le mode de préparation de divers antigènes aspergillaires, relatent les résul-

tats de leur expérimentation. Les cutiréactions donnent peu de résultats. Les intradermoréactions montrent dans l'aspergillose pulmonaire des résultats très intéressants avec une réaction positive à caractère nodulaire pouvant durer une quinzaine de jours et permettant de dépister les associations tuberculo-mycosiques. Cette réaction locale s'accompagne d'une réaction au foyer aspergillaire avec poussée congestive, et les auteurs rapprochent l'action des antigènes aspergillaires de celle de la tuberculine.

Recherches sur la séro-agglutination dans l'aspergillose pulmonaire. — MM. Macaigne et Nicaud ont recherché si le sérum des aspergillaires contenait des agglutinines. En expérimentant avec une culture jeune contenant des filaments et des spores, puis avec une culture plus âgée contenant beaucoup plus de spores, ces auteurs n'ont obtenu au 1/20, au 1/30 et au 1/50 aucune agglutination démonstrative. Les recherches sur les spores seules après filtrage de la culture sur papier buvard ou après dégraissage des spores à l'alcool-éther sont également restées négatives. On ne peut donc utiliser un séro-diagnostic de l'aspergillose.

Recherches sur l'œdème local provoqué (2e note). **Modifications selon l'âge. Influence de l'inanition.** — MM. E. Schulmann et J. Marek, dans une note précédente, ont montré qu'il est possible de réaliser chez le lapin, en injectant dans l'hypoderme de l'oreille 1/10 de centimètre cube d'une solution isotonique de chlorure de sodium, une boule d'œdème dont la durée oscille entre cinq et sept minutes.

Chez de jeunes lapereaux de six semaines la boule persiste quinze minutes, soit près de trois fois le temps de durée normale. Cette influence de l'âge sur le métabolisme de l'eau est connue des pédiatres, il semble qu'il en faille chercher la cause dans le jeu imparfait du système vaso-moteur des jeunes sujets.

C'est aussi à une cause vaso-motrice périphérique qu'il faut vraisemblablement rattacher les œdèmes de l'inanition étudiés en clinique humaine. La durée de la boule d'œdème, provoquée chez le lapin après un jeûne de cinq jours, passe de six à douze minutes, atteignant même dix-sept minutes chez un animal. Le retour au temps normal est obtenu au bout de trente-six à soixante-douze heures.

Immunité antimicrobienne de la cavité méningée. — M. S. Mutermilch montre que l'inoculation d'un vaccin cholérique dans la cavité méningée des lapins détermine la production locale des agglutinines spécifiques dont la présence peut être décelée dans le liquide céphalo-rachidien et dont le titre oscille entre 1 : 800 et 1 : 1600. La durée de cette immunité locale paraît être très longue, car, même quarante-deux jours après la dernière inoculation de vaccin, les liquides céphalo-rachidiens se montrent encore actifs au taux de 1 : 100 environ. Des ponctions occipitales pratiquées chez des lapins vaccinés tous les deux jours pendant quinze jours environ, non seulement ne diminuent pas le taux d'anticorps dans les liquides, mais celui-ci peut même légèrement augmenter : on est donc forcé d'admettre qu'une véritable sécrétion des anticorps a lieu dans la cavité méningée par des cellules dont la nature reste à déterminer.

L'injection intraveineuse de l'urotropine et la détermination d'une méningite aseptique au moyen d'une inoculation d'une émulsion de farine dans la cavité méningée, chez des lapins vaccinés vis-à-vis du vibrion cholérique par la voie péritonéale rendent la barrière vasculo-méningée perméable aux anticorps.

Les hypertensions rachidiennes d'origine circulatoire. — MM. A. Tzanck et P. Renault, revenant sur l'étude graphique de la tension céphalo-rachidienne (signalée déjà par Claude, Porak et Rouillard en 1914), signalent des hypertensions rachidiennes extrêmement élevées (43 et 53 centimètres cubes d'eau au lieu de 12 à 14 à l'état normal) dans des cas de cyanose congénitale et de foie cardiaque.

Ces hypertensions rachidiennes d'origine circulatoire établissent l'importance des facteurs mécaniques dans certaines hypertensions rachidiennes.

Action zymosthénique de diverses eaux minérales sur la catalase hépatique. — MM. A. Mougeot et V. Aubertot. Faisant agir des proportions définies de catalase sur du peroxyde d'hydrogène dans 25 centimètres cubes d'eau minérale, on constate que par rapport aux témoins d'eau distillée et d'eau de Seine, en se basant sur le volume d'oxygène mis en liberté :

Les bicarbonatées sont activantes, les sulfatées sont indifférentes et les sulfurées sont paralysantes tant que (à en juger à l'odorat) le gaz sulfhydrique n'a pas diffusé dans l'atmosphère après quoi les sulfureuses deviennent indifférentes et parfois même légèrement zymosthéniques.

Dans les conditions d'expériences, ni la radioactivité, ni le pH n'interviennent; H^2S est paralysant, le cation Ca activant, l'anion sulfurique semble antagoniste de Ca.

M. Bridel. N'aurait-on pas des résultats plus nets en s'adressant aux sels plutôt qu'à l'eau, laquelle représente un milieu très complexe?

M. Mougeot. L'expérience a été faite : elle n'est pas favorable à l'hypothèse de M. Bridel. D'ailleurs, nous avons commencé par l'étude de l'eau totale et nous continuerons par celle de ses éléments constitutifs.

Lois d'excitabilité des fibres motrices du nerf laryngé inférieur. — MM. F. de Moura Campos, A. et B. Chauchard excitent le nerf récurrent du chien par des ondes de condensateurs. Le larynx a été sectionné sur sa ligne médiane pour permettre l'observation directe des cordes vocales et l'appréciation exacte du seuil de contraction des muscles thyro-aryténoïdiens.

Les lois d'excitabilité du récurrent sont comparables à celles des nerfs moteurs des muscles squelettiques. Sa chronaxie est d'environ un dix-millième de seconde, équivalente à celle des muscles les plus rapides chez les mammifères.

LIVRES NOUVEAUX

Symptomatologie clinique des maladies internes (1), par le docteur Norbert Orttmer (Vienne).

Dans ce très important travail, l'auteur se place sur le terrain exclusivement clinique et passe successivement en revue le symptôme douleur dans ses diverses localisations, abdominales et extraabdominales, les groupant par leurs relations anatomiques. Il passe ensuite en revue les autres symptômes, symptômes généraux et symptômes locaux. Pour chacun, il envisage successivement les caractères propres et les divers facteurs, infectieux, toxiques, etc... Il termine par une importante étude des syndromes groupés, d'ailleurs, en fonction de directives anatomiques et donne pour chacun les éléments du diagnostic positif et du diagnostic différentiel.

A signaler les chapitres concernant les douleurs angineuses, les douleurs thoraciques des divers types, la claudication intermittente, la pâleur, la pigmentation et la mélanodermie, les troubles du rythme cardiaque, la diarrhée, etc.

En résumé traité et dans une certaine mesure, dictionnaire de diagnostic médical permettant au clinicien de remettre au point la solution d'un problème clinique. R. L.

(1) 4 vol. : brochés, 21 m. le volume; reliés, 24 m. le volume. — Urban et Schwarzenberg, Berlin et Vienne.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Le sang, abrégé d'hématologie, par Auguste Bécart. In-8de 140 pages avec 51 figures dans le texte et une planche encoul. hors texte. — Prix : 18 fr. — Paris, G. Doin et Cie.



CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili. Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou. Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Séance du 26 mars. — Admissibles :
M. Etienne Bernard, 71 1/2; Mme Fontaine, 69 1/2; MM. Tzanck, 69; Coste, 67 1/2; Jacquelin et Marchal, 67; Marquézy, 66 1/2; Péron, 66; Périsson, 65; Froment, 64 1/2; Turpin, 64; *ex æquo* Basch et Weismann, 62.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — DIEPPE. — Le poste d'interne en chirurgie à l'hôpital de Dieppe est actuellement vacant. — Pour tous renseignements, s'adresser au directeur des hospices.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — La chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie de la Faculté de médecine d'Alger est déclarée vacante. (*J. O.*, 27 mars 1927.)

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS. — 1° *Prix de chirurgie générale* (Prix Dartigues), 1.000 fr., attribué à M. Ebrard (de Trouville) pour son travail intitulé : « Deux cas de plaies péritonéales et de lésions anorecto-sigmoïdes à la suite d'un attentat sur deux fillettes par un même criminel. Mort dans les deux cas ».

2° *Prix de chirurgie gastro-intestinale* (Prix Victor Pauchet), 1000 fr., attribué à M. Queinnec (de Paris) pour son travail intitulé : « Le bouton de Jaboulay en chirurgie gastrique ».

3° *Prix de chirurgie gynécologique* (prix Paul Delbet), 1.000 fr., attribué à M. Pierre Laurent (de Paris) pour son travail intitulé : « De la conduite à tenir en présence des blessures chirurgicales de l'uretère au cours des interventions gynécologiques. Résultats et indications de la ligature de l'uretère. »

4° *Prix de chirurgie urinaire* (prix Cathelin), 1.000 fr. Le prix n'a pas été décerné.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'UROLOGIE. — Ce Congrès se réunira à Bruxelles du 3 au 6 août 1917, sous la présidence de M. le professeur Verhoogen.

Les questions à l'ordre du jour sont :

1° Valeur comparative de divers examens du sang et de l'urine dans la chirurgie urinaire. Rapporteurs : MM. Chabanier (Paris), Kojan (Belgrade), Quinby (Boston).

2° Traitement des tumeurs de la vessie par les agents physiques. Rapporteurs : MM. Beer (New-York), Frysaman (Varsovie), Heitz-Boyer (Paris).

3° Traitement de la tuberculose génitale. Rapporteurs : MM. Barney (Boston), Gamberini (Bologne), Walker (Londres).

Le secrétaire général est M. le docteur Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris (7e).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MÉDAILLE DES BELLES ACTIONS. — *Médaille d'argent de 1re classe.* — M. Léveillé étudiant en médecine, à Paris. (*J. O.*, 19 mars.)

STATISTIQUE MUNICIPALE. — On a enregistré, du 1er au 10 mars, 1.149 décès, au lieu de 1.142 pendant la décade précédente (moyenne correspondante 1.398).

La variole a causé 4 décès (moyenne 0).

La scarlatine, 13 décès (moyenne 3). On signale 163 cas nouveaux (moyenne 71).

Les autres maladies signalées ne dépassent pas la moyenne.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Eugène Delmas-Saint-Hilaire, directeur honoraire des services annexes des hôpitaux de Bordeaux ; Noblet (de Pont-Chateau).

Ch. FOIX

Jeudi dernier, à la gare d'Austerlitz, sur une voie de garage, un fourgon mortuaire. Dans son intérieur, dissimulé sous un amoncellement odorant de lys, de violettes, d'œillets et de roses, un cercueil. Tout près de lui, assise sur une modeste chaise, en longs habits de deuil, sanglote une jeune femme qu'un gentil bambin aux boucles blondes n'arrive pas à consoler. Un peu plus loin, une assistance recueillie. Pourquoi cet appareil funèbre? Pourquoi ces larmes? Pourquoi tant de muette émotion? C'est qu'il s'agit d'une levée de corps. Ceux qui sont réunis là ont voulu adresser un suprême adieu à la dépouille mortelle de celui qui fut Charles Foix. Ils ont tenu à s'incliner très bas devant celle qui s'avançait, joyeuse, lorsque soudain, sur son chemin, elle a rencontré la douleur. Quelle angoisse les a étreints, eux aussi, lorsqu'ils ont appris que, le lundi précédent, une magnifique intelligence s'était éteinte, qu'un noble cœur avait cessé de battre!

Il n'avait que quarante-cinq ans, et, depuis longtemps, on le considérait comme l'un des maîtres de la jeune neurologie française. Ses travaux sur le *pouvoir leuco-activant des humeurs*, sur la *sclérose centro-lobaire*, sur l'*aphasie*, sur les *réflexes d'automatisme médullaire*, sur la *région sous-thalamique*, sur les *départements vasculaires de l'encéphale*, sur le *traitement de la sclérose en plaques*, ses communications à la Société de neurologie, dont il était l'un des membres les plus écoutés, son rapport sur le *tonus*, ses notes aux autres Sociétés savantes, ses articles dans les traités classiques, lui avaient valu une réputation universelle. Déjà il avait tenu, et au delà, toutes les espérances qu'il avait inspirées à ses chefs d'internat : Brissaud, P. Marie, Souques, Dufour, Achard, Sicard. De lui, on attendait plus encore. La nature ne lui avait-elle point prodigué ses dons les plus rares : un esprit ouvert à tout : belles-lettres (il laisse trois volumes de vers), arts, sciences, médecine; une puissance de travail prodigieuse; une faculté d'assimilation qui lui permettait de tout lire, de tout comprendre, de tout classer dans son impeccable mémoire? Ne l'avait-elle pas doué de ces qualités qui font les chefs d'école? Il excellait à diriger les jeunes, à stimuler leur zèle, à décupler leur effort en y mêlant le sien. Par son exemple comme par ses préceptes, ne justifiait-il pas la profonde pensée du plus grand physiologiste de tous les siècles : « Celui qui ne connaît pas les tourments de l'inconnu doit ignorer les joies de la découverte, qui sont certainement les plus vives que l'homme puisse ressentir »?

Ses disciples : Alajouanine, Thévenard, Chavany, Hillemand, Bariéty, Maurice Lévy, Julien Marie, Thiers, Lagrange, Nicolesco, tant d'autres encore, entouraient d'une déférente affection celui qui, penché sur leur tâche, les guidait avec tant de patience, tant de bonté. Une force impérieuse l'obligeait à obliger. Me démentira-t-il, ce collègue sympathique entre tous et dont les *Conférences de clinique médicale pratique* sont un joli succès de librairie? Jadis, il avait fallu le veiller. Un coup de téléphone, et voilà Foix installé à son chevet, jusqu'à sa guérison! Dans notre microcosme, où nous vivons trop les uns sur les autres pour qu'il n'en résulte pas quelque frottement et même quelque jalousie, tous d'applaudir à ses succès, de le suivre avec une amicale fierté dans la brillante carrière qui avait fait de lui la médaille d'or de 1910, le médecin des hôpitaux de 1919, l'agrégé de 1923. Son accueil simple et cordial, sa voix chaude qui gardait encore un accent de terroir, son regard affable, son éternel optimisme avaient vite mis à l'aise ceux qui, chaque jour plus nombreux, venaient solliciter ses conseils. Aucun qui ne repartît réconforté. Loin de le rendre plus insensible, le contact quotidien de la souffrance l'avait rendu plus accessible aux pauvres et aux malheureux.

Hélas! il devait bientôt faire connaissance avec elle. Depuis un an, la maladie l'avait obligé à restreindre sa merveilleuse activité. Lundi soir, en quelques minutes, s'est produite la catastrophe. En vain, ses maîtres P. Marie et Sicard, son élève préféré Alajouanine, ont-ils tenté l'impossible. En vain, ont-ils fait appel à l'habileté opératoire de Gosset. Tout est resté inutile. En vain aussi, son entourage s'est-il ingénié à lui cacher la vérité. Il a vu venir la mort avec la sérénité du croyant qui a su écouter et méditer « cette parole qui survit à toutes les ruines ». Elle l'a consolé. Consolons-nous à notre tour en nous disant qu'il a quitté les jardins de la terre pour les jardins du ciel! Ces promenades qu'aux heures de délassement, il aimait à faire en son cher Béarn, il les continuera désormais « sous de plus verts ombrages, dans un printemps qui ne finira plus ».

L. BABONNEIX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 28 MARS AU 2 AVRIL 1927)

THESES

Lundi 28 mars. — Jury : MM. Sebileau, président; Legueu, Couvelaire et Ombrédanne. — M. OUROCHEVITCH. Orchite tuberculeuse. — M. DUFOUR. Anesthésie rachidienne obstétricale. — Mlle BESSON. Les goitres (étude médico-chirurgicale). — Mlle VIGNAUX. Des indications de l'antrotomie au cours de l'otite.

Mardi 29 mars. — Jury : MM. Balthazard, président; Bernard, Tiffeneau et Binet. — M. MORAND. Etude sur l'exercice illégal de la médecine. — M. BLANC. Maladies pestilentielles (évolution et prophylaxie). — M. BOYER. Etude pharmacodynamique de quelques bases pipéridiniques.

Jury : MM. Brindeau, président; J. Faure, Rathery et Lecène. — M. LEFLAIVE. Volvulus chronique du côlon sigmoïde. — Mlle SAZERAC DE FORGE. Etude sur les ligaments au point de vue obstétrical. — M. ROSEAU. Traitement des varices. — M. LECLERCQ. Etude sur les exostoses ostéogéniques.

Vendredi 1er avril. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Balthazard, président; Teissier, Lemierre, Robin, Panisset, Dechambre, Nicolas et Moussu. — M. COURBET. Assurances contre la mortalité du bétail. — M. TARLIER. Etude des péricardites chez les bovidés — M. FATHY. Etude sur le traitement de l'infection à trypanosome.

Samedi 2 avril. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brindeau, président; Rathery, Moussu, Coquot et Dechambre. — M. ROUMAILLAC. Le renversement utérin dans l'espèce bovine. — M. MÉRIGUET. La race bovine de Salers dans le Poitou.

Jury : MM. Achard, président; Bezançon, Aubertin et Baudouin. — M. OBATON. L'asynchronisme dans les aortites postérieures. — M. GOUSSEINBEKOFF. Etude de la surrénalite syphilitique. — M. GERSON. Les formes aiguës de la syphilis articulaire.



MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

GASTRO-ENTÉRITES

PEPTOSTHÉNINE CHOAY

2 Cachets ou 4 Comprimés à la fin de chacun des principaux repas

COMPRIMÉS - CACHETS

CHOAY

Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY 48, Rue Théophile Gautier, PARIS - 16e - Tél. Auteuil 44-09

LA FIÈVRE SYPHILITIQUE TROP SOUVENT MÉCONNUE

Par le Professeur VICTOR AUDIBERT et CHARLE TOINON
(de Marseille).

Morbus gallicus est morbus absque febre. Cet aphorisme des anciens médecins est malheureusement encore trop souvent celui de notre génération.

La syphilis, cependant si fréquente et si importante à diagnostiquer, prend parfois le masque fébrile et le conserve tel pendant des mois et des années, sans qu'aucun symptôme organique permette d'incriminer le spirille.

Le médecin n'a pas le droit d'ignorer cette forme de la syphilis pour deux raisons : d'abord parce qu'il portera la plupart du temps le diagnostic erroné de tuberculose, et qu'en ne traitant pas son malade ensuite, il le condamnera tôt ou tard aux pires complications.

Une fois de plus, il nous paraît de la plus grande importance d'attirer l'attention sur ces syphilis fébriles. C'est pourquoi nous rapportons deux observations concluantes.

OBSERVATION I. — Mlle B..., trente-quatre ans, dactylographe, née à Bône, est vue le 16 décembre 1924. Sa mère qui l'accompagne nous indique que, depuis près de trois ans, sa fille présente de la fièvre à peu près régulière, plus élevée le soir que le matin, avec état d'anémie et d'amaigrissement.

La malade accuse, en outre, une tension douloureuse dans la région hépatique sans crise nette. Et c'est tout.

Dans son passé n'existe pas de paludisme.

Rougeole, coqueluche, fièvre typhoïde dans le jeune âge.

En insistant, elle précise qu'elle eut un ictère, il y a quatre ans, qui dura quinze jours.

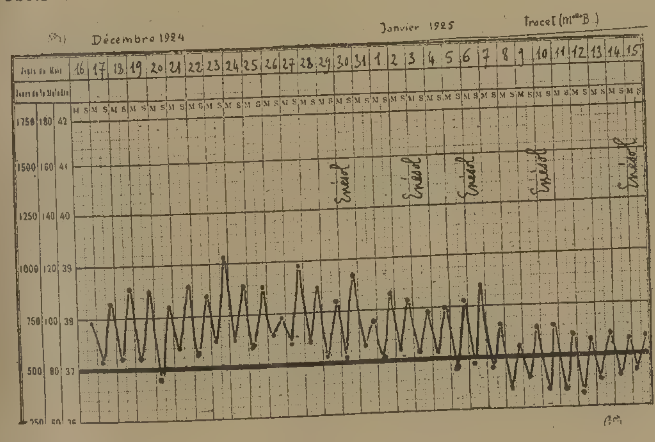
Ses antécédents héréditaires n'apprennent rien.

Le diagnostic porté par les divers médecins qui la suivirent fut celui de cholécystite pour les uns, de bacillose latente pour les autres.

A l'examen, foie de consistance dure, surface régulière, débordant les fausses côtes, sensible à la pression.

Teint à peine subictérique. Rate accrochable et sensible à la palpation. Les autres appareils normaux.

Les épreuves de Weinberg et de l'éosinophilie sont négatives. Par contre, la réaction de Wassermann est fortement positive.

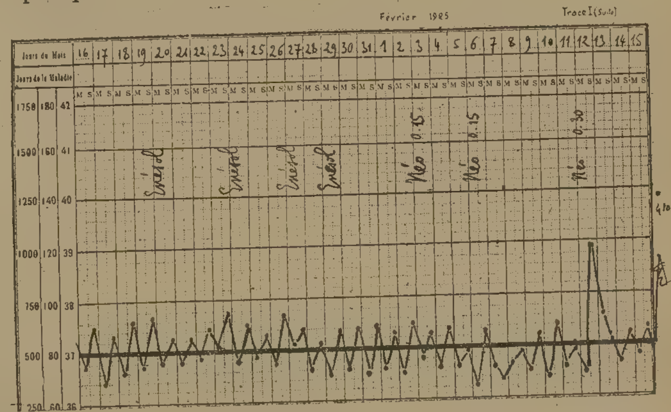


Le 30 décembre, on commence une série de piqûres intraveineuses d'énésol tous les trois jours.

Après 3 injections, la fièvre qui atteignait régulièrement le soir 38°5 ou même 39 ne dépasse jamais plus 38 degrés.

Après huit injections, elle se maintient entre 36°5 et 37°5. On pratique ainsi dix injections d'énésol pendant le mois de janvier 1925. La fièvre est tombée, et la température devenue normale oscille autour de 37 degrés.

En février 1925, on commence une série d'injections intraveineuses de novarsénobenzol. Après les doses faibles de 0g15 deux fois par semaine, on arrive à l'injection hebdomadaire de 0g30. Chaque injection de 0g30 est suivie d'une poussée thermique à 39 degrés qui disparaît sans ictère ni réaction hépatique.



Dans l'intervalle des piqûres, température absolument normale.

La malade, revue plusieurs fois après, ne se plaint plus de douleurs hépatiques et n'a plus eu de fièvre. Elle reprend néanmoins son traitement.

OBS. II. — Mme Rose P..., épouse C..., trente-six ans, ménagère, née à Marseille, entre le 1er novembre 1926, à l'Hôtel-Dieu, salle Tricon, parce qu'elle a, dit-elle, une crise cardiaque depuis huit jours, survenue à la suite d'un refroidissement. Elle accuse des palpitations, douleurs dans la région précordiale, et une gêne marquée pour respirer. Cette crise n'est pas la première. Les mêmes symptômes se manifestèrent il y a huit ans, en juin 1918, après un froid. Depuis cette époque, tous les trois ou quatre mois, la malade a des crises analogues d'hyposystolie, avec parfois même œdème léger des membres inférieurs.

Elle suit chaque fois le même traitement : repos, réduction des liquides ; diurétiques, digitaline.

De plus, la malade indique qu'elle est toujours fébrile, sa température se maintient autour de 38 degrés.

Elle accuse, en outre, de violentes douleurs dans le genou droit, douleurs insupportables, dit-elle.

Antécédents héréditaires :

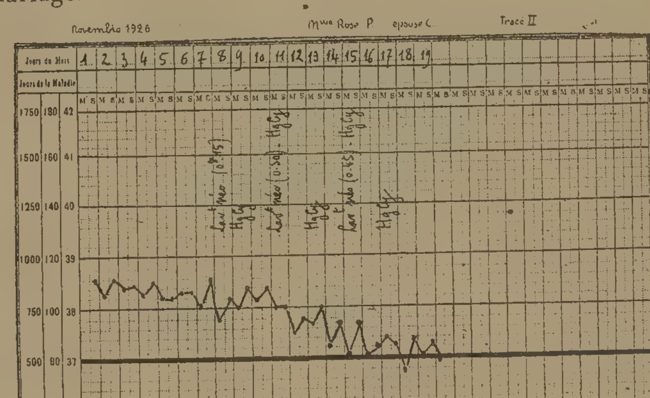
Père mort à trente-trois ans, dans un asile d'aliénés. Sa mère, bien portante, a eu 7 enfants, dont 4 vivants.

Antécédents personnels :

Grippe pendant la guerre. Pas de fièvres éruptives, jamais de rhumatisme articulaire aigu.

Mariée en 1914, mari tué en 1915 à la guerre. A eu un enfant de ce premier mari, mort de convulsions à l'âge de six mois.

Remariée il y a sept ans. Second mari bien portant, navigateur. Aucune grossesse, aucun avortement depuis son second mariage.



Examen. — Malade pâle, dyspnéique, fébrile (38°5). Etat général souffreteux et précaire.

Appareil circulatoire : pouls rapide (90.100) ; petit, très irrégulier. Tension artérielle (Pachon) = 11,9 (indice 2). Pas

de battements visibles des artères, aorte et sous-clavières non perceptibles, pas d'œdème des membres inférieurs. La pointe du cœur bat dans le 5e espace, sous le mamelon. A l'auscultation, tachyarythmie très accentuée.

Appareil pulmonaire. Râles de congestion aux deux bases.

Appareil urinaire. Oligurie, ni sucre ni albumine dans les urines.

Appareil digestif. Pas de leucoplasie buccale.

Foie débordant les fausses côtes de deux travers de doigt. Rate non percutable.

Système nerveux. Réflexes rotuliens et achilléens normaux.

Pupilles égales, régulières, contractiles.

Céphalée fréquente depuis huit ans, surtout nocturne au début, puis sans horaire fixe.

Examens de laboratoire. — Bordet-Wassermann positif dans le sang (HO Ho).

Azotémie = 0g51/1000.

Radioscopie : plages pulmonaires normales.

Augmentation du volume du cœur, surtout des cavités droites qui débordent de trois travers de doigt le bord droit de la colonne vertébrale.

Pas de bacille de Koch dans les crachats.

On porte le diagnostic de syphilis fébrile avec myocardite et crises d'hyposystolie, et l'on commence immédiatement un traitement antisyphilitique.

En présence d'un état général aussi déficient nous n'osons pas attaquer directement les injections intraveineuses de novarsénobenzol.

8 novembre 1926. Lavement de novarsénobenzol (0g15).

9 novembre 1926. Cyanure de mercure intraveineux (0g01).

11 novembre 1926. Lavement de novarsénobenzol (0g30), et cyanure de mercure.

13 novembre 1926. Cyanure de mercure.

15 novembre 1926. Lavement de novarsénobenzol (0g45) et cyanure de mercure.

17 novembre 1926. Cyanure de mercure.

Après le second lavement de novarsénobenzol, le facies de la malade est transformé. Sa joie est telle qu'elle nous manifeste sa reconnaissance.

Dès le 13 novembre, la température qui se maintenait entre 38 degrés et 38°5 descend aux environs de 37°5.

Le 17 novembre la malade demande à quitter l'hôpital. La dyspnée a disparu, la température est normale.

Revue le 30 novembre et le 5 décembre. Il n'y a plus eu de fièvre ; la malade peut vaquer à ses occupations.

On pourrait certes rapporter bien d'autres observations aussi typiques. A quoi bon? Nous tenons cependant à relater l'histoire d'une jeune malade observée par l'un de nous dans les conditions suivantes :

Cette jeune fille âgée de vingt-deux ans se présente accompagnée de son père, sa mère et ses deux sœurs, en avril 1916. Les parents nous racontent qu'ils viennent d'Espagne, qu'ils traversent Marseille et se rendent à Leysin où depuis trois ans ils accompagnent leur fille d'avril à octobre.

« Pendant son séjour en Suisse, nous dit le père, elle va bien. Mais au retour sa santé s'altère à tel point que je suis obligé de la ramener ».

Cet état maladif se caractérise par ces seuls symptômes : état général languissant, anorexie relative, asthénie et fièvre. Il ne nous a pas été donné d'avoir la courbe de cette fièvre puisque la malade n'a été vue qu'une fois. On nous indique qu'elle est à peu près continue.

L'auscultation et l'examen le plus minutieux ne nous révèlent rien de précis. Du reste, pas de toux ni d'expectoration.

Le diagnostic réel fut dû à un hasard d'observation.

Le père, placé face au jour, présentait des pupilles punctiformes et des temporales très saillantes, sans autre trouble apparent.

Cette indication nous fit conseiller une réaction de Wassermann non seulement pour la jeune malade, mais pour toute la famille. Elle se montra positive pour tous.

Quelques mois après nous recevions de Valence une lettre de chaleureux remerciements : la jeune fille avait suivi sur nos conseils un traitement intraveineux d'arsénobenzol, son état s'était transformé, il n'était plus question de sanatorium.

La syphilis n'est donc pas sans fièvre comme le prétendaient nos ancêtres.

Nous ne parlons pas, évidemment, de cette fièvre qui accompagne la période secondaire, si fréquente et si bien décrite par Fournier, avec son cortège cutanéo-muqueux. Fièvre parfois si intense qu'elle arrive à l'hyperthermie d'un véritable état typhique : typhose syphilitique secondaire.

Il ne s'agit pas non plus de fièvre contemporaine du chancre comme l'ont montré Milian et Mouquin (*Soc. franç. de dermatol. et de syphiligr.*, 9 déc. 1920). Ces formes fébriles sont d'un diagnostic aisé.

Il existe cependant des états fébriles de longue durée, dus la plupart du temps à des syphilis acquises anciennes, et bien souvent à des syphilis héréditaires.

Le médecin de notre génération n'a pas le droit d'ignorer cette cause si fréquente de fièvre continue.

LORSQU'UN MALADE PRÉSENTE UNE FIÈVRE PERSISTANTE, S'IL NE TOUSSE PAS, ET S'IL EST JEUNE SURTOUT, IL FAUT PENSER A LA SYPHILIS.

Sous quelles *formes* cette fièvre se manifeste-t-elle?

L'observation I montre un tracé oscillant absolument semblable à une courbe de tuberculose. Notre petite malade d'Espagne devait présenter le même tracé puisqu'elle fut prise pour une bacillaire.

C'est la forme la plus trompeuse, quand aucun signe organique ne vient donner sa caractéristique. On pourrait l'appeler fort judicieusement la *forme pseudo-tuberculeuse*.

Dans la plupart des cas, toutefois, à cet état fébrile s'ajoute un symptôme fréquent : une tension douloureuse dans la région hépatique avec augmentation de volume du foie non obligatoirement accompagnée d'ictère.

LORSQU'UN MALADE PRÉSENTE UNE TENSION DOULOUREUSE DE L'HYPOCHONDRE DROIT AVEC FIÈVRE, SANS ICTÈRE, S'IL EST JEUNE SURTOUT, IL FAUT PENSER A LA SYPHILIS.

Dans certains cas, apparaissent en même temps d'autres signes qui font plus ou moins penser à la syphilis sans toutefois attirer plus particulièrement l'attention sur ce diagnostic (asystolie, par exemple, comme dans l'observation II, arthralgies, etc.).

Si bien qu'il est permis de décrire un véritable **Polymorphisme de la syphilis fébrile.**

Plusieurs auteurs, dans ces dernières années, ont insisté sur la fièvre qui peut accompagner les lésions viscérales de la syphilis tertiaire.

Liotard, dans sa thèse (Paris 1925), étudie les différentes localisations susceptibles de réaliser cette fièvre.

Les lésions hépatiques doivent être placées au premier rang. La syphilis du foie est souvent fébrile, comme l'ont montré les travaux de Wunderlich, Ghérard. Fournier, et ceux plus récents de Gilbert, Chiray et Coury (*Soc. médic. des hôpit. de Paris*,

18 mars 1921); Abrami, Chiray et Coury (*Soc. méd.*, 28 décembre 1921); Caussade, Debré (*Soc. de Pédiatrie*, 20 novembre 1923); Paillard (*Journ. méd. franç.*, décembre 1922).

La fièvre peut aussi accompagner les lésions syphilitiques du *médiastin* comme l'ont observé Castaigne et Lian (*Progrès méd.*, 12 novembre 1912), ou celles de l'appareil *pleuro-pulmonaire*.

Dans ce dernier cas, les lésions aiguës sont exceptionnelles. Il s'agit le plus souvent de formes chroniques fébriles pseudo-tuberculeuses, bronchectasiques (Courcoux et Lelong), ou pleurétiques.

La fièvre syphilitique peut enfin être liée (plus rarement d'ailleurs) à des lésions spécifiques *cardio-aortiques* (Favre), *rénales* (Marguilies), *méningées* (Schœffer, *Presse méd.*, 8 septembre 1923), *spléniques*. La fièvre, au contraire, semble exceptionnelle dans les autres localisations de la syphilis.

Nous venons de passer en revue les différentes *formes viscérales de la syphilis fébrile*.

Il est des cas où la fièvre syphilitique peut être *essentielle*, unique symptôme de lésions syphilitiques anciennes, ignorées, si tant est que l'appellation médicale « essentielle » ne cache pas notre ignorance à déceler cliniquement des lésions tissulaires.

Des observations ont été publiées à ce sujet par Fournier, Netter, Gautier (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 15 juillet 1921), Chiray et Coury (*Presse méd.*, décembre 1921), Lanzenberg (*Paris méd.*, 9 juin 1923), Martelly (*La syfilide ignorata et strana*, Naples, 1923), Marcel Bloch (*Presse méd.*, 17 mai 1924), Liotard (*Thèse de Paris*, 1925), M. Roch [de Genève] La fièvre dans la syphilis, *Rev. méd. de la Suisse romande*, t. XLVI, nos 12 et 13, 25 octobre 1926), M. Roch [de Genève] et J. Mozer (Typhose syphilitique tardive, *Rev. méd. de la Suisse romande*, t. XLVI, 25 octobre 1926).

Dans cette forme de *fièvre syphilitique essentielle*, les signes physiques sont, nous l'avons dit, absents. A peine, constate-t-on, et pas toujours, une légère hépatomégalie, témoignage d'une syphilis hépatique latente comme le prétend Chiray.

Les modifications sanguines que l'on peut rencontrer, anémie, diminution du taux de l'hémoglobine, leucopénie variable, ne sont pas pathognomoniques.

En somme, la maladie est essentiellement caractérisée par de la fièvre, avec anémie plus ou moins marquée.

Cette fièvre peut simuler tous les types.

Parfois *continue*, avec accès quotidiens, elle est d'autres fois *irrégulière* échappant à toute description ou nettement *rémittente*.

Elle affecte, dans certains cas l'allure de la *fièvre typhoïde* ou *mélitococcique* avec des intervalles d'apyrexie. Enfin, après Netter (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 17 novembre 1916), on ne saurait trop insister sur le *type pseudo-palustre* de la fièvre syphilitique.

Tous ces types évoluent pendant des mois et des mois si un traitement approprié n'intervient pas.

Quelle que soit sa durée, elle ne revêt jamais le caractère hectique. Cependant, à la longue, une déchéance de l'état général avec anémie relative, peut survenir. Mais, même dans ce cas, le malade se présente exceptionnellement à l'état de cachexie :

LA SYPHILIS FÉBRILE PSEUDO-TUBERCULEUSE, QUELLE QUE SOIT SA DURÉE, RAPPELLE LA BACILLOSE LATENTE.

Nous n'insisterons ni sur le *diagnostic*, ni sur la *pathogénie* de cette fièvre.

Y a-t-il des localisations viscérales associées? Il faut discuter, suivant les cas, le diagnostic des hépatites fébriles, des cholécystites, des pyélonéphrites, de la tuberculose pulmonaire ou des bronchectasies, du kala-azar, du paludisme, des leucémies, des spénomégalies.

L'atteinte viscérale est-elle, au contraire, absente et la fièvre constitue-t-elle l'unique symptôme, c'est le diagnostic des maladies générales qui entre en jeu : fièvre de Malte, septicémies diverses, endocardites infectieuses, paludisme, méningococcie, voire même cancer (surtout la carcinomatose qui est souvent fébrile) ou tuberculose.

Quant à la *pathogénie* de la fièvre syphilitique, elle reste discutée. Différentes théories se partagent les auteurs : décharges microbiennes, localisations toxiniques sur les centres nerveux ou enfin angiocholite. Cette dernière théorie rallie le plus de suffrages en raison de l'atteinte si fréquente du foie au cours de la syphilis. Nous avons vu d'ailleurs que même en cas de fièvre syphilitique essentielle, on constate souvent une hépatomégalie discrète, témoignage des lésions du foie d'après Chiray.

Le *traitement*, on le conçoit, est celui de la syphilis. Le diagnostic fait, c'est la guérison presque assurée du malade. Dufour a bien signalé certains cas qui résistent au traitement spécifique. Mais c'est là l'exception, car la fièvre syphilitique obéit d'une façon presque constante au traitement spécifique.

Le diagnostic causal est donc d'une importance capitale. Le tout est de penser à la syphilis, et c'est ce que l'on oublie trop souvent.

Liotard, dans sa thèse, recommande la prudence dans la conduite du traitement à cause de l'insuffisance hépatique légère qui est de règle.

Il commence par des injections intraveineuses quotidiennes de cyanure de mercure qu'il alterne ensuite avec de petites doses de novarsénobenzol.

Ce dernier médicament constituant seul un traitement d'attaque, on pourra même commencer par lui, quitte à employer au début de faibles doses et à utiliser d'autres voies d'introduction que la voie veineuse : voies sous-cutanée, intramusculaire ou rectale.

Si ce traitement est bien supporté, on augmentera les doses et on consolidera la cure par des injections intraveineuses de cyanure de mercure.

Le plus souvent la fièvre tombe dès les premières injections.

Les considérations qui suivent nos observations n'ont aucune prétention à la nouveauté. Nous avons tenu cependant à les exposer pour marquer une fois de plus combien la fièvre chez un malade peut être mal interprétée, et avec quelle facilité le diagnostic s'égare sur d'innombrables causes pathogènes.

Toutes les étiologies viennent à l'esprit du médecin ; aucune n'est la bonne.

Il nous paraît donc indispensable que l'on songe à la syphilis héréditaire ou acquise (souvent héréditaire) et qu'on y songe spécialement dans ces formes fébriles des jeunes et des adolescents, dites formes pseudo-tuberculeuses, où aucun symptôme organique ne permet de préciser un diagnostic. Lorsqu'on y aura pensé, la réaction de Bordet-Wassermann positive confirmera l'hypothèse. Si cependant cette réaction se montre négative (ce qui est exceptionnel), mais que les antécédents héréditaires ou

personnels laissent supposer qu'il y eut un jour la syphilis, le médecin n'a pas le droit de s'abstenir d'une thérapeutique active et prolongée. Il évitera ainsi à son malade des souffrances durables et bien souvent des stations dans les sanatoria, à sa famille les angoisses d'une tuberculose imaginaire, et s'épargnera à lui-même le reproche de ne pas avoir suffisamment observé et réfléchi.

LE SEUIL DE DÉCLANCHEMENT DES ACCIDENTS MORBIDES

EN PARTICULIER DANS L'APPENDICITE AIGUE ET SES COMPLICATIONS

Par M. le docteur A. CHAUVENET (de Thouars).

Sous l'influence manifeste des chirurgiens des petits centres, l'intervention à chaud dans les premières heures de la crise d'appendicite a fait un réel progrès ces dernières années.

Certains chirurgiens même ont fait de l'intervention à chaud une systématisation un peu exagérée.

Pour nous, qui sommes interventionniste sous certaines conditions, il nous paraît qu'il faille encore donner des arguments contre le dogme du refroidissement dont certains se font les défenseurs en se couvrant de ce que l'on appelle *l'expectative armée.*

Peut-on vraiment dire que cette attitude soit une garantie pour le patient?

A quels signes d'alarme le vigilant observateur se servira-t-il de ses armes et dans quelle mesure celles-ci seront-elles efficaces?

On sait bien la valeur des modifications de la température, du pouls, du facies; mais l'on sait aussi la relativité de cette valeur. Accélération ou ralentissement du pouls, divergence ou convergence de sa courbe avec celle de la température... Voilà des signes d'importance. Jeanneney et Piéchaud ont, à ce sujet, rappelé et généralisé à juste titre la valeur du *signe de Kahn.* Le professeur Chavannaz y attache de l'importance et l'enseigne. Mais il est des cas où l'étude du pouls de la température, du facies, des modifications de l'état de l'abdomen ne permettent pas de prévoir les accidents graves qui tout à l'heure vont apparaître avec une redoutable soudaineté.

Aussi bien n'est-ce pas pour insister là-dessus que nous écrivons ces notes. Mais plutôt pour insister sur ce fait que les signes d'alarme, même les plus subtils, n'apparaissent souvent au clinicien le plus avisé qu'après le déclanchement d'accidents contre lesquels l'acte chirurgical pourra ou n'agir qu'avec difficulté ou, même, rester impuissant.

En d'autres termes, nous croyons que le déclanchement des accidents anatomo-pathologiques (perforation, péritonite diffuse...) est très antérieur au déclanchement des signes cliniques qui les feront soupçonner.

Cela, d'ailleurs, passe le cadre de l'étude de l'appendicite aiguë. N'a-t-on pas pu se demander, dans le même ordre d'idées si la perforation en péritoine libre d'un ulcus gastrique n'était pas souvent antérieure de plusieurs heures au drame épigastrique qui en marquait l'expression clinique?

Voici une observation qui me paraît convaincante :

Observation I. — M. L. G..., cinquante et un ans, m'est envoyé par le docteur Delaroche (de Loudun), parce qu'il se plaint de douleurs abdominales avec arrêt des matières et des gaz, a de la fièvre et n'urine pas. Il s'agit d'un homme fortement taré : alcoolique avéré, syphilitique, soigné pour anévrisme de l'aorte avec crises d'angor.

Jusqu'à présent, il n'avait jamais souffert du ventre.

Il y a trois jours, il a été pris de violentes douleurs périombilicales s'accompagnant de naussées puis de vomissements, avec arrêt des matières et des gaz.

Quand je le vois, il a un visage rouge brique, un peu subictérique; son pouls bat à 80, mais est fortement irrégulier avec des intermittences, très faible.

Le ventre est ballonné, douloureux à la pression, surtout au niveau de la fosse iliaque droite où il y a de la contracture. Rien au toucher rectal.

Le malade n'a pas uriné depuis vingt-quatre heures; en le sondant, on retire 200 grammes d'urine très foncée fortement albumineuse et contenant du sucre.

Le foie est gros, débordant les fausses côtes; on sent très bien au-dessus du sternum les gros vaisseaux dilatés.

Il s'agit d'une crise d'appendicite au troisième jour chez un sujet taré et je juge prudent d'attendre. Je fais entrer le malade à la clinique où je lui fais subir le traitement classique : glace en permanence, diète.

Dès le lendemain, les douleurs se calment, la température tombe, le pouls se régularise, les urines se font plus abondantes. Le surlendemain, le malade fait des gaz.

Le troisième jour, la température et le pouls sont normaux et le malade a une selle spontanée. Le quatrième jour, tout semble rentré dans l'ordre : plus de fièvre, bon pouls, pas de contracture, pas de douleurs, aucun empâtement dans la fosse iliaque droite.

On continue cependant la diète hydrique et la glace.

Le cinquième jour, au matin (24 août 1926), le malade est réveillé par des douleurs abdominales atroces suivies bientôt de nausées et de vomissements.

Je le vois dix minutes après : le facies est déjà grippé, le pouls encore à 80 est redevenu irrégulier, le ventre atrocement douloureux au palper est uniformément contracturé.

Opération une demi-heure après sous anesthésie loco-régionale. Très longue incision de Jalaguier. Le péritoine ouvert, il s'écoule du pus fétide en grande abondance; ce pus est *libre.*

Les anses intestinales rouges et distendues sont couvertes de traînées purulentes et de fausses membranes verdâtres.

L'appendice est énorme, multi-perforé, entouré de coprolithes tombés dans la cavité péritonéale. Aucune réaction de défense autour de lui.

Appendicectomie, pose d'un Mikulicz imbibé de sérum anti-gangréneux; Murphy intra-rectal.

Guérison opératoire après de graves accidents d'insuffisance hépatique et rénale.

Il faut, dans ce cas, tenir compte des reliquats anatomo-pathologiques de la crise que l'on traitait. Cependant, on peut penser que la plupart des lésions trouvées à l'opération étaient récentes. Et celles-ci ne se sont, certes, pas développées entre le moment précis et brutal où elles ont été exprimées cliniquement et celui de l'opération faite quelques minutes après. Nous croyons fermement que la perforation, la péritonite étaient antérieures. très antérieures, au drame clinique qui nous a forcé à intervenir.

* * *

Les chirurgiens qui opèrent souvent les appendicites à chaud (c'est notre cas) ont tendance à exagérer la gravité de la crise pour laquelle ils sont intervenus s'ils ne considèrent que l'apparente gravité des lésions anatomiques.

Chacun sait que lorsqu'on opère à froid une appendicite qui fut marquée par une crise sévère (avec plastron, abcès...), il n'est pas rare de trouver un appendice d'aspect sain, libre d'adhérences, sans que rien, autour de lui, rappelle les lésions que l'examen clinique avait, six semaines avant, fait per-

cevoir (c'est même là un gros argument des temporisateurs).

Cependant il est des cas où il faut convenir des dangers probables que comportent certaines formes d'appendicite aiguë (forme gangréneuse, en particulier, avec appendice libre).

Il nous est arrivé d'intervenir dans des cas semblables sans que rien au point de vue clinique pût faire supposer la forme anatomo-clinique à laquelle on avait affaire.

Dans ces cas on peut se demander si l'on n'est pas intervenu *avant même le déclanchement des accidents cliniques d'alarme.*

Obs. II. — Mlle A..., dix-sept ans, m'est conduite par le docteur Roblin pour une crise d'appendicite datant de vingt-quatre heures.

La crise a débuté brusquement, sans troubles antérieurs proches ou éloignés, par des douleurs péri-ombilicales et par des nausées.

La malade entre dans mon cabinet en marchant sans paraître trop souffrir. Son teint est coloré (un peu rouge) son pouls est à 100, la température à 38 degrés (la malade vient de faire 15 kilomètres en auto).

Le ventre est un peu douloureux au point de Mac-Burney; il y a là un soupçon de contracture, pas de modification de la sonorité.

Opération un moment après (24 juin 1926) sous anesthésie à l'éther.

Incision de Jalaguier. Il y a un peu de liquide louche dans le ventre. L'appendice, long et libre, est turgescent. A sa pointe, sa paroi est mince comme une feuille de papier à cigarettes et absolument noire.

Appendicectomie (l'appendice était plein de pus sous tension et extrêmement fétide), enfouissement, fermeture sans drainage, guérison per primam.

On peut évidemment nous dire que, peut-être, de telles lésions n'auraient rien entraîné de grave par la suite. Mais n'a-t-on pas le droit de tout craindre d'une poche purulente aux parois gangrénées et que rien ne sépare de la grande cavité péritonéale?

Tous les chirurgiens ont opéré des cas semblables; nous sommes sûr qu'aucun n'a regretté son acte opératoire. Nous disions que dans ce cas on avait sans doute opéré avant le déclanchement des signes d'alarme. C'est qu'en effet on décrit des signes classiques de la gangrène appendiculaire que l'on considère comme une complication demandant une sanction opératoire immédiate.

Dans notre observation un examen minutieux de la malade ne nous avait montré aucun de ces signes et nous pensions avoir à opérer une banale et peu grave crise endo-appendiculaire.

*
* *

Avant de déterminer des phénomènes cliniques ou même purement subjectifs appréciables, le mal sommeille ou plutôt, fait son travail sourd jusqu'au moment où il *explose* littéralement après avoir dépassé le *seuil de déclanchement morbide.*

Cette notion de seuil est banale en biologie et nous ne pensons pas dire du neuf en employant cette expression dans le sens où nous la prenons.

Elle est à la base des notions que nous nous rappelons chaque jour en parlant d'une *invasion* brutale de pneumonie succédant à une silencieuse période d'*incubation.*

Un individu peut vivre avec des lésions appendiculaires en activité sans en être incommodé jusqu'au moment où la toxi-infection a franchi le seuil au delà duquel elle provoque des accidents tangibles pour le patient et pour le clinicien.

Il est rare, d'autre part, que l'évolution d'une maladie se fasse selon une courbe lentement et graduellement ascendante.

La plupart des affections suivent, pratiquement, une *marche scalaire.* C'est le cas qui se présente souvent au cours des occlusions intestinales. Au début, l'état général est bon, le pouls est à peine accéléré; le médecin croit bon d'attendre et d'observer, se promettant de faire opérer au moindre signe d'aggravation. Or, lorsque ce signe apparaît, il est souvent trop tard, car c'est tout d'un coup, avec une brutalité déconcertante, que les choses ont empiré. Les signes encore trop classiques de l'occlusion ne se sont pas installés peu à peu, mais ils ont apparu avec soudaineté.

C'est là le secret de bien des opérations trop tard conseillées.

Est-ce dire qu'il faille toujours opérer? C'est un non-sens. En matière d'appendicites, en particulier, on a écrit beaucoup à ce sujet. Il faudrait que chacun pense comme a dit si justement Michel à la Société de chirurgie de Marseille (1925). Il est des cas où il est du devoir du chirurgien de savoir attendre et observer. Mais il est bon qu'il sache la précarité de la symptomatologie fine qui permet de soupçonner la complication imminente.

Il faut qu'il sache que c'est par à-coups, par une ou une série de modifications brusques, sans transitions appréciables, que surviennent les accidents.

Tout cela diminue fortement la valeur de ce que l'on appelle l'*expectative armée.* Et même lorsqu'il s'agit de malades surveillés de très près, à l'hôpital, à la clinique (obs. I).

Nous nous rappelons en particulier deux malades:

Une jeune fille est soignée par un médecin des hôpitaux de Bordeaux, et non des moindres, pour une crise classique d'appendicite. Il soigne sa malade comme il faut, comme certains disent qu'il faut, et veille sur elle.

Un matin, sur une seule modification du facies, il appelle notre maître, le docteur Parcelier. Mais déjà, en quelques instants, s'est installé le tableau impressionnant de la péritonite généralisée. C'est une mourante qu'on opère et que rien ne peut sauver (1).

Une jeune femme est soignée dans un service de Clinique chirurgicale pour une crise d'appendicite. Un matin, alors que tout allait bien jusque-là, les douleurs se font plus vives, le facies se prend, le pouls s'accélère... On opère aussitôt. Il y a du pus très fétide autour de l'appendice gangréné. La malade meurt quelques heures après, malgré tout.

Et pourtant on est intervenu! D'observateur on est devenu actif au premier signe, au premier soupçon... Mais la complication qui faisait jusque-là son travail caché avait franchi le *seuil* et rien ne pouvait désormais en arrêter la marche.

Certes, on ne fait pas la pathologie avec des impressions. Mais les faits analogues ne sont pas rares et l'on oublie trop souvent de les publier.

S'il est acquis que l'intervention dans les premières heures d'une crise d'appendicite n'est pas plus meurtrière que celle pratiquée après refroidissement, la question est jugée, nous avons le moyen d'éviter de telles catastrophes.

Or, cela ne fait aucun doute pour nous. Nous ne nous sommes jamais repenti d'avoir opéré à chaud et nous avons souvent regretté d'avoir voulu attendre.

(1) Il y a quelques jours, un de nos confrères m'a amené un cas semblable avec, hélas, le même résultat thérapeutique.

C'est sans doute à cette conclusion que nous tendions.

Elle n'est pas à priori. C'est sur un nombre déjà grand d'interventions que nous avons établi notre raisonnement et notre conviction du danger qu'il y a à garder dans notre arsenal de formules médicales l'expression trompeuse d'*expectative armée* au cours du refroidissement systématique de la crise d'appendicite.

LIVRES NOUVEAUX

Les Cancers et leurs complications. Etude clinique de leur évolution (1), par Maurice Renaud.

De tous les jeunes, M. Maurice Renaud est assurément l'un des plus sympathiques. Non seulement par son caractère : contrairement à tant d'autres, il a su, en 1914, préférer à la guerre d'embuscade la guerre de tranchée, et, comme son ami de Martel, faire preuve du plus magnifique « cran ». Mais aussi, et surtout, par les tendances de son esprit, travailleur, chercheur, toujours à l'affût de quelque nouveauté, toujours prêt à monter à l'assaut de quelque vétuste théorie, adversaire ardent autant que loyal. Ne l'a-t-on pas vu, dans ces dernières années, apporter, sur la pathogénie de l'athrepsie, une conception hardie dont ont dû frémir les mânes de Parrot? Ne s'est-il pas attaqué au dogme de la syphilis considérée comme cause de toutes les affections viscérales et encore de quelques autres? Ne se lance-t-il pas maintenant à corps perdu dans l'étude du cancer, découvrant, sur ce sujet rebattu, le moyen d'écrire des pages originales, et qui, pour comble d'audace, pourraient bien être vraies? Chef de laboratoire studieux, médecin qui sait qu'être chargé d'un service hospitalier c'est avoir charge d'âmes, juge attentif et incorruptible, proposant d'enthousiasme la note infamante pour la très médiocre copie d'un candidat très recommandé, M. Maurice Renaud s'arrange pour satisfaire à toutes ses occupations et pour garder le sourire. Que dis-je? Ce diable d'homme trouve encore le temps d'écrire des livres.

Comment présenter son dernier-né? En faisant remarquer, avec l'auteur lui-même, que, contrairement à ce qui s'est passé dans l'étude de la plupart des maladies, c'est la clinique qui a le moins retenu l'attention des auteurs qui ont traité du cancer. C'est pour combler cette lacune qu'il a été amené à écrire ce livre, où il se propose de « dégager les faits essentiels et indiscutables de l'histoire du cancer, de suivre les étapes de leur développement et de déterminer le mécanisme des accidents qu'ils entraînent, afin de donner une peinture exacte de leur physionomie clinique ». De leur discussion, il conclut que les cancers n'ont pas de manifestation spécifique et que leur histoire clinique se réduit à celle des complications qu'ils provoquent. Conclusion qui, entre nous, ne pèche point par la timidité, mais qui se fonde sur des arguments sérieux, solides et nombreux. M. Maurice Renaud n'aurait-il pas fait sienne la devise d'Anatole France : « Agir contrairement au sens commun, c'est-à-dire conformément au bon sens? »

L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 311 pages. — Prix : 30 fr. — Paris 1926, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANÉVRISMES ARTÉRIO-VEINEUX [1]

Etat. — 1° *Signes fonctionnels.* — Sont presque toujours légers et variables.

a. Tantôt **signes d'hypovascularisation** surtout marqués après un effort prolongé. *Engourdissement, fourmillement,* crampe, *fatigue à la marche,* pesanteur dans le membre.

b. Tantôt des **douleurs** vives, irradiées, à type sciatique.

c. Tantôt et très souvent des **troubles circulatoires superficiels** :

Œdème léger, cyanose discrète.

Dilatation des veines sous-cutanées, et le malade vient alors consulter pour des varices.

d. Parfois, enfin, le malade a lui-même découvert sa lésion.

2° *Examen.* — Inspection :

a. Lorsque les **troubles circulatoires** existent : *œdème, cyanose, dilatation veineuse.*

L'unilatéralité retient déjà l'attention.

Mais ces troubles peuvent manquer.

b. Par contre, l'on retrouve toujours une ou **plusieurs cicatrices.**

Leur origine traumatique établie, leur siège dans la région vasculaire doit faire rechercher la lésion vasculaire.

Palpation et auscultation vont permettre le diagnostic.

1° L'on trouve, en effet, sur le trajet des vaisseaux une *petite tumeur* :

Pulsatile,
Peu expansive,
Molle et complètement réductible.

2° Surtout l'on constate un double symptôme :

L'on sent **un thrill** ou frémissement vibratoire *continu et à renforcement systolique.*

L'on entend **un souffle** intense, pathognomonique par son caractère dans le temps, car comme le thrill il est *continu à renforcement systolique.*

Enfin, souffle et thrill sont synchones du pouls et des battements cardiaques.

De plus, **leur intensité varie** suivant l'ancienneté de la lésion :

Très localisés, faibles si la lésion est récente;

Intenses, propagés à distance si la lésion est avancée.

Enfin :

a. Le souffle se propage dans les deux sens, et *plus en amont qu'en aval,* il est cependant maximum au niveau de la lésion, diminue à partir d'elle; bientôt seul, le renforcement systolique persiste et pourrait en imposer pour un anévrisme artériel.

b. La compression de l'artère,

Au-dessus de l'anévrisme, fait disparaître le souffle et le thrill;

Au-dessous, elle les exagère.

Parfois, par tâtonnement, l'on trouve un point localisé où la compression avec l'extrémité d'un corps mousse fait disparaître tous les signes (signe de Terrier).

Le diagnostic de l'anévrisme est facile.

Mais l'on ne manquera jamais d'étudier le retentissement de l'anévrisme sur l'appareil circulatoire.

1° **Le retentissement de l'anévrisme sur la circulation artérielle** a été l'objet d'études récentes.

La pression artérielle. — Pour les classiques était toujours diminuée en amont.

Grégoire a montré que, contrairement à l'opinion classique, *la pression était augmentée* et que :

Cette hypertension portant sur la maxima et la différentielle s'étend d'ailleurs à tout l'arbre artériel.

Le pouls est accéléré à 90, 100, mais fait curieux et important, la *compression de l'artère au-dessus de l'anévrisme* ou de la communication artério-veineuse *amène un ralentissement immédiat du pouls* (signe de Nadine Dobrowolskaïa).

Pour Grégoire, cette fuite sur le système artériel entraînerait des conditions circulatoires physiologiques, analogues à celle réalisée par une insuffisance aortique.

2° **Le retentissement sur la circulation veineuse** est complexe.

Tantôt, la dilatation veineuse superficielle est légère, *la pression veineuse au manomètre de Claude est peu augmentée.*

Ces faits pour Cunéo correspondraient aux cas récents.

Tantôt la *dilatation veineuse est intense,* la *pression considérablement augmentée,* soit localement, soit sur tout le territoire veineux, en même temps les veines sont devenus *pulsatiles.*

Ces faits, pour le même auteur, répondraient à des cas anciens.

3° **Le retentissement cardiaque.** — Ces modifications circulatoires retentissant bientôt sur le cœur gauche qui s'hypertrophie, puis sur tout le cœur :

Cliniquement,

Les troubles peuvent être légers : dyspnée d'effort, tachycardie,

Ou plus grave avec hépatomégalie et parfois même tableau de l'*asystolie aiguë.*

ÉVOLUTION

Pendant longtemps, l'anévrisme artério-veineux peut être bien toléré, aussi est-il classique de l'opposer à l'anévrisme artériel.

Il peut rester longtemps *sans s'accroître* et l'on cite quelques rares exemples de *guérison spontanée.*

Mais, pratiquement, l'anévrisme artério-veineux doit être considéré comme *incurable spontanément,* et bien que les deux grosses complications de l'anévrisme artériel, *la rupture, l'embolie,* ne soient pas à craindre, d'autres complications peuvent aggraver le pronostic.

A. En évoluant, il entraîne :

1° *Des troubles circulatoires* : œdème, quelquefois pseudo-éléphantiasique;

2° *Des troubles sensitifs* : douleurs névritiques vives;

3° *Des troubles moteurs* : hernie, impotence, raideurs articulaires;

4° *Des troubles trophiques,* enfin : atrophie musculaire, ulcérations rebelles.

B. Il peut, bien qu'à titre exceptionnel, *se transformer par oblitération en anévrisme artériel,* il en présente alors toute la gravité.

C. Enfin, l'*asystolie,* par retentissement sur le cœur droit, peut venir compliquer l'évolution et forcer à intervenir.

FORMES CLINIQUES

Suivant le siège, l'on peut multiplier les types; nous citerons les plus fréquents et les plus particuliers.

1° *L'anévrisme des gros vaisseaux de la base du cœur,* succédant à la rupture d'un anévrisme de la crosse de l'aorte, engendre rapidement des troubles cardiaques et la mort par asystolie.

2° Au cou, l'*anévrisme carotido-jugulaire*

Donne une *céphalée intense,* empêchant tout sommeil et le *souffle perçu par le blessé* l'obsède.

Des compressions peuvent exister pourtant sur le *pneumogastrique,* le *récurrent,* plus rarement le sympathique.

L'anévrisme des ax. sous claviers est grave et peut entraîner des compressions du plexus brachial.

3° Au bras :

L'anévrisme axillaire peut être assez longtemps bien toléré.

L'anévrisme du pli du coude était fréquent autrefois lors de la saignée. (*A suivre.*)

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 24, p. 407.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Séance du 28 mars. — Questions données à l'écrit : « Astragale. — Les ankyloses de la hanche. »

GUERRE. (Troupes coloniales. Active). — Sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. Letonturier, Vivie, Couvy, Faucherand.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. Cazanove, Carmouze, Botreau-Roussel, Tardif.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. Ernault, Robert, Sarramon, Huot, Soulayrol, Tournier, Vincens, Rault, Heivier, Labernardie.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. Lesconnec, Leroy, Fournials, Galland, Picot, Marion, Farinaud, Ott, Gaudard, Dumas, Michaud, Le Rouzic, Le Gac, Chapuis, Hérivaux, Laquieze.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bidault (des Maillys), Faulong (de Fontenay-aux-Roses), Garnier (de Moulins-sur-Manche), Hattat (de Chatou), Hybram (du Tarf), Schieffer (de Tlemcen).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Boudot (de Toulon), Camus (d'Avesne-le-Comte), Chatenay (de Lyon), Courcel (d'Oran), Galonnier (de Marseille), Kemhadjian Mihran (de Paris), Laperche (de Saint-Denis), Lévesque (de Luneray), Mazen (de la Seyne), Molbert (d'Orléansville), Perrot (d'Oran), Reboul-Lachaux et Sauvan (de Marseille), Schickelé, médecin principal; Turc (de Quissac).

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or est décernée, à titre exceptionnel, à M. le docteur Henri Daynes (de Rabat).

MÉDAILLES D'HONNEUR DES ASSURANCES SOCIALES. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Mauran (de Saint-Martin-du-Var), Marcombes (de Clermont-Ferrand), Faullimel (de Bischwiller), Chleyer (de Wissembourg), Sorguis (de Schiltigheim), Wagner (de Barr), Weill (de Strasbourg), Kleinknecht (de Mulhouse), Meyer (de Kaysersberg), Georges Alexandre, Foll et André Riche (de Paris).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Bonnet et Eveno (de Nice), Vaucher (de Strasbourg), Leroux-Robert (de Paris), Pfiffer (de Grönenbourg).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Jurascheck (de Rouffech), Degouy (de Paris).

HOMMAGE AUX MÉDECINS MORTS POUR LA FRANCE. — Le dimanche 3 avril, à 10 h. du matin, l'Association amicale des anciens médecins des corps combattants se réunira à la Faculté de médecine devant la plaque commémorative des médecins et étudiants morts au Champ d'honneur, pour rendre hommage à la mémoire de leurs camarades.

L'Association convie ses membres et le Corps médical tout entier à participer à cette pieuse manifestation.

Les familles des camarades morts pour la France sont cordialement invitées à la cérémonie.

Pour tous renseignements, s'adresser au président de l'A. A. A. M. C. C. : docteur Clovis Vincent, médecin des hôpitaux, 78, avenue Kléber.

CENTENAIRE DE LA NAISSANCE DE LISTER. — Les cérémonies commémoratives de la naissance de Lister commenceront à Londres la semaine prochaine.

Le 4 avril, réception par S. M. le roi Georges V.

Le 5 avril, séance solennelle à la Société royale de Londres.

Remise des adresses. Trois discours seulement seront prononcés, dont l'un par M. le professeur Hartmann.

M. Bazy est délégué de l'Institut. MM. Hartmann et Achard, délégués de l'Académie de médecine.

Le 5 avril, au soir, dîner offert par la Corporation des marchands tailleurs.

Le 6 avril, cérémonie commémorative à Westminster.

DEUXIÈMES JOURNÉES MÉDICALES ET VÉTÉRINAIRES MAROCAINES. — La Société de médecine et d'hygiène du Maroc, le *Maroc médical* et les divers groupements médicaux et vétérinaires du Maroc organiseront, pendant les vacances de Pâques 1928, de nouvelles Journées médicales.

MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — « Les médecins Parisiens de Paris » se sont réunis le 24 février en un joyeux dîner qui fut suivi de l'assemblée générale annuelle, sous la présidence du docteur Devraigne. Le trésorier et le secrétaire général firent ressortir dans leurs rapports, l'un la prospérité financière de cette Amicale, et l'autre son heureux essor. Fondée en 1924, par 56 médecins Parisiens, cette Société groupe aujourd'hui 150 confrères et des candidatures nouvelles sont annoncées à chaque réunion.

Enfin, eut lieu l'élection du bureau pour 1927, qui est ainsi conposé : président d'honneur, M. le professeur Charles Richet; président, M. le docteur Paul Blondin; vice-présidents MM. les docteurs Duclaux et Vitry; secrétaire général, M. le docteur Pierre Prost; trésorier, M. le docteur Jules Bongrand.

Cinquante convives assistaient à ce dîner, nombre qui fait bien augurer du succès du *grand dîner annuel* de cette Société qui aura lieu le *5 mai prochain*. Celui-ci sera suivi d'une soirée artistique et dansante.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au secrétaire général, M. P. Prost, 119, boulevard Malesherbes, Paris (8e).

BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Une soirée de bienfaisance au profit des veuves et orphelins du Corps médical aura lieu le samedi 7 mai prochain dans les salons du ministère de l'Intérieur sous le patronage de l'Association générale des médecins de France et de la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins. Cette manifestation comportera essentiellement un bal précédé d'une soirée artistique avec le concours de Mme Marie Kummer et son école, Mlle Lily Laskine, de l'Opéra, harpiste solo des Concerts Lamoureux, Mme Mary Marquet, de la Comédie française, Mlle Andrée Melchissédec et du chansonnier Chepfer.

Prix du billet : 50 fr. Pour une famille : premier et deuxième billets, 50 fr.; les suivants, 25 fr.

Internes des hôpitaux et étudiants en médecine : le billet, 25 fr.

On trouve des billets : docteur J. Bongrand, 5, rue de Surène, Paris (VIIIe); docteur Abel Watelet, 21, rue Violet, Paris (XVe).

CONGRÈS

LA IIe RÉUNION MÉDICALE DE NANCY

La deuxième Réunion médicale de Nancy s'est tenue à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le doyen Spillmann, en présence de plus de cent cinquante praticiens lorrains et luxembourgeois.

Dans la matinée, au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique, M. le professeur Etienne, qui avait choisi comme sujet de sa conférence : « Quelques syndromes fonctionnels nouveaux en médecine », étudie d'abord l'insuffisance ventriculaire gauche et ses manifestations précoces; à propos du mal de Bright il s'attache à divers syndromes rénaux : rétentions chlorurée et azotée, hypertension sans albuminurie, néphrite albumineuse; enfin, arrivant aux syndromes neurologiques, il insiste en particulier sur l'encéphalite et ses diverses formes. C'est ensuite M. le professeur Froelich qui, à propos du « traitement de la paralysie infantile », rappelle brièvement la pathogénie de l'évolution de cette affection, puis expose en détail les méthodes thérapeutiques récentes : radiothérapie, diathermie, sérothérapie et traitements orthopédiques et chirurgicaux proprement dits. Ces deux conférences, très documentées, sont accompagnées de projections photographiques et de présentations de malades. Puis a lieu à l'hôpital civil, sous la direction de Mme la supérieure Sœur Louise et de M. Gauguery, chef des services administratifs des hospices, une visite détaillée des nouveaux pavillons chirurgicaux du service de M. le professeur Vautrin et de la pension Bonsecours.

A 12 h. 30, la plupart des participants se réunissent à l'Hôtel Thiers, autour d'un déjeuner amical présidé par M. le doyen Spillmann qui, au dessert, remercie en une allocution cordiale les conférenciers et leurs auditeurs de leur empressement à assurer le succès des Réunions médicales de Nancy.

Dans l'après-midi, tous se retrouvent au grand amphithéâtre de la Faculté. M. le professeur André y détaille « les procédés actuels d'exploration des fonctions rénales en chirurgie urinaire, leur valeur et leurs résultats » ; il envisage en particulier, outre la recherche banale de l'albumine urinaire, le dosage de l'urée sanguine et son complément la constante d'Ambard, l'épreuve de polyurie expérimentale, le cathétérisme urétéral qui permet l'étude séparée de l'urine de chacun des deux reins. Enfin, M. le professeur Fruhinsholz rapporte les conceptions actuelles sur « le traitement de l'infection puerpérale en clientèle »; essentiellement prophylactique, reposant sur l'emploi rationnel et judicieux des procédés antiseptiques (usage des gants et des doigtiers, évidement des rétentions cotylédonnaires, sérothérapie), il est avant tout abstentionniste et médical, et les procédés chirurgicaux sont de plus en plus rarement de mise.

La journée se termina par une visite rapide des travaux — d'ailleurs très avancés — de la nouvelle Maternité.

La deuxième Réunion médicale de Nancy, dont l'organisation ne le céda en rien à celle de la première, a rencontré le même succès que son aînée. Les professeurs de la Faculté lorraine et le Comité d'organisation peuvent, à bon droit, se féliciter de la formule de « journées séparées » qu'ils ont instituée, et dès maintenant on peut escompter l'entière réussite de la troisième Réunion, dont la date a été fixée au 15 mai prochain.

Dr LOUIS MERKLEN.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

POSTE DE CAMPAGNE, susceptible gros rapport. — S'adresser S..., bureau du Journal.


GRANULÉ DE FERROPHYTINE MARQUE CIBA
FERROPHY
FORTOSSAN "CIBA"
Phytinate de Quinine

REVUE GÉNÉRALE

FORMES CLINIQUES DES TUMEURS MALIGNES DU NASO-PHARYNX

Par M. le docteur MOUNIER-KUHN,
Ex-interne des hôpitaux de Lyon.

Les tumeurs malignes du naso-pharynx ont été, depuis vingt ou trente ans, très étudiées en oto-rhino-laryngologie et, pour s'en tenir aux publications les plus récentes, elles ont fait l'objet des thèses de Baranger (Paris, 1926), de Mayoux (Lyon, 1926), de Jusserand (Lyon, 1926) et de celle, un peu plus ancienne, de Nectoux (Lyon, 1921).

Si leur étude clinique est aujourd'hui un point bien précisé, par contre, leur traitement est encore très aléatoire et donne rarement des résultats durables; aussi y a-t-il un intérêt capital à faire, de ces néoplasies, le diagnostic le plus précoce possible.

C'est dans ce dessein, essentiellement pratique, que nous avons réuni les éléments de cette Revue générale, car, malgré l'abondance des documents, des observations, des études d'ensemble, amassés dans les Revues spécialisées depuis la thèse de Laval (Toulouse, 1904), on a un peu l'impression que les néoplasmes du cavum apparaissent, dans la pratique courante, comme une affection, rare d'abord et ensuite un peu mystérieuse dans sa symptomatologie et difficile dans son diagnostic.

Et tout d'abord, quelle est la fréquence des tumeurs du rhino-pharynx? Deux statistiques contemporaines vont nous renseigner sur ce point.

La première, celle de Sekoulitch nous montre que sur 120.000 malades examinés à la clinique oto-rhino-laryngologique du professeur Moure, à Bordeaux, 1.034 présentaient des tumeurs malignes, dont 25 étaient localisées au cavum, ce qui fait une proportion de 2,4 p. 100 des cancers de la sphère oto-rhino-laryngologique.

Encore, faut-il noter que le début de cette statistique remontant à quarante années, bien des tumeurs du cavum ont dû passer inaperçues chez les 20 ou 30.000 premiers consultants. Sekoulitch montre également que, dans l'ordre des localisations, le naso-pharynx vient au dixième rang après le larynx, la langue, l'œsophage, etc...

La deuxième statistique, celle de Jusserand offre plus d'intérêt, puisqu'elle montre la fréquence des néoplasies du cavum parmi les malades présentant des tumeurs malignes de tous ordres, qui sont examinés dans un centre anti-cancéreux (Lyon). Malheureusement, cette statistique est un peu restreinte, ne portant que sur 900 observations. On y voit que le pourcentage des tumeurs du cavum est de 1 p. 100. Il n'est donc pas de praticien qui n'ait l'occasion de voir une ou plusieurs de ces néoplasies.

En second lieu, est-il vrai que les cancers du naso-pharynx méritent leur réputation d'extrême difficulté de diagnostic?

On a trop tendance à considérer les affections relevant du domaine d'une spécialité, quelle qu'elle soit, comme différentes de celles relevant de la médecine ou de la chirurgie générales : il n'y a pas plusieurs pathologies, il n'y en a qu'une. Les tumeurs du cavum ne font pas exception à cette règle. Et nous voudrions essayer de le montrer en nous appuyant sur un court rappel d'anatomie. Qu'est le cavum, sinon une cavité, assez vaste chez l'adulte, en arrière des fosses nasales, au-dessus de l'arrière-bouche (pharynx buccal) et située au-dessous de la région médiane de la base de l'étage moyen du crâne. Rappelons encore que les trompes d'Eustache débouchent sur les parois latérales du cavum et que, tout proches de lui, sortent du crâne, par une série d'orifices, des nerfs importants dont la souffrance se marque de façon bruyante : nerf optique, nerfs moteurs de l'œil (IIIe, IVe, VIe paires), nerf trijumeau.

Le cavum est une cavité; c'est dire que toute tumeur qui se développera dans son intérieur n'aura pas de symptomatologie fonctionnelle propre, tant que, par l'accroissement de son volume, elle ne troublera pas la physiologie normale des régions voisines (respiration nasale, phonation, déglutition). Pendant ce premier stade (dit de début), le néoplasme ne peut donc avoir qu'*une symptomatologie d'emprunt*, qu'*un masque* qui, sous les apparences de l'affection la plus banale, va contribuer à égarer pendant des semaines, des mois et même des années (Aboulker, Jovin) tous les efforts diagnostiques.

Cette restriction faite, due au point de départ de la tumeur, on rencontre au niveau du rhino-pharynx, comme en n'importe quel point de l'organisme, des néoplasies épithéliales, conjonctives, lymphoïdes. Là, comme ailleurs, l'épithélioma aura une forme infiltrante, une forme ulcéreuse, une forme bourgeonnante et donnera volontiers des métastases ganglionnaires; le sarcome aura moins d'affinité pour les ganglions, mais plus pour le squelette qu'il effondrera, comprimant et englobant les nerfs voisins; les tumeurs lymphoïdes ne seront qu'une localisation d'une affection généralisée à l'ensemble du système lymphoïde (Barret de Nazaris), etc...

Il faut donc, en résumé, *avoir le réflexe d'interroger le cavum* en présence de l'affection la plus banale, surdité, paralysies oculaires, adénopathies cervicales, trismus, comme c'est un réflexe de rechercher le signe de Westphal ou celui d'Argyll-Robertson, chez un sujet qui se plaint de crises gastriques.

*
* *

Comme *définition*, nous accepterons celle d'Aboulker : « Sous le nom de tumeurs malignes du naso-pharynx, j'entends désigner les néoformations qui prennent leur origine en un point quelconque de la cavité naso-pharyngienne, et sont constituées par un tissu pathologique à caractère envahissant, tel que le tissu d'épithélioma ou de sarcome. Cette définition laisse en dehors du cadre de ce travail, d'une part, les polypes naso-pharyngiens, tumeurs fibreuses nées dans les fosses nasales, susceptibles de présenter une transformation sarcomateuse plus ou moins étendue; d'autre part, tous les épithéliomas ou sarcomes qui, partis des fosses nasales, du pharynx buccal, de la cavité cranienne ou même de l'oreille moyenne parviennent à un moment de leur évolution à envahir le naso-pharynx. »

Comme tous les plans, celui que nous nous proposons de suivre comporte une part d'arbitraire et de conventionnel, cependant, après ce que nous venons d'exposer, il nous semble que nous respecterons le plus étroitement possible la vérité clinique en distinguant les formes suivantes :

I. — Les divers modes de début : **Formes cliniques de début.**

1° *Forme respiratoire.*
2° *Forme ganglionnaire.*
3° *Forme névralgique ou céphalagique* et *forme otalgique.*
4° *Forme auriculaire.*

II. — **Les formes évolutives** (que nous restreindrons intentionnellement à deux).

1° *Tumeurs tubaires ou péritubaires.*
2° *Forme classique.*

*
* *

I. **Formes cliniques de début.** — Selon le siège d'implantation ou le point de départ de la tumeur, les premiers signes cliniques qui peuvent attirer l'attention sur elle sont assez constants et, en général, suffisamment groupés pour que l'on ait pu isoler un certain nombre de formes de début bien individualisées et qui répondent chacune à l'un des cas que l'on peut voir en pratique.

Elles constituent chacune un SYNDROME dont la constatation doit toujours inciter à rechercher les véritables éléments du diagnostic d'une tumeur maligne du naso-pharynx à son début, car il y a lieu de souligner à nouveau que, par leur situation profonde, leur développement initial dans une cavité, les tumeurs malignes du naso-pharynx peuvent évoluer, pendant un certain temps, sans symptômes propres.

1° **Forme respiratoire à symptomatologie banale nasale ou naso-pharyngée** (Laval). — C'est la plus anciennement reconnue, car elle attire l'attention d'une façon assez précoce sur les voies respiratoires supérieures, sur le cavum; mais, si l'on constituait une statistique des modes de début de ces néoplasies, nous croyons que cette forme banale serait loin de compter la majorité des cas. En effet, elle correspond à une implantation de la tumeur, soit à la voûte du cavum, soit dans le récessus ethmoïdosphénoïdal, soit sur le pourtour des choanes, éventualités qui, à la lueur des travaux récents, ne sont, en somme, pas les plus fréquentes.

Quels sont les signes qui caractérisent cette forme; on sent bien, dès maintenant, qu'aucun n'est défini et que, pris individuellement, ils n'ont aucune spécificité, et que, même par leur groupement, ils ne peuvent que traduire l'*obstruction de la fosse nasale* du côté correspondant à la tumeur.

C'est avant tout la *gêne respiratoire.* C'est d'une façon assez précoce que les malades se plaignent de ne pouvoir respirer librement; le plus souvent, ce trouble est *unilatéral* et il apparaît parfois alors que la tumeur n'a encore qu'un développement très minime. La respiration nasale est gênée ou même supprimée si les deux fosses nasales sont prises. Les malades dorment la bouche ouverte et accusent au réveil une sensation de sécheresse des muqueuses bucco-pharyngées qui, parfois, les incommode.

Cette obstruction nasale unilatérale est parfois cependant tolérée pendant assez longtemps, soit que les malades la fassent remonter à un épisode aigu de catarrhe nasal, soit qu'elle ne les inquiète pas; elle est apparue, disent-ils, au moment d'un rhume, avec son cortège habituel de congestion nasale, d'écoulement muco-purulent, etc. Bientôt, et parfois sur le même plan que l'obstruction nasale, apparaît une *sécrétion muco-purulente*, elle aussi *unilatérale*; du fait de l'obstruction, il y a une mauvaise aération de la fosse nasale, les sécrétions s'accumulent; il se produit de la rhinite subaiguë et apparaît un jetage unilatéral. Malgré leurs efforts pour se moucher, les malades n'arrivent pas à désobstruer leurs fosses nasales ni à se débarrasser de la sensation de corps étranger dans l'arrière-nez. Parfois, viennent se surajouter des *epistaxis* auxquelles on accorde les caractères des hémorragies néoplasiques, c'est-à-dire qu'elles sont peu abondantes, qu'elles surviennent sans causes appréciable, qu'elles se répètent, qu'elles sont capricieuses et que parfois elles arrivent à produire un état d'anémie intense.

Malgré la persistance de ces symptômes, pendant des semaines, parfois des mois, les malades continuent à avoir un *excellent état général* et à ne présenter aucun symptôme inquiétant. Peu à peu cependant, et malgré les traitements anodins que l'on a pu prescrire, l'obstruction nasale unilatérale, avec son cortège d'écoulement et d'epistaxis va gagner la deuxième fosse nasale et accentuer encore la gêne respiratoire; la phonation est troublée; le son de la voix devient nasillard.

Tels sont, en somme, les symptômes, — et nous voulons les répéter : obstruction nasale unilatérale, écoulement muco-purulent, epistaxis, — qui, persistant sans cause appréciable, doivent, chez un sujet d'un certain âge, *homme le plus souvent*, inciter à faire un examen complet des fosses nasales et du cavum.

2° **Forme ganglionnaire** (Laval). — Cette forme, plus que la précédente, a été l'origine de nombreuses et durables erreurs de diagnostic. Elle se présente le plus schématiquement possible de la façon suivante :

Un homme, aux alentours de la cinquantaine voit peu à peu et très insidieusement apparaître une petite *tuméfaction de la face latérale du cou*, le long du paquet vasculo-nerveux. Tantôt la première tuméfaction se produira au début de la chaîne carotidienne, au niveau du ganglion principal de Poirier, rétro ou sous-angulo-maxillaire, tantôt dans le creux sus-claviculaire, à la base du cou, tantôt enfin en un point quelconque de la chaîne ganglionnaire cervicale.

En règle générale, cette tuméfaction est, à son début du moins, elle aussi, unilatérale. Peu à peu elle va augmenter de volume, ne présentant d'autres symptômes que ceux résultant de son accroissement et, suivant le degré de négligence du malade, celui-ci ne viendra consulter que lorsqu'elle aura acquis le volume d'une noix, parfois d'une mandarine, parfois même d'un poing d'adulte. En outre, ces ganglions sont durs, peu mobiles et la peau est parfois fixée à leur niveau.

A ce moment même, on ne songera guère à une tumeur du naso-pharynx; un examen rapide ayant assuré qu'il ne s'agit ni de la langue, ni du plancher de la bouche, ni du larynx, une biopsie pourra être faite qui montrera la nature cancéreuse de cette tumeur ganglionnaire, et combien de fois n'a-t-on pas porté le diagnostic de cancer primitif des ganglions.

Dans d'autres cas et selon l'humeur du chirurgien ou l'âge du malade, on portera le diagnostic d'adénopathie banale, de ganglions tuberculeux; enfin, il est arrivé assez souvent qu'on a fait l'ablation de ces ganglions ou que l'on a incisé ce que l'on croyait être un adéno-phlegmon aigu (Jeanneret) ou bien on a envoyé des malades aux eaux (Jovin).

Il faut d'ailleurs bien savoir que ces adénopathies, selon la nature de la tumeur initiale et selon son siège, peuvent être *extrêmement précoces*. C'est ainsi que dans un cas de Verneuil et Flour, les ganglions furent constatés cinq ans avant qu'une paralysie recurrentielle, puis de l'obstruction nasale ne fissent reconnaître un cancer du rhino-pharynx.

Quatre ou cinq ans s'écoulent également dans une observation américaine (New) avec cinq interventions; deux ans enfin dans une observation de Lemaitre où l'on fit l'ablation de ces ganglions qui furent considérés comme tuberculeux, etc...

Aujourd'hui, où l'on est plus éclairé sur la fréquence de ces adénopathies précoces dans les cancers de la face et spécialement du cavum, on songe davantage à rechercher leur point de départ. Il faut donc retenir de cette forme sa *précocité d'apparition* et son *indice de gravité* puisqu'elle traduit déjà l'essaimmage des cellules cancéreuses.

3° **Forme névralgique ou céphalalgique** (Aboulker) **et forme otalgique.** — C'est le spécialiste d'Alger qui a décrit le premier cette forme clinique. S'il en est une qui puisse donner lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic, c'est celle-là. Dans son article de 1912, Aboulker raconte en détail les mésaventures successives de son malade qui, pendant dix-sept mois, parcourut toute l'Europe, recherchant le soulagement de douleurs craniennes extrêmement violentes dont il souffrait; ce malade fit même un séjour dans une maison de santé car on avait cru à des troubles purement fonctionnels.

Les douleurs que ressentent les malades dans ce type clinique sont essentiellement variées d'aspect; ce peuvent être, soit des céphalées frontales continuelles très intenses, ne laissant au sujet aucun répit et durant pendant des mois; parfois, elles sont localisées dans la région occipitale, parfois elles apparaissent sur le pourtour de l'orbite ou sont localisées derrière le globe oculaire; parfois enfin, constituant un type plus précis, elles revêtent l'aspect d'otalgies; cependant, l'examen de l'oreille et du tympan ne montre aucune modification pathologique, aucun signe inflammatoire. Il s'agit, évidemment, d'une irradiation douloureuse comme on en voit, si souvent, chez des sujets atteints d'ulcération de la langue, du pharynx, du larynx.

Ces douleurs, quel qu'en soit le siège, traduisent l'atteinte précoce de filets nerveux à la base du crâne par le processus néoplasique. Elles semblent plus particulièrement fréquentes lorsque le siège de la tumeur est au niveau de la voûte du cavum ou du récessus ethmoïdo-sphénoïdal (Aboulker). Aussi dans la règle, s'accompagnent-elles, si ce n'est à leur début, du moins peu après, de quelques signes d'obstruction nasale, ce qui permet à un clinicien un peu investigateur de les rapporter à leur véritable cause et de songer à une tumeur du cavum.

Nous voudrions rattacher à cette forme névralgique un mode de début un peu différent, qu'on pourrait appeler *forme neurologique*; elle a été décrite par Jacod qui en a rapporté une observation typique; son malade avait été reçu dans un service de neurologie pour de la céphalée, des névralgies, de la cécité unilatérale succédant à des troubles visuels et à de la diplopie. Ce n'est qu'à un examen plus complet qu'on trouva de l'hypoacousie et de l'obstruction nasale masquées par les symptômes nerveux, plus bruyants. Le plus souvent, il s'agit dans ces cas d'une tumeur tubaire et nous y reviendrons plus longuement. Cependant, Rebattu et Proby ont insisté récemment sur ce fait que les cas à paralysies oculaires précoces concernent plutôt des tumeurs implantées à la voûte du cavum.

4° **Forme auriculaire** (Jacod), — Cette forme est la dernière venue dans l'individualisation des modes de début des tumeurs du cavum; elle est peut-être la plus importante, car elle correspond à un point de départ bien précisé de la tumeur; c'est la région du pavillon de la trompe ou la trompe cartilagineuse elle-même. C'est surtout aux travaux de l'école lyonnaise que l'on doit d'en connaître aujourd'hui tous les détails.

Les phénomènes se présentent en général de la façon suivante :

Les premiers signes sont une *surdité*, sans caractères particuliers avec des bourdonnements variables; cette surdité est du type de l'oreille moyenne, c'est-à-dire qu'elle s'accompagne d'autophonie : le malade entend résonner exagérément sa propre voix, la mastication est désagréable parce qu'elle produit un bruit perceptible pour le malade. Celui-ci a la sensation d'avoir l'oreille bouchée et souvent, comme il a tendance à en faire coïncider le début avec une grippe ou un coryza, on porte le diagnostic de *catarrhe tubaire*, on cherche alors à soulager le malade par des cathétérismes de la trompe qui parfois sont faciles à faire et soulagent immédiatement; dans d'autres cas, ils peuvent être difficiles, parfois même impossibles ou bien donnent l'impression d'une obstruction tubaire et n'améliorent qu'imparfaitement la surdité. Dans ces cas il n'est pas rare de constater sur le bec de la sonde quelques filets de sang et on incrimine un cathétérisme mal fait.

Puis peu à peu les phénomènes s'accentuent et l'examen otoscopique montre l'existence d'un peu de liquide dans la caisse. Une paracentèse qui permet d'évacuer quelques gouttes de liquide citrin rétablit immédiatement l'audition; mais, en peu de jours, le tympan se referme; une nouvelle quantité de liquide apparaît et l'on est obligé de multiplier les paracentèses, qui finalement ne soulagent le malade que pour un laps de temps de moins en moins long.

Dans d'autres cas enfin, et cette éventualité peut être, soit primitive, soit secondaire à la phase de catarrhe tubaire, une *otite moyenne aiguë* peut se déclarer avec son cortège habituel de douleurs, de retentissement sur l'état général et d'écoulement de liquide purulent. Après une paracentèse ou une perforation spontanée du tympan, tout peut rentrer dans l'ordre, ou bien au contraire, se compliquer, et l'on voit apparaître les signes d'une mastoïdite qui parfois nécessite une trépanation mastoïdienne et l'on a même vu des évidements pratiqués dans des cas de ce genre, mais alors, il s'agit souvent de lésions déjà anciennes et il est arrivé que l'on aperçoive dans la caisse des prolongements poussés par la tumeur à travers la trompe osseuse.

Dans cette forme auriculaire peuvent aussi apparaître d'une façon précoce des *symptômes nerveux* : paralysies (nerfs moteurs de l'œil) ou névralgies (trijumeau). Ces symptômes traduisent l'extension de la tumeur à la base du crâne et nous les envisagerons plus longuement à la période d'état.

Mais, avant les paralysies, avant même les névralgies, apparaît un autre symptôme précoce, parfois contemporain des signes auriculaires : c'est une *douleur unilatérale profonde*, sourde mais tenace,

du même côté que l'hypoacousie. Ce signe, sur lequel on n'a, jusqu'à maintenant, pas assez insisté, présente, pour Jacod, une énorme importance : « Toutes les fois qu'un malade, ayant dépassé quarante ans, présente à la fois des douleurs profondes unilatérales inexplicables, et une otite moyenne subaiguë persistante, dont on ne trouve pas une cause inflammatoire manifeste, je crois qu'on doit se méfier d'une tumeur maligne péritubaire et pousser le malade à subir des examens répétés du naso-pharynx. »

Tels sont, en somme, les principaux aspects cliniques sous lesquels peuvent se présenter les tumeurs du cavum à leur début. *Aucun n'amème d'emblée à l'examen du rhinopharynx*; bien souvent le diagnostic hésite (New a pu constater que sur 79 malades examinés à la clinique Mayo, on avait pratiqué antérieurement 74 interventions : opérations endonasales, mastoïdectomies, paracentèses, avulsions dentaires, etc.); bien souvent aussi, le malade ne vient pas consulter à ce moment et attend que les symptômes se soient étendus, aggravés, mais aussi précisés.

*
* *

II. **Formes évolutives.** — Nous croyons qu'il est bon d'individualiser plus particulièrement les tumeurs tubaires ou péritubaires dont la symptomatologie est très caractéristique et qui présentent une évolution toute spéciale. Leur connaissance est en grande partie due aux travaux de Jacod et à ceux de l'Ecole lyonnaise, et nous suivrons la description qu'il en a faite, puis nous décrirons la forme classique des tumeurs du naso-pharynx, plus banale et qui répond aux descriptions les plus habituelles, quoique peut-être cette forme soit la moins fréquente.

1° **Tumeurs tubaires et péritubaires.** — *Il faut les considérer comme des tumeurs de la base du crâne à développement sous et intracranien.* Du fait de leur implantation sur la face latérale du cavum au niveau de l'origine de la trompe et à la base du crâne, elles présentent deux grands ordres de symptômes : les symptômes auriculaires et les symptômes nerveux.

Les premiers répondent d'une façon très exacte à la forme auriculaire que nous avons décrite plus haut. C'est d'ailleurs là le mode de début habituel de ces tumeurs tubaires; du moins est-ce celui des sarcomes de la trompe d'Eustache (Jacod) qui paraissent être les néoplasies les plus fréquentes de cette région.

Si au contraire il s'agit d'un épithélioma, à côté du début auriculaire, on a pu rencontrer un début ganglionnaire ou parfois d'obstruction nasale (Proby).

a. *Les sarcomes de la trompe d'Eustache (et les épithéliomas de la trompe qui sont guidés dans leur propagation par les mêmes formations aponévrotiques péritubaires* [Truffert]).

Ils peuvent siéger en un point quelconque de la trompe cartilagineuse ou bien au niveau de son orifice pharyngé.

Outre les *signes auriculaires* que nous avons déjà décrits et qui prennent le plus souvent, nous le rappelons, l'aspect d'un catarrhe tubaire avec ou sans rétention de liquide dans la caisse, nous trouvons maintenant des *symptômes nerveux*.

Cette atteinte très précoce des nerfs est due aux rapports étroits que présente la trompe cartilagineuse avec la base du crâne dans son étage moyen, c'est-à-dire avec le trou ovale et le trou petit rond en avant d'elle, le trou déchiré antérieur à son niveau et, séparés de la trompe par la paroi osseuse dont nous venons de montrer les déhiscences, d'une part le ganglion de Gasser dans sa fossette ostéo-fibreuse, d'autre part, et très proche, le sinus caverneux avec sa paroi sillonnée par des branches nerveuses et en dedans de lui le nerf optique.

« Il suffira donc à une tumeur d'aborder cet espace très limité pour provoquer aussitôt un ensemble de troubles sensitifs et moteurs bien groupés, et toujours groupés ainsi, sans adjonction d'autre paralysie tronculaire. Les six premières paires sont toujours touchées; à partir de la VIIe les autres ne le sont pas. Il existe là une ligne de démarcation qui paraîtrait curieuse si on ne se reportait à la disposition anatomique de la région, où la tente du cervelet, solidement implantée sur le bord supérieur du rocher, sépare des précédents les nerfs de la face interne de cet os. »

« Cliniquement, l'atteinte des II, III, IV, V et VI se traduit par les symptômes suivants, sensitifs, moteurs et sensoriels. Les malades insistent sur les premiers : céphalée temporale profonde continuelle et que renforcent des exacerbations névralgiques dans l'hémiface correspondante; points douloureux habituels à la névralgie du trijumeau; hypoesthésie autour de l'émergence de certains rameaux. En même temps s'est installée une ophtalmoplégie unilatérale presque totale ou totale; chez l'un de nos malades, la paralysie du moteur commun était seule incomplète, les droits supérieur et inférieur étant encore un peu actifs et le releveur étant intact; chez le même patient la radiumthérapie permit à l'œil pendant quinze jours de se diriger en dedans et en bas. Enfin, la vue baisse assez rapidement en trois à quatre mois jusqu'à l'amaurose, d'un seul côté. »

« Ainsi réunis, ces trois grands symptômes : névralgie unilatérale du trijumeau à type gassérien, ophtalmoplégie totale unilatérale, amaurose unilatérale forment un syndrome qui indique une lésion des troncs nerveux au carrefour pétro-sphénoïdal et qui peut s'appeler avec raison syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal. »

C'est ce syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal que Jacod a, le premier, isolé et clairement décrit, dès 1914.

En règle générale, l'atteinte la plus précoce est celle du maxillaire inférieur et du moteur oculaire externe; le premier donnant des névralgies dans le territoire qu'il innerve, le deuxième amenant de la diplopie par paralysie du droit externe et réalisant ainsi un véritable syndrome de Gradenigo d'origine cancéreuse (Piazza Missorici); puis, plus ou moins vite, l'extension de la tumeur à la base du crâne va englober en dedans le sinus caverneux, en arrière le ganglion de Gasser. Lorsque la paroi externe du sinus caverneux (Foix) est prise, on constate une paralysie de tous les nerfs moteurs de l'œil qui arrive à donner l'aspect de « l'œil figé » sur lequel ont insisté récemment Rebattu et Proby, après le professeur Collet.

Parfois, le moteur oculaire commun est le premier atteint, donnant du ptosis, de la diplopie externe, etc. Parfois, quoique plus antérieur, c'est le nerf optique et il en résulte de la cécité. Lorsque le ganglion de Gasser subit une infiltration cancéreuse, on constate une paralysie des masticateurs et aux névralgies que

nous avions indiquées plus haut succèdent des anesthésies douloureuses (Worms).

Tel est cet ensemble très caractéristique des symptômes nerveux des sarcomes de la trompe et du pavillon. Puis, à un stade plus avancé de leur évolution, ils s'étendent dans l'intérieur du cavum qu'ils arrivent à obstruer, donnant alors, mais, en règle générale, *d'une façon assez tardive*, des signes d'obstruction respiratoire; il est à noter que, sauf dans une observation, nous n'avons jamais vu citer les hémorragies nasales.

En dehors, ces tumeurs peuvent s'étendre dans la fosse ptérygoïdienne, donnant alors dans cette région très vascularisée des hématomes qui, parfois, s'infectent. Du côté de l'oreille moyenne, elles pénètrent dans la caisse et, franchissant le tympan détruit, elles ont pu apparaître dans le conduit auditif sous forme de *polypes* dont on a précisé la nature par la biopsie, ou bien elles comblent une cavité d'évidement; enfin, à l'intérieur du crâne, elles peuvent se développer, donnant, *mais exceptionnellement*, des symptômes de compression intracranienne. Allant parfois jusqu'au temporal elles l'envahissent (Bellin, Vernet et Aloin); quant aux méninges elles les respectent le plus souvent, sauf dans une observation de Worms où la dure-mère adhérente à la masse cérébrale avait été perforée par la tumeur, et dans un cas de Jelinek où il avait une propagation dans la masse du lobe temporal. Signalons encore, comme caractéristique de l'extension de ces tumeurs, le syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens (cas de Sargnon et Mayoux, cas d'Alajouanine, Garcin et Mauric).

Finalement, si aucun traitement n'intervient, et le plus souvent il n'intervient que pour retarder la fin, le malade meurt, soit de cachexie, soit de phénomènes méningés, soit enfin, quoique plus rarement, du fait d'une métastase (dans les os) ou bien d'une ulcération de la carotide interne.

b. *Les épithéliomas localisés à la face latérale du cavum et au pavillon tubaire* peuvent avoir une symptomatologie un peu différente, présentant plus rarement le syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal et se développant plutôt à l'intérieur du cavum, donnant les symptômes d'obstruction nasale que nous avons déjà décrits, des métastases ganglionnaires fréquentes, etc.

Enfin, *une localisation dans le repli tubaire antérieur* peut donner lieu à la triade que Trotter considère comme caractéristique : symptômes auriculaires unilatéraux, troubles de la motilité du voile par parésie du palato-staphylin et névralgies dans le domaine du maxillaire inférieur.

Ces tumeurs tubaires ou péritubaires constituent la forme la plus typique des cancers du naso-pharynx à leur période d'état.

Il convient maintenant d'envisager la forme classique qui englobe *les tumeurs à développement facial.*

2° **Forme classique.** — Elle répond aux tumeurs dont le point de départ est sur le toit du cavum, dans le recessus ethmoïdo-sphénoïdal, et plus rarement sur la paroi postérieure. Après un début ganglionnaire, névralgique ou purement respiratoire, ces tumeurs présentent bientôt des *signes prépondérants d'obstruction nasale*; les malades ont de la gêne respiratoire, uni ou bilatérale; ils mouchent des sécrétions muco-purulentes plus ou moins abondantes et souvent accompagnées d'hémorragies.

Bientôt, la tumeur pousse des *prolongements antérieurs* dans l'une des fosses nasales, parfois dans les deux, prolongements qui, dans certains cas, ont été considérés comme des polypes des fosses nasales et que l'on a extirpés comme tels, mais alors leur aspect incite à faire un examen microscopique qui montre leur nature néoplasique (Garel, Aboulker). Quant aux sinus maxillaires, elle peut les envahir complètement. Signalons ici que l'obscurité des sinus maxillaires constatée à la radiographie peut aussi être due à la rétention à l'intérieur de ces cavités, du fait de l'obstruction, par la tumeur, de leurs orifices (mucocèle bien décrite par Lemaitre).

En haut (*prolongement cranien*), elles envahissent le sinus sphénoïdal, l'ethmoïde postérieur, et à ce moment-là seulement, ayant rencontré la paroi osseuse, peuvent pénétrer dans le crâne ou dans l'orbite, refoulant le globe en avant, donnant de l'exophtalmie, des troubles circulatoires et visuels, comprimant les nerfs, infiltrant les muscles et amenant la cécité et l'œil « figé » (Collet et Rebattu).

En bas (*prolongement pharyngé*), elles repoussent le voile, peuvent même l'infiltrer, troublant la phonation, la déglutition (trismus) et accroissant la gêne respiratoire. En arrière enfin, si elles sont implantées sur la paroi postérieure du cavum, elles peuvent envahir les vertèbres cervicales, se propagent le long des muscles et des aponévroses du pharynx et arrivent à provoquer des troubles respiratoires tels que l'on a dû trachéotomiser des malades (Lemaitre et Vesselle, Collet et Rebattu).

Peu à peu, tous ces symptômes s'aggravent, s'intriquent les uns dans les autres et les patients, privés de toute respiration nasale, gênés dans leur alimentation, infectés par les multiples portes d'entrée que constituent les ulcérations néoplasiques, anémiés par les hémorragies, souffrant parfois de douleurs craniennes intolérables, ayant des troubles oculaires, se cachectisent peu à peu et meurent lentement. Assez souvent, la fin est hâtée par des phénomènes pulmonaires (broncho-pneumonie de déglutition). Dans d'autres cas, des métastases se produisent, mais le fait est relativement rare (os longs, colonne vertébrale, foie, poumons).

Dans d'autres cas encore, les métastases ganglionnaires prennent la première place de la scène clinique : les malades sont affligés d'énormes tumeurs de chaque côté du cou, qui peuvent s'ulcérer, ouvrir les vaisseaux et déterminer la mort par hémorragie ou par asphyxie; parfois, enfin, les ganglions de la base du crâne ont été envahis et quelquefois d'une façon assez précoce. Il en résulte alors, soit un syndrome du trou déchiré postérieur (Vernet), soit un syndrome des quatre derniers nerfs craniens (Collet-Sicard) et les malades peuvent mourir brusquement par compression du pneumogastrique ou par des phénomènes bulbaires.

Il ne faut d'ailleurs pas oublier que la seule extension d'une tumeur localisée à la face postérieure du cavum suffit pour léser les dernières paires craniennes et provoquer l'un des syndromes indiqués. Aussi convient-il de rappeler brièvement les symptômes des paralysies des quatre derniers nerfs et du sympathique.

Glossopharyngien. — Paralysie du constricteur supérieur du pharynx, troubles du goût dans l'hémitiers postérieur de la langue.

Pneumogastrique. — Anesthésie palato-pharyngo-laryngée, toux, troubles salivaires.

Spinal. Branche interne. — Hémiplégie vélopalatine et laryngée, tachycardie.

Branche externe. — Paralysie et atrophie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze.

Grand hypoglosse. — Hémiplégie et hémiatrophie linguale avec déviation de la pointe de la langue du côté lésé.

Sympathique. — Myosis et enophtalmie.

Telle est donc l'évolution générale de ces tumeurs du naso-pharynx. Elles ne sont plus, comme on le croyait autrefois, l'apanage de l'âge mûr ou des approches de la vieillesse; on les rencontre à tous les âges depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse.

Peut-être les sarcomes atteignent-ils plutôt des sujets de quinze à trente-cinq ans; peut-être les épithéliomas sont-ils plus fréquents à partir de quarante ans; ce sont là des détails qui ne modifient en rien la gravité de ces tumeurs.

Leur nature histologique non plus ne change que peu de choses à leur évolution. Les sarcomes donnent plus de phénomènes de compression nerveuse, les épithéliomas donnent plus volontiers des métastases ganglionnaires; les lymphocytomes, enfin, sont d'une exceptionnelle gravité car ils ne sont que la localisation, au niveau du naso-pharynx, d'une affection déjà disséminée lorsqu'on en fait le diagnostic.

Quant à la durée de ces diverses néoplasies, peut-être est-elle aussi variable, entre un mois à deux, trois et même quatre ans, mais dans la plupart des observations que nous avons colligées la durée moyenne d'évolution est de sept à neuf mois à partir du moment où le diagnostic est posé.

Nous ne voulons pas insister davantage sur les formes cliniques bien décrites (Baranger) selon le siège et la nature de la tumeur.

*
* *

III. **Eléments du diagnostic.** — Nous avons volontairement, jusqu'à maintenant, passé sous silence l'examen du malade et les signes physiques de la tumeur rhino-pharyngée, estimant que nous éviterions ainsi de multiples redites. C'est ce que nous voudrions faire maintenant dans un paragraphe de diagnostic positif.

a. *Au stade de début*, si le malade se fait examiner, il faut, selon le mot d'Aboulker, que le rhinologiste « *ait l'esprit tourné au mal pour songer au cancer* ». En effet, étant donnée la gêne respiratoire accusée par le malade, on trouvera presque toujours une cause banale pour l'expliquer : déviation ou crête de la cloison, hypertrophie des cornets; le traitement mis en œuvre n'améliorera pas la respiration, mais du moins le patient sera-t-il sous la surveillance médicale. En mettant tout au mieux on découvrira un polype suspect dont l'examen imposera le diagnostic.

Mais les choses se passent rarement ainsi, et dans la majorité des cas c'est à une phase un peu plus avancée de l'évolution que le malade se présentera.

L'examen physique que l'on pratiquera alors et qui sera provoqué par l'un des syndromes que nous avons envisagés précédemment devra viser à préciser les points suivants :

1° **Les caractères physiques de la tumeur** : son siège, son volume, ses caractères accessoires, couleur, aspect, consistance, etc.

2° **Ses caractères histologiques** d'où dépendra sa sensibilité aux traitements mis en œuvre.

3° **Son extension aux régions voisines** : parties molles, squelette, cavités sinusiennes, etc.

Dans quelques cas, la *rhinoscopie antérieure* pourra montrer dans l'une des fosses nasales une masse plus ou moins volumineuse, recouverte par une muqueuse congestionnée, parfois rouge sombre et parfois déjà ulcérée, avec des traînées de mucopus à sa surface. Parfois, malgré une cocaïno-adrénalisation soignée, on ne verra rien et il faudra continuer l'investigation par la *rhinoscopie postérieure*; celle-ci montrera une tuméfaction limitée, lisse ou bourgeonnante, siégeant à la voûte du cavum ou bien sur le pourtour des choanes; ou encore, on constatera une saillie en bloc du pavillon tubaire ou seulement d'une de ses lèvres antérieure ou postérieure; dans d'autres cas, on verra une ulcération encore minime ou des bourgeons d'aspect mollasse, simulant des végétations adénoïdes (et parfois enlevés comme tels).

Mais il pourra arriver que l'on ne constate rien et alors il faudra avoir recours à ce moyen capital de diagnostic qu'est le *toucher digital*; celui-ci prend son importance dans ce fait qu'il donne d'abord des renseignements plus précis que la simple rhinoscopie et, très souvent, des renseignements plus précoces, alors que le miroir ne permet encore de rien distinguer; on pourra ainsi déceler une induration : ou localisée (forme infiltrante des épithéliomas) ou étendue (sarcome); on trouvera un pavillon tubaire induré, immobile au centre d'une masse néoplasique. Il ne faut, d'ailleurs, pas oublier que le toucher digital peut faire croire qu'il n'y a rien alors qu'il existe déjà une infiltration étendue blindant les parois du cavum. Aboulker recommande, dans ces cas, de mettre le doigt en contact avec la paroi postérieure du pharynx et de lui faire suivre cette paroi de bas en haut; la moindre modification pourra être ainsi décelée.

Mentionnons encore la pharyngoscopie directe dont Aboulker, à la suite de Garel, s'est fait le protagoniste, mais elle est d'une mise en œuvre plus compliquée.

Enfin, sans vouloir insister sur les difficultés du diagnostic différentiel au début, disons que toutes hésitations pourront être levées par les résultats que fournira la *biopsie*, d'une technique souvent délicate mais dont les résultats seront probants.

Dans certains cas, enfin, la *radiographie* (Reverchon, Worms et Hirtz) pourra être utile au diagnostic en mettant en évidence, soit une perforation osseuse de la base du crâne, soit un envahissement sinusien que le seul examen clinique n'avait pas permis de déceler.

On voit, en somme, que l'existence d'une tumeur du rhinopharynx demande à être recherchée soigneusement et pour cela, il faut y penser, ne jamais se contenter d'un diagnostic trop simple (coryza, rhinite et même sinusite), lorsque des symptômes sont durables et ne sont pas soulagés par les médications habituelles. Songer également à la possibilité d'un sarcome de la trompe chez un homme qui présente un catarrhe tubaire que les cathétérismes, les paracentèses n'améliorent que temporairement. Il faut avoir le même réflexe en présence de céphalalgies anormales par leur intensité et par leur durée et,

enfin, en présence d'une tuméfaction ganglionnaire de la chaîne carotidienne, il ne faut pas se contenter du diagnostic de tuberculose ou de cancer primitif des ganglions, mais on doit rechercher un néoplasme qui, souvent, siégera au niveau du cavum.

b. Plus tard, *au stade d'envahissement*, l'examen physique n'a plus la même valeur.

Les fosses nasales sont encombrées par le pus, par les prolongements qu'y a poussés la tumeur, et la rhinoscopie antérieure n'apporte guère de renseignements.

La rhinoscopie postérieure est difficile, parfois même impossible à cause du trismus, de l'infiltration du voile, de l'accroissement du volume du néoplasme qui emplit le cavum et déborde sur le pharynx buccal. Il n'est plus question, à ce stade, de déterminer le point de départ de cet amas bourgeonnant ulcéré, couvert de traînées sanieuses et fétides que l'on voit, refoulant le voile qui peut être lui aussi envahi, à la simple inspection.

Le toucher lui-même sera fort difficile et inutile (le doigt obligé de forcer un défilé constitué par le voile épaissi et contracturé et la tumeur revient couvert de sang et ramène quelques débris néoplasiques).

La biopsie, qui n'a plus, évidemment, aucune valeur diagnostique, doit cependant être faite car elle peut encore fournir des précisions utiles sur la nature du néoplasme. On sait, en effet, que la variété histologique commande le traitement radio ou radiumthérapique qu'il convient d'appliquer à la tumeur.

BIBLIOGRAPHIE (1)

En outre des thèses récentes de

BARANGER (A.). Contribution à l'étude des tumeurs malignes du naso-pharynx, *Th. de Paris*, 1926.

JUSSERAND. Considérations sur le traitement radiumthérapique des tumeurs malignes du naso-pharynx, *Th. de Lyon*, 1926.

MAYOUX. Association de la rœntgenthérapie et de la chirurgie dans le traitement des épithéliomas du larynx et du pharynx, *Th. de Lyon*, 1926.

NECTOUX. Les tumeurs malignes du rhino-pharynx à point de départ péritubaire, *Th. de Lyon*, 1921.

auxquelles nous avons fait de larges emprunts, nous restreindrons cet index bibliographique aux travaux suivants que nous avons particulièrement consultés :

ABOULKER (H.). *Clinique et iconographie médico-chirurgicales des maladies de la face et du cou*, 1924, 2e édit., p. 264-280.

ALAJOUANINE, GARCIN et MAURIC. Syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens par néoplasie basilaire d'origine rhino-pharyngée, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 21 janv. 1927, p. 101-108.

BARRET DE NAZARIS. Les tumeurs lymphoïdes hyperplasiques du naso-pharynx, *Revue de laryngol.*, 15 fév. 1926, p. 71.

BOURGEOIS et ILL. Tumeur péritubaire extériorisée dans le voile, *Soc. de laryngol. des hôpit. de Paris*, séance du 12 janv. 1927.

BRINDEL, RETROUVEY et GUINAUDEAU. Un cas de sarcome du cavum chez un enfant avec propagation intracranienne, *Revue de laryngol.*, 1927, n° 3, p. 101-110.

CASTÉRAN. Le syndrome de la fente sphénoïdale, *Th. de Paris*, 1926.

COLLET et REBATTU. Etude sur la propagation intracranienne des tumeurs du pharynx, *Arch. intern. de laryngol.*, 1923, p. 945-953.

DELFOSSE. Paralysie unilatérale des quatre derniers nerfs craniens par tumeur de l'épipharynx, *Ann. de l'Inst. chir. de Bruxelles*, 15 fév. 1924.

DUNDAS-GRANT. Un cas de lymphosarcome du naso-pharynx, *Soc. royale de méd.* (laryngologie), 1er mai 1925.

FERRERI (G.). Diagnostic et traitement des tumeurs lympho-épithéliales des cavités nasales et pharyngées, *Acta oto-laryngol.*, juin 1926, vol. IX, fasc. 4, p. 441.

FOIX. Syndrome de la paroi externe du sinus caverneux. Ophtalmoplégie unilatérale à marche rapidement progressive, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 nov. 1920, n° 34, p. 1355.

GAILLARD (R.). A propos des tumeurs du pharynx nasal à point de départ péritubaire, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1923, p. 772-780.

GHELUWE (VAN). Epithélioma du cavum, *Soc. bruxelloise d'oto-rhino-laryngol.*, séance du 30 oct. 1924.

GROSSMANN. Chondrome malin du cavum, *Soc. viennoise de laryngo-rhinol.*, 13 janv. 1925.

HORNICEK. Lymphosarcome du rhino-pharynx, *Cas. lek. Ceskych.*, 1924, nos 11 et 12.

JACOD. Sur les sarcomes de la trompe d'Eustache cartilagineuse, *Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol.*, mai 1914 et mai 1920 ; — Sur la propagation intracranienne des sarcomes de la trompe d'Eustache. Syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal, *Revue de neurol.*, 1921, n° 1, p. 33-38 ; — *Mémoire pour l'agrégation*, 1926.

JELINEK. Epithélioma primitif du rhino-pharynx, *IIIe Congrès de la Soc. tchéco-slovaque d'oto-rhino-laryngol.*, 1924.

JOVIN. Les lympho-épithéliomes du pharynx. Etude histologique, clinique et radiothérapique, *Annales*, 1926, p. 729-758.

KELEMEN. Contribution à l'histogenèse du carcinome ostéoplastique de la base du crâne, *Zeit. f. Hals.*, etc., t. VIII, n° 2.

KRYSE. Contribution à l'étude des tumeurs du pharynx nasal à point de départ péritubaire, *Cas. lek. Ceskych.*, 1924, nos 46-47.

LEDOUX. Le cancer des fosses nasales et cavités annexes, *Le Cancer*, déc. 1924.

MILLIGAN. Tumeurs du naso-pharynx, *Journ. of laryngol. et otol.*, oct. 1924.

PIAZZA MISSORICI. Sur quatre cas de paralysie de la VIe paire par tumeur maligne du naso-pharynx, *Rivista O. N. O.*, 1924, vol. I.

PIETRANTONI. Rapport veineux entre la circulation du rhino-pharynx et la circulation endocranienne et celle de la cavité orbitaire chez l'homme, *Arch. ital. di otol.*, mai 1926, p. 237.

PROBY. Traitement des néoplasmes en oto-rhino-laryngologie par le radium et la radiothérapie, *Arch. intern. de laryngol.*, 1926, p. 538-546.

REBATTU et PROBY. Epithélioma du naso-pharynx ; œil « figé » et propagation intracranienne, *Soc. des sciences méd. de Lyon*, séance du 12 janv. 1927.

RETROUVEY. Un cas de cancer du naso-pharynx. Formes cliniques de début, *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1925, p. 629-632.

REVERCHON. Deux cas de tumeurs du rhino-pharynx à point de départ péritubaire. Considérations anatomo-cliniques et thérapeutiques, *Revue de laryngo-oto-rhinol.*, 1923, p. 362-370.

RUTTIN. L'étiologie du catarrhe sécréteur dans les tumeurs du cavum, *Ve Congrès allemand d'oto-rhino-laryngol.*, 1925.

SAMAMA. Paralysies associées des nerfs craniens dans les affections des voies aéro-digestives supérieures, *Th. de Paris*, 1925.

SARGNON et MAYOUX. Paralysie des dix derniers nerfs craniens par tumeur péritubaire (cylindrome), *Oto-rhino-laryngol. intern.*, 1925, p. 545-549.

SARGNON. La radiumthérapie dans le traitement des tumeurs du naso-pharynx, *Arch. intern. de laryngol.*, 1926, p. 38-52.

SEKOULITCH. Etude statistique sur les tumeurs malignes en oto-rhino-laryngologie, *Revue de laryngol.*, 31 mars 1925, p. 194.

SYME et CAPPEL. Un cas de chondrome des vertèbres cervicales intéressant le pharynx, *Journ. of laryngol.*, avril 1926, p. 209.

TORRINI. Syndrome du trou déchiré postérieur et du trou

(1) Depuis la rédaction de cette Revue générale est paru le volumineux Traité de PORTMANN et RETROUVEY sur le *Cancer du nez, des fosses nasales, des cavités accessoires et du naso-pharynx*, qui constitue une importante source de documents sur les tumeurs malignes du naso-pharynx.

stylo-mastoïdien par lympho-angio-endothéliome, *Arch. ital. di otol.*, fév. 1926, p. 55.
WORMS et DELATER. Destruction totale de l'hypophyse par tumeur d'origine rhino-pharyngée sans syndrome dit hypophysaire, *Revue neurol.*, sept. 1925.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 MARS 1927)

Sur la mort en atmosphère suroxygénée. — MM. Ch. ACHARD, Léon BINET et A. LEBLANC. Il résulte des expériences des auteurs que les inhalations d'oxygène pur employées en thérapeutique ne doivent pas être prolongées, mais plutôt intermittentes, et qu'il est justifié de leur préférer souvent celles de mélanges d'oxygène avec une petite proportion d'acide carbonique, qui, d'ailleurs, y ajoute l'avantage d'un effet excito-respiratoire.

M. Ch. RICHET ajoute quelques observations d'où il résulte que la composition de l'atmosphère étant certainement un optimum pour les êtres vivants il ne peut être que désavantageux de la changer.

Action stérilisante du bismuth dans la syphilis. — M. G. LEVADITI.

ACADÉMIE DE MÉDÈCINE

(SÉANCE DU 29 MARS 1927)

Démission de M. Balzer. — Au début de la séance, M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de M. Balzer, vice-président, qui se démet, pour raisons de santé, de ses fonctions de vice-président. M. le Président se fait l'interprète des regrets de l'assemblée, et il annonce que l'élection d'un vice-président aura lieu dans la prochaine séance.

— M. le professeur Ehlers (de Copenhague) assiste à la séance.

Artérite diabétique. — MM. Maurice LETULLE, Marcel LABBÉ, Jean HEITZ et NEPVEUX résument l'état actuel de nos connaissances sur les artérites diabétiques. Elles montrent la fréquence de cette complication dans le diabète ; comment on peut arriver par l'oscillométrie et la radiographie à la reconnaître à un stade peu avancé; comment ces lésions s'accompagnent d'un taux élevé de la cholestérine du sang, avec modifications en sens variables de la calcémie.

Les lésions de l'arbre artériel prédominent à la périphérie et surtout aux membres inférieurs. La lumière artérielle est rétrécie progressivement, parfois jusqu'à oblitération, par le boursouflement inflammatoire de l'endartère avec infiltration locale surabondante par la cholestérine. La mésartère, sclérosée, s'infiltre de sels de chaux.

Ces constatations ont amené les auteurs à certaines applications thérapeutiques.

Hérédité du cancer. — A propos du travail de M. Chaton communiqué à l'Académie le 15 mars par M. Hartmann, M. AUVRAY, envisageant seulement le côté hérédité, rapporte deux séries de faits particulièrement curieux. Dans un premier cas, une dame meurt d'un cancer du côlon (vraisemblablement du rectum), son fils environ quinze ans plus tard succombe à un cancer du rectum, et son petit-fils, vingt-huit ans après la mort du précédent, est enlevé lui aussi par un cancer du rectum. Ces trois individus n'ont pas vécu ensemble et l'idée de contagion est à rejeter. Dans un second cas, une dame succombe à une tumeur de l'abdomen (probablement de

Précis de séméiologie neuro-psychiatrique à l'usage des praticiens, par A. ROUQUIER, médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce. In-8 de 272 pages avec fig. — Prix : 32 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

l'ovaire) avec ascite ponctionnée plusieurs fois. La fille de cette dame est indemne de cancer, mais sa petite-fille meurt d'un cancer double de l'ovaire constaté à l'opération et son arrière-petite-fille est opérée aussi pour un cancer de l'ovaire vérifié histologiquement. Ici il y a eu cohabitation entre les divers sujets. M. Auvray est convaincu que le cancer est une maladie héréditaire au plus haut chef et que dans un certain nombre de cas l'hérédité s'observe sur le même organe ou sur le même système organique. M. Auvray s'associe aux observations présentées par M. J.-L. Faure et pense qu'on ne s'attache pas assez à convaincre médecins et public que lorsque la maladie est traitée dès le début elle peut donner des résultats à longue échéance intéressants. L'éducation du public, en particulier par l'affiche, n'est pas poursuivie, surtout dans les campagnes, comme elle devrait l'être, et cependant il existe de ces affiches qui sont très instructives.

La microcristallographie, méthode d'identification des eaux minérales. — M. Desgrez présente une communication de MM. Perrin et Colson montrant que l'étude au microscope polarisant du dépôt cristallin laissé par l'évaporation sur lames d'une goutte d'eau minérale ou non, permet de reconnaître les divers types de cristaux déposés, de déterminer leurs proportions respectives et d'établir le cliché cristallographique de cette eau. Ce nouveau signe d'identité, déjà envisagé par Maurice Perrin en 1925, doit être déterminé pour chaque eau minérale et éventuellement pour les eaux non minérales.

Un nouveau fléau social : le théïsme en Tunisie. — M. Dinguizli (de Tunis). Pendant la guerre mondiale de 1914-18, l'usage du thé était presque entièrement inconnu des indigènes de Tunisie. Depuis une douzaine d'années seulement, des Tripolitains qui venaient, dans la Régence, chercher du travail l'ont importé.

Le thé est aujourd'hui tellement généralisé que tous les indigènes hommes, femmes et enfants en boivent régulièrement et en très grande quantité. C'est une véritable passion qui s'empare d'eux.

L'auteur montre par des chiffres, la quantité de thé vert et rouge, mais de mauvaise qualité, consommé par les indigènes : 1.100.000 kilogrammes en 1926, contre 100.000 seulement en 1917.

Les ravages occasionnés par l'abus du thé peuvent être envisagés sous trois aspects :

A. *Au point de vue médical.* — De nombreuses observations recueillies sur des indigènes permettent de noter des désordres sérieux dans les domaines nerveux et circulatoire. Des troubles de la vue, de l'affaiblissement de l'organisme, une diminution de la natalité dans les groupements indigènes, où le thé est trop consommé, par comparaison à d'autres où il l'est moins.

B. *Au point de vue social.* — Retentissement fâcheux sur le caractère des indigènes qui, dociles qu'ils étaient, deviennent surexcités et fougueux. Perte de l'esprit d'épargne, du goût du travail; vente des instruments de travail et même des biens de famille pour assouvir cette nouvelle passion du thé. Tendances vers des habitudes de paresse, et ce qui est encore plus grave, entraînement au vol.

C. *Au point de vue économique.* — La main-d'œuvre indigène devient difficile à avoir et son rendement diminue notablement en raison de longues veillées adoptées par les Arabes, qui diminuent leurs rations alimentaires plutôt que de sacrifier le thé.

La diminution du rendement dans le travail se répercute très fâcheusement sur les efforts très louables des colons français et des agriculteurs indigènes, restés indemnes à l'usage exagéré du thé. Les mêmes constatations dans le domaine minier. Refus catégorique du travail par les ouvriers qui ne signent pas de contrat d'embauche si la fourniture de thé et de sucre n'est pas assurée par les patrons, les salaires passent au second plan.

La lutte sera longue et difficile. M. Dinguizli préconise, comme moyen de vulgarisation, la conférence, la simple causerie, les affiches, les tracts, le cinéma et les auditions phonographiques.

Ces campagnes prophylactiques seront menées par les médecins indigènes, assez nombreux aujourd'hui dans le pays et les médecins de colonisation dont l'éloge n'est plus à faire. Dans les villes principales ou de second ordre, on invitera les Imans prédicateurs dans leurs sermons du vendredi à exposer à la masse les dangers de l'abus du thé.

L'auteur conclut en sollicitant de la haute assemblée un vœu tendant à combattre sans délai, dans l'intérêt de tous, les funestes progrès du théïsme en Tunisie.

Discussion. — M. Hayem pense que le thé seul n'est pas si nocif et il se demande si les indigènes consomment du thé pur ou un mélange.

Sur une question de M. Netter, M. Dinguizli, fait remarquer que le thé qui est consommé au Maroc en très grande quantité ne produit pas les mêmes troubles qu'en Tunisie. Il n'est pas éloigné de croire que le thé nocif est un mélange.

C'est l'avis aussi de M. Pouchet.

Un cas de guérison d'artérite chronique oblitérante sous l'influence de l'insuline. — MM. J. Yacoël et G. Boyer apportent un cas de guérison d'artérite chronique oblitérante, l'un des types les plus fréquents de la maladie de Léo Burger. Le cas présenté par les auteurs n'est pas isolé; de nombreux autres malades sont justement traités avec l'insuline depuis plusieurs mois par M. le professeur Vaquez et J. Yacoël.

L'intérêt essentiel de cette communication ne réside pas seulement dans ce fait que la guérison a été obtenue grâce au traitement par l'insuline, mais aussi dans les intéressantes suggestions qu'elle apporte sur l'origine elle-même de l'affection. Pour ces auteurs, cette maladie n'a pas une origine microbienne comme on a pu le croire parfois, mais une origine d'ordre trophique en relation avec des perturbations des glandes dites endocrines (pancréas, surrénales, etc.).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 4 AU 9 AVRIL 1927)

THESES

Lundi 4 avril. — Jury : MM. Hartmann, président; Sergent, Ombrédanne et Lemierre. — M. Rudecindo. Etude sur la torsion du testicule. — M. Blanc-Champagnac. Etude radiologique du duodénum. — M. Rogier. Deux nouveaux cas d'imperforation de l'œsophage. — M. Dumas. Etude des abouchements congénitaux du rectum. — M. Servy. L'arthrotyphus. — M. Jardet. Note sur une épidémie locale de paludisme.

Mardi 5 avril. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Duval, Lejars et Lecène. — M. Tilman. Traitement par la haute fréquence des tumeurs malignes. — M. Desmier. Etude sur la torsion du grand épiploon. — M. Phang-Miseas. Etude sur le drainage à la Mikulicz. — M. Lelièvre. Etude de l'étranglement de la torsion du pédicule. — M. Gauchet. Etude des méthodes ankylosantes (mal de Pott).

Jury : MM. Balthazard, président; Bezançon, Carnot et Aubertin. — M. Dascher. Etude sur le traitement du tétanos. — M. Pappo. A propos d'une brûlure du rectum. — M. Deléage. Etude de la pathogénie des névralgies faciales. — M. Burnouf. Etude sur le tremblement mercuriel.

Le Directeur gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili. Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux (nomination). — Le jury est provisoirement composé de MM. Trémolières, Bensaude, Achard, Laubry, qui acceptent; Chabrol, Coyon, Carnot, Loeper, Lian, Gougerot, Roux-Berger, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Admissibilité : M. Coste, 67 1/2, a été déclaré admissible aux épreuves orales et prend place après M. Tzanck.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Questions restées dans l'urne : « Capsules surrénales, sans histologie ni physiologie. — Signes, diagnostic et traitement du cancer du cæcum. — Ganglion cervical supérieur du grand sympathique, sans histologie ni physiologie. — Anévrisme artério-veineux du membre inférieur. »

Epreuve clinique. — Séance du 2 avril. — MM. Welti, 8; Reinhold, 6; Fey, 5.

— Un concours pour la nomination à deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le jeudi 9 juin 1927, à 16 h., dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

S'inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), à partir du jeudi 12 mai jusqu'au lundi 23 mai 1927 inclusivement, de 14 à 17 h.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Une cérémonie en l'honneur des médecins morts pour la France.* — L'Association amicale des anciens médecins des corps combattants avait organisé dimanche matin, à la Faculté de médecine, une cérémonie en l'honneur des médecins morts pour la France.

Des discours furent prononcés par M. le doyen Roger, par M. le médecin inspecteur général Fournial et par le docteur Clovis Vincent, médecin des hôpitaux, président de l'Association des anciens médecins des corps combattants. Des fleurs furent déposées devant le monument aux morts.

— *Prix de la Faculté.* — Les prix suivants sont attribués :
Année 1925-1926 : Prix Barbier, à M. Paul Chavanon.
Prix Jeunesse (hygiène), à M. Yves Kermorgant.
Année 1926-1927 : Prix Chatauvillard, à M. Louis Duchon.

— Bordeaux. — MM. les docteurs Aubertin et Damade sont nommés professeurs agrégés à la Faculté.

ÉCOLE DE MÉDECINE. — Nantes. — M. Auvigné, professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie est nommé professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Nantes.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur en or est décernée à la mémoire de M. le médecin major de 2e cl. Glénisson, médecin chef de l'hôpital de Géryvilte (Sud-Algérien).

CONCOURS POUR COMBATTRE LA LEUCÉMIE. — Un prix de 25.000 florins, soit plus de 250.000 fr. au change actuel, est proposé par un Hollandais, pour le meilleur ouvrage sur le traitement de la leucémie, pourvu que ce travail soit jugé digne de ce prix par une Commission instituée par le fondateur. Le travail doit être terminé avant le 1er mars 1928.

Si le traitement indiqué guérit de leucémie myéloïde un membre de la famille de ce Hollandais, la prime sera doublée.

La Commission est composée de MM. les professeurs Hymans Van den Bergh (Utrecht), Naegeli (Zurich) et Snapper (Amsterdam). Adresser les mémoires à M. le professeur Hymans Van den Bergh, Clinique médicale, Utrecht (Hollande).

XIVe CONGRÈS D'HYGIÈNE. — La célébration du cinquantenaire de la Société de médecine publique et de génie sanitaire et le XIVe Congrès d'hygiène auront lieu à Paris, du 25 au 28 octobre 1927, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence d'honneur de M. le docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur, et sous la présidence de M. le professeur Léon Bernard, professeur d'hygiène et de médecine préventive à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine et du Comité d'hygiène de la Société des Nations.

M. le professeur Madsen, président du Comité d'hygiène de la Société des Nations, fera un rapport sur l'organisation internationale de l'hygiène. M. le professeur Dopter, directeur de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine, parlera de l'hygiène militaire. Un rapport sera consacré à l'importante question des « Relations de la santé publique et des assurances sociales ».

Les auteurs de communications devront envoyer avant le 15 août 1927 au plus tard le titre de leur communication ainsi qu'un résumé en français écrit à la machine et ne dépassant pas le nombre de 280 mots. En séance les communications pourront être faites dans les langues suivantes : le français, l'anglais, l'allemand, l'espagnol, l'italien.

L'inscription sera gratuite pour les membres de la Société de médecine publique. Elle coûtera 40 fr. en France et 60 fr. pour l'étranger. — Secrétaire général de la Société de médecine publique, M. le docteur Dujarric de la Rivière, 26, rue Dutot, Paris (XVe).

CONGRÈS DES COLONIES DE VACANCES. — Le VIIIe Congrès national des colonies de vacances et œuvres de plein air aura lieu à Reims, du 22 au 24 avril 1927.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Kriegk, secrétaire trésorier, 17, boulevard de la Paix, à Reims.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE. — L'assemblée générale annuelle de l'A. P. M. F. a eu lieu le 19 février, sous la présidence du professeur agrégé Loeper, son président, et du docteur Le Sourd, son président honoraire, qu'entouraient les professeurs Forgue, Hartmann, Perrot, etc.

Cinquante-deux journaux médicaux étaient représentés à l'assemblée.

A la suite du banquet traditionnel, le Président a prononcé l'allocution d'usage, et souhaité la bienvenue aux nouveaux adhérents. Il a tracé, d'autre part, les grandes lignes du programme que s'efforcera de remplir l'Association au cours de l'année qui commence. Puis il a donné la parole au docteur Pierra, secrétaire général, pour son rapport annuel, d'où il ressort, en particulier, que l'Association s'est accrue cette année de treize membres nouveaux :

Æsculape (docteur Benjamin Bord), *Archives médicales d'Angers* (professeur Boquel), *Archives médico-chirurgicales de Province* (professeur Guillaume-Louis, de Tours), *La Côte d'Azur médicale* (docteur Regnault, de Toulon), *Le Journal médical français* (professeur Castaigne, de Clermont-Ferrand), *Odontiatrie* (M. Billoret), *La Province dentaire* (docteur Quintero, de Lyon), *Revue française de dermatologie et de syphiligraphie* (docteur Milian), *Revue française d'endocrinologie* (professeur Lucien, de Nancy), *La Science médicale pratique* (docteur Paul Fumouze), *La Semaine des hôpitaux de Paris* (docteur Weill-Hallé), *Toulouse médical* (professeur Baudet), comme membres titulaires, et les *Annales de médecine haïtiennes* (docteur Saint-Louis), comme membre correspondant.

Le docteur Baillière, trésorier, a donné ensuite lecture de son rapport financier qui fait ressortir la prospérité croissante de l'Association.

MM. le professeur Combemale (de Lille) et le docteur Gardette ont été réélus membres du Conseil d'administration qui reste ainsi composé pour 1927 : MM. Le Sourd (*Gazette des hôpitaux*), président honoraire; Loeper (*Le Progrès médical*), président; Cruchet (*Journal de médecine de Bordeaux*) et Noël Fiessinger (*Journal des praticiens*), vice-présidents; L.-M. Pierra (*Revue française de gynécologie*), secrétaire général; Georges Baillière (*Paris médical*), trésorier; Combemale (*L'Echo médical du Nord*), Gardette (*La Presse thermale et climatique*) et Leriche (*Lyon chirurgical*), membres.

Nous rappelons à nos lecteurs que tout ce qui concerne l'A. P. M. F. doit être adressé au secrétaire général, le docteur L.-M. Pierra, 12, rue de Babylone, Paris (VIIe).

STATISTIQUE MUNICIPALE. — On a enregistré, du 11 au 20 mars, 1.218 décès (moyenne 1.398).

On a signalé 2 cas de variole.

La scarlatine est encore fréquente; 133 cas contre 163 pendant la décade précédente (moyenne 71).

On a signalé 97 cas de diphtérie (moyenne 90).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pitavy (de Lyon), Gillet (de Seraing), Dieudonné (de Liége), Louis Schnyder, président de la Société suisse de neurologie, décédé à Berne; Daniel Dupasquier (de Lyon), Daynes (de Rabat), mort du typhus, victime du devoir professionnel; Hubert Jacob de Cordemoy, professeur à la Faculté des sciences d'Aix et à l'Ecole de médecine de Marseille; Gonzague Bernard (de Salernes), Rulot, inspecteur principal d'hygiène au ministère de l'intérieur de Belgique, l'un des plus éminents collaborateurs de *Bruxelles médical*; Richard Arnauts (de Geetbetz), Carpentier-Méricourt (de Paris).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours de chirurgie des voies urinaires s'ouvrira le lundi 25 avril, à 14 h., sous la direction du docteur Louis Michon, prosecteur. Dix leçons. Prix : 350 fr. S'inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE. — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend : 1. la clinique générale des maladies de la bouche et des dents; 2. des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie; 3. des travaux pratiques de technique opératoire de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au docteur Bozo, directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine.

SUR UN CAS DE LÈPRE

ASSOCIÉE A DES LÉSIONS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par M. le Professeur A. RÉMOND (de Metz)
et Mlle COLA,
Interne des hôpitaux de Toulouse.

Au mois de septembre dernier, entrait dans notre service un malade dont l'histoire et l'examen clinique semblent présenter un vif intérêt quant à l'association d'une lèpre d'allure relativement fruste et d'une tuberculose évoluant de façon torpide.

Bien que ce malade ait déjà été l'objet de nombreuses communications, il nous a paru intéressant de retracer ici son histoire avec l'exposé des différents diagnostics qui ont été posés à son endroit.

D... (Louis), artiste lyrique, âgé de cinquante-six ans, né le 25 décembre 1870, hospitalisé salle Saint-André n° 26.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident à cinquante ans.

Mère morte tuberculeuse à trente-huit ans.

Antécédents collatéraux. — Un frère mort à sept ans.

Antécédents personnels. — Sorti de l'Ecole normale primaire de Caen, il mène à partir de dix-huit ans une vie mouvementée, constamment en voyage.

En 1888. Premier séjour en Palestine (un mois).

Revient en France en excellente santé, sans avoir jamais été malade. Cependant il est deux fois ajourné pour son service militaire.

En 1894. Fait son service militaire à Caen. Il est affecté au service géographique. Il se livre là à des excès de tout genre : alcooliques et vénériens. Au bout de six mois il se présente à la visite pour « courbature », et le major constate à la face interne de la jambe gauche une nodosité dure du volume d'une noisette, douloureuse à la pression; un mois après il présentait des exostoses à la jambe droite, au bras gauche et au cou-de-pied gauche. Ces exostoses suppurent, donnent lieu à des curettages répétés. Au bout de six mois cependant, guérison. Le traitement mercuriel d'abord instauré avait été abandonné parce que inefficace.

A ce moment-là le malade a été examiné par Duplay, Dumoulin, Poirier, et étiquetté « exostoses symétriques et multiples ».

Pendant son séjour dans le service de Duplay survient pour la première fois un ictus suivi de coma, puis hémiplégie double avec troubles de la parole. La paralysie rétrocède assez rapidement et la marche est possible au bout de trois mois; du côté gauche persiste une faiblesse appréciable.

Encore pendant son hospitalisation il présente une pleurésie gauche qui n'a pas été ponctionnée. On aurait également constaté un souffle d'insuffisance mitrale.

1895. Bon état de santé. Louis D... reprend sa vie errante, exerçant les métiers les plus divers : comique de café-concert, peintre, instituteur. Il signale des voyages en Italie, en Hongrie, en Turquie.

Au cours d'un séjour de deux mois à Constantinople, il fait deux voyages de huit jours en Palestine.

1901. Il entre à l'hôpital Saint-Esprit à Rome pour « troubles trophiques du médius et de l'index gauches ». Ce sont d'abord de petites nodosités indolores qui se sèchent, noircissent, et l'amputation spontanée de la phalangette du médius et d'une partie de la phalangette de l'index se produit sans phénomènes douloureux.

1902. Il entre à l'hôpital Tenon où MM. Saunoy et Roy publient son observation sous le titre : « Exostoses multiples ayant suppuré. Syndrome syringomyélique et main de Morvan. Thermoanesthésie. »

Ces auteurs s'appuyant, d'une part sur la thermoanesthésie totale de la moitié gauche du corps concluent à l'hystérie, et, d'autre part, considérant les signes d'infiltration du poumon gauche, voient dans ce malade un tuberculeux porteur d'exostoses multiples.

1903-1904. Deux ou trois hémoptysies.

1905. Départ pour l'Italie.

A Marseille, hémoptysie suivie de syncope nécessitant l'hospitalisation à la Conception dans le service de M. Bidan qui le présente à la Société médicale de Marseille sous le titre : « Exostoses multiples. Syndrome syringomyélique d'origine hystérique. Tuberculose pulmonaire chez un même sujet. » Là encore il est considéré comme un tuberculeux et un hystérique, la « tare hystérique expliquant, selon la loi de Grasset, l'état stationnaire de la bacillose des poumons ».

1907. Hospitalisation à l'hôpital Saint-Esprit, à Rome.

Le testicule gauche est augmenté de volume, mais non douloureux. Au bout de sept semaines, on achève, sous anesthésie locale, la castration qui menaçait de se faire spontanément.

1908. Hospitalisé à Paris où il est l'objet, à la Société médicale des hôpitaux, d'une communication de M. Lahn : « Exostoses multiples ayant suppuré, amputation spontanée des doigts et tumeur testiculaire chez un hystérique tuberculeux. » L'auteur conclut à un syndrome infectieux chez un hystérique tuberculeux. Il écarte l'hypothèse de syringomyélie, de lèpre et de syphilis.

1909. A Caen. Le ventre devient volumineux ; œdème des membres inférieurs et supérieurs. Pendant deux mois on fait trois ponctions dans le flanc gauche (13 litres, 10 litres, 6 litres). Amélioration rapide.

1910. Nouvelle hémoptysie. Gingivite expulsive amenant la chute de toutes les dents, la plupart en bon état, et sans aucune douleur. Hospitalisé à Brest, où il est l'objet d'une communication de M. Lenoble : « Syndrome syringomyélique avec exostoses multiples ayant suppuré. Polyviscérites d'origine lépreuse. »

L'auteur conclut que le sujet n'est ni un tuberculeux, ni un hystérique, ni un syphilitique, mais qu'il est atteint d'une forme fruste de la lèpre, expliquant les phénomènes pulmonaires, son orchite, son ascite. « Il s'agit d'une lèpre viscérale, d'une lèpre sans lépromes, non extériorisée. Ceci explique que l'on ne puisse déceler de bacilles de Hansen. »

Depuis cette époque, Louis D... poursuit sa vie errante. Il a été hospitalisé maintes fois, soit en France (Lyon, Bordeaux, Paris), soit à l'étranger. Il précise alors mal son histoire, mais affirme qu'en Allemagne et en Italie des bacilles de Hansen ont pu être décelés dans son rhino-pharynx.

Chaque année, et plus particulièrement, en décembre, janvier et février, il présente sur plusieurs parties du corps (peau et muqueuses) de petites tumeurs qui ne tardent pas à devenir violacées et à laisser s'écouler du liquide sérohématique. Elles guérissent spontanément.

Il a présenté six ou sept hémoptysies.

Fréquemment (depuis 1918 une ou deux fois par mois), il présente des crises de nature indéterminée, survenant soit après une fatigue, soit après une contrariété, soit après quelques excès éthyliques. Quelquefois aura caractérisée par de la congestion et des sueurs froides, puis chute brusque ayant entraîné des contusions légères. Après la crise, le malade reste hébété pendant deux ou trois jours. C'est ainsi qu'il a été hospitalisé d'urgence à Montpellier, en janvier 1926, où il a été l'occasion d'une communication de M. Vedel. « Lèpre nerveuse à manifestations complexes ». Cet auteur rattache les différents signes présentés par le malade à la lèpre, à la tuberculose, peut-être à la syphilis. Il a pu déceler dans le mucus nasal, de rares bacilles de Hansen, mais point de bacille de Koch dans les crachats.

Louis D..., poussé par un besoin presque pathologique de déplacement, n'a pas tardé à venir à Toulouse où il a été hospitalisé d'urgence pour un accès semblable à celui de Montpellier.

Examen du malade. — Sujet d'apparence chétive, très amaigri. Poids, 45 kilogrammes.

Teint pâle, nombreuses taches de rousseur. Figure ridée, pommettes saillantes, joues creuses, cheveux gris, épais, bien plantés. Sourcils rares, surtout au niveau de la queue. Moustaches, barbe, peu fournies. La cloison nasale est fortement déviée et portée presque au contact de l'aile gauche. (Chute sur le nez en 1910). On note au niveau du pavillon de l'oreille

gauche une nodosité violacée, indolore, suintante, de la grosseur d'un pois. Au moindre frottement, le nodule s'ulcère et laisse couler un liquide séro-hématique.

1. *Examen du thorax.* — Amaigrissement marqué, côtes saillantes, cicatrices de suppuration d'une exostose au niveau de la région sterno-claviculaire gauche;

2. *Examen de la colonne vertébrale.* — Très légère scoliose dorsale;

3. *Examen du membre supérieur droit.* — Petites cicatrices d'un demi-centimètre environ de diamètre, disséminées irrégulièrement sur la région deltoïdienne. Elles sont la conséquence de petites nodosités apparues il y a deux ans et qui ont subi le même processus de suppuration que le nodule signalé actuellement au niveau de l'oreille; au niveau de l'implantation de l'ongle sur le médius, cicatrice de même ordre.

4. *Membre supérieur gauche.* — Deux cicatrices blanches parallèles le long du bord antérieur du deltoïde (ablation d'une exostose). Nombreuses traces de brûlures dues à la disparition totale de la sensibilité tactile et thermique. Mutilation complète de la phalangette du médius (au centre du moignon persiste un rudiment d'ongle). Au niveau de l'index, la phalangette est réduite et l'extrémité de ce doigt simule une petite griffe.

5. *Membre inférieur droit.* — Nombreux paquets variqueux. Une cicatrice de 7 centimètres de long à la face externe de l'extrémité inférieur du fémur. Une cicatrice à la face externe de l'extrémité supérieure du tibia; deux cicatrices parallèles à la face interne de l'extrémité supérieure du tibia.

6. *Membre inférieur gauche.* — Deux cicatrices au niveau de l'extrémité inférieure du fémur, l'une à la face externe, l'autre à la face interne. Une cicatrice au niveau du tiers supérieur du tibia, et une autre au niveau du cou de pied.

Ces cicatrices si nombreuses, relevées au niveau des membres, sont toutes dues à des curettages pour exostoses en voie de suppuration.

Palpation du squelette. — 1. *Membre supérieur droit.* — On constate au niveau du tiers supérieur de la face externe de l'humérus une exostose volumineuse de la grosseur d'un œuf de pigeon. Au niveau des métacarpiens, on note diverses exostoses en grains de mil.

2. *Membre supérieur gauche.* — Deux exostoses au niveau des métacarpiens.

3. *Membre inférieur droit.* — Exostoses au niveau du condyle interne du fémur et de la malléole interne.

4. *Membre inférieur gauche.* — Crète tibiale très irrégulière.

5. *Bassin.* — Une exostose sur la crète illiaque droite.

Radiographie. — Permet de mettre en évidence les différentes exostoses déjà signalées par la palpation du squelette. Aucun signe de déminéralisation osseuse.

Examen du système nerveux. — Intelligence conservée. Réponses claires et nettes. Mémoire déficiente. Malade gai et loquace, extrêmement satisfait de sa qualité de malade intéressant. Il ne cesse d'insister pour que l'on étudie son cas. Cette tendance est signalée dans toutes les observations.

Instabilité : se soumet mal à une discipline quelconque.

Parole : aucun trouble.

Motilité : au repos, pas de tremblement. Après le travail (le malade dessine et peint), tremblement intense qui l'oblige à se reposer.

Incoordination complète des mouvements : les yeux fermés, il est incapable de porter le doigt au niveau de son nez. Il ne « sent » pas le pinceau entre les doigts et ne peut apprécier la forme et la nature des objets.

Debout, les yeux fermés, il ne tombe pas, mais si on lui fait lever le pied, il perd immédiatement l'équilibre.

Trouble profond du sens stéréognostique.

Diminution considérable de la force musculaire, surtout à droite.

Palpation des nerfs. — Le nerf cubital, nettement augmenté de volume, dur mais sans nodosités, est palpable des deux côtés dans la gouttière épitrochléo-olécranienne.

Réflexes. — Rotuliens vifs suivis d'un tremblement au niveau du pied. Achilléens normaux. Babinski négatif. Pas de trépidation épileptoïde du pied ni de clonus de la rotule.

Réflexes cutanés normaux.

Réflexes cornéens normaux.

Réflexe pharyngé aboli.

Réflexes à la lumière et à l'accommodation sont conservés.

Sensibilité générale. — Pas de douleurs spontanées, quelques crampes au niveau des mollets, parfois quelques élancements au niveau des exostoses.

La sensibilité est abolie à tous les modes, sur toute la surface des téguments : piqûre, pression, application de chaud et de froid.

Cependant, alors que dans la moitié gauche du corps, le malade n'éprouve aucune sensation à n'importe quelle excitation, il dénonce un léger « frôlement » du côté droit, après une forte excitation.

Organes des sens. — Audition : très diminuée surtout à gauche (le malade aurait présenté de la suppuration au niveau de cette oreille).

Goût : très altéré. Il est incapable de distinguer le goût du sel de celui du sucre.

Odorat : complètement aboli du côté gauche.

Vision : troubles prononcés de la chromatopsie.

Vo D = 0,1.

Vo D = 3/50.

Champ visuel très rétréci surtout à gauche.

Appareil respiratoire. — Nombre de respirations : vingt par minute.

Pas de dyspnée. Toux nocturne. Expectoration peu abondante, dans laquelle ont été décelés des bacilles de Koch.

Signes physiques. — En avant : vibrations diminuées à gauche. Légère submatité à gauche, dans tout le tiers supérieur du poumon. Respiration soufflante à droite. Râles humides à la fin de l'inspiration à gauche.

En arrière : rétraction nette de l'hémithorax gauche (3 centimètres de différence avec le côté droit). Vibrations diminuées à la base gauche. Submatité dans tout le tiers supérieur du poumon gauche. Respiration soufflante à droite et expiration prolongée. Quelques craquements après la toux au niveau du sommet et du hile droits.

A gauche : craquements au sommet. Gros râles humides aux deux temps dans tout le tiers supérieur du poumon et dans l'aisselle.

Appareil circulatoire. — Le pouls bien frappé bat régulièrement à 80.

Tension artérielle : 12-8 (Pachon).

Le choc de la pointe n'est pas visible.

A la palpation il est peu marqué, perceptible, dans le décubitus latéral gauche, au niveau du VIe espace en dehors de la ligne mamillaire.

La sonorité est normale, à l'auscultation on perçoit un léger clangor du deuxième bruit à la base.

Appareil digestif. — Toutes les dents sont tombées.

La langue est légèrement saburrale.

Anorexie fréquente. Jamais de vomissements. Constipation habituelle.

Le foie est ptosé, de dimensions normales.

La rate n'est pas percutable.

L'abdomen est souple.

Appareil génital. — Double castration, phimosis.

Examen des urines. — 1l350 par vingt-quatre heures :

Albumine.....	0		
Sucre..........	0		
Chlorures.....	7g50	quantité par 24 h...	10g12
Phosphates ...	0,976	quantité par 24 h...	1,317
Urée..........	8,25	quantité par 24 h...	11,137
Acide urique..	0,215	quantité par 24 h...	0,289

Examen microscopique. — Cellules épithéliales pavimenteuses, quelques amas de phosphates terreux, quelques cristaux d'acide urique.

Examen du sang. — Réaction de Bordet-Wassermann positive.

Urée	0g375
Azote de l'urée	0,175
Azote total	0,390
Azote résiduel	0,215
Créatinine	0,01
Acide urique	0,14
Chlorures	5,40
Glycémie	1g
Cholestérinémie	1,95

L'examen de la sécrétion nasale après administration de 2 grammes d'iodure de potassium pendant trois jours ne nous a pas permis de déceler le bacille de Hansen. L'examen des frottis du nodule en train d'évoluer sur le lobule de l'oreille a été également négatif.

* * *

Ainsi, Louis D..., considéré d'abord comme un hystérique, plus tard comme un tuberculeux, très fréquemment exclusivement comme un lépreux, apparaît actuellement comme un malade ayant des lésions de lèpre et de tuberculose évoluant sur un fond de syphilis.

A la tuberculose se rattachent des exostoses multiples, sa pleurésie, son ascite, ses nombreuses hémoptysies et les lésions typiques qu'il présente au niveau de ses deux poumons.

La lèpre — n'ayant pas donné lieu pendant son séjour à Toulouse à l'extériorisation de bacilles — se caractérise chez lui par la raréfaction de la queue du sourcil, la mutilation de deux doigts, la double castration, l'anesthésie complète et les petites nodosités violacées qui apparaissent fréquemment en quelques points de son corps.

Les recherches de laboratoire qui ont permis de déceler le bacille de Koch et le bacille de Hansen (au cours de son séjour à Montpellier) confirment les données déjà fournies par la clinique.

ACTUALITÉS

L'HYOSCINE (SCOPOLAMINE)

Les propriétés de la jusquiame ont été connues pour ainsi dire de tout temps; l'emploi de ses principes actifs et surtout leur séparation remonte à un passé récent.

L'hyoscine est un alcaloïde extrait de diverses solanées du genre hyoscyamus (h. niger en particulier) dont le domaine géographique s'étend à l'Amérique et à la plus grande partie de l'Europe avec prédominance dans la région méditerranéenne. On extrait le produit des feuilles de la plante, des feuilles d'aspect brillant surtout, plus riches et d'une teneur plus constante. On en trouve également dans les graines, et même, mais en moindre quantité dans la racine.

Brander (1820) avait isolé l'hyosciamine, proche par ses propriétés de l'atropine. Ladenburg en reprit l'étude en 1880 et l'identifia avec la duboisine extraite par Gerrard du Duboisia myaporoïdes. Recherchant pourquoi l'hyosciamine amorphe possédait des propriétés plus étendues que l'hyosciamine cristallisée, il parvenait à extraire des eaux-mères de cette dernière un nouvel alcaloïde l'*hyoscine* dont Schmidt en 1890 montrait l'identité avec la *scopolamine* extraite de diverses plantes du genre Scopolia.

Nous n'insisterons pas sur l'hyosciamine-duboisine et n'étudierons ici que l'hyoscine-scopolamine plus active et plus employée.

Propriétés physiques et chimiques. — Extraite de la solution éthérée où a cristallisé l'hyosciamine, l'hyoscine est un liquide huileux, brunâtre, ne cristallisant pas, de formule globale $C^{17}H^{21}NO^{4}$ (Schmitt). Pour Cushny, il existe deux hyoscines qu'on peut considérer comme formées toutes deux d'un radical oscine et d'un radical tropyl. Les radicaux tropyl sont soit dextrogyres soit lévogyres. Les propriétés sont analogues mais l'hyoscine lévogyre est de beaucoup la plus active.

L'hyoscine est peu soluble dans l'eau et se dissout dans l'alcool et l'éther.

Par hydrolyse l'hyoscine se décompose en acide tropique et acide scopolique.

L'action des acides la transforme en sels; les plus importants en pratique sont le chlorhydrate et le bromhydrate qui sont la forme sous laquelle on administre l'hyoscine et dont les propriétés ne diffèrent pas sensiblement.

Ces sels cristallisent en aiguilles incolores, très solubles dans l'eau, et de saveur amère.

Propriétés physiologiques. — Les effets de l'hyoscine sont des plus comparables à ceux de l'atropine mais plus encore que dans le cas de l'atropine, il convient d'insister sur la *puissance et la toxicité du médicament.*

Aux doses inférieures à la dose toxique on observe les effets suivants :

Action générale sur l'équilibre acide-base (Regelsberger). — L'hyoscine augmente l'affinité du sang pour Co^{2} et la réaction du sang artériel tend à se déplacer vers l'*alcalinité.*

Action sur la réaction des urines. — Même pour de faibles doses de scopolamine elles deviennent *alcalines.*

Action sur le système nerveux. — Ses propriétés d'ensemble sont celles d'un *anesthésique général*, qui agit sur les centres et aussi sur les terminaisons périphériques. L'étude de ses effets à des doses non toxiques puis toxiques montre que soit par l'augmentation soit par la prolongation des doses on obtient des *effets successifs et opposés* par excitation préalable de ceux des organes qui seront ensuite paralysés.

Encéphale. — L'hyoscine *augmente d'abord l'excitabilité cérébrale* : hallucinations, vertiges, délires, *puis a une action anesthésique* : diminution de la sensibilité à la douleur, torpeur, sommeil; l'anesthésie persiste plus longtemps que le sommeil; ce dernier effet est plus prononcé chez l'homme que chez l'animal.

Moëlle. — L'excitabilité médullaire est *diminuée*, les réflexes sont diminués, les mouvements torpides; une certaine parésie peut apparaître.

TERMINAISONS PÉRIPHÉRIQUES. — *Innervation des vaisseaux.* — *Action vasodilatatrice.* — *Nerfs de l'œil.* — (N. II et III) *Mydriase*, intense et persistante; paralysie partielle ou totale de l'accommodation; diminution de l'excitabilité rétinienne.

Lorsque après instillation conjonctivale d'hyoscine on sectionne le grand sympathique et excite son bout supérieur la mydriase s'exagère.

L'effet mydriatique de l'hyoscine se produit en quelques minutes et dure plusieurs jours, sans réaction secondaire au niveau de l'œil.

Action sur le pneumogastrique. — L'hyoscine *supprime son action modératrice* sur le cœur : tachycardie parfois précédée de bradycardie. Même par l'effet d'une excitation très puissante, le nerf ne recouvre pas son action inhibitrice.

Les effets sur la tension artérielle sont négligeables.

Action sur la corde du tympan. — La *sécrétion salivaire diminue* puis disparaît; les excitations ultérieures même puissantes restent sans effet.

Action sur les terminaisons nerveuses intraglandulaires. — Elle est analogue quel que soit le tronc nerveux en cause d'où hypocrinie gastrique, intestinale, sudorale, mammaire.

Elimination. — Se fait par le rein et par la glande mammaire si elle est en activité.

Indications. — *Maladie de Parkinson et syndromes parkinsonniens.* — Constituent actuellement l'indication principale surtout depuis les épidémies d'encéphalite.

Les effets se font sentir deux heures après l'injection et atteignent leur acmé à la cinquième ou sixième heure pour devenir nuls en vingt-quatre heures environ. Une certaine dose est nécessaire pour supprimer le tremblement; des doses plus faibles facilitent cependant les mouvements volontaires.

La rigidité musculaire, s'atténue avec un certain bien-être; les réactions électriques du muscle perdent leur caractère anormal (diminution du soulèvement secondaire).

Si l'action sur les réflexes est malaisée à apprécier les mouvements associés et automatiques reparaissent; les sécrétions salivaire et sudorale se tarissent.

La parole redevient plus claire et plus forte; l'écriture s'améliore.

Le rythme cardiaque et la tension artérielle sont peu ou pas touchés.

L'effet sur les centres nerveux supérieurs est d'abord une obnubilation avec tendance au sommeil, rarement du délire puis apparaît l'amélioration fonctionnelle.

Syndromes optostriés. — L'hyoscine agit sur les divers syndromes mais moins électivement : l'*athétose* avec des effets prompts mais transitoires; Babinski l'a employée dans la *chorée de Sydenham*, Cl. Vincent dans la *myoclonie*, Froment dans le *spasme de torsion.*

Elle est, par contre, sans action sur les contractures pyramidales.

On peut l'employer contre le tremblement sénile et surtout chez les *aliénés excités*; états maniaques avec excitation et fureur dans des formes chroniques ou périodiques, à condition que les hallucinations ne soient pas trop marquées, dans les crises d'excitation de la *démence sénile ou de l'alcoolisme.*

On l'a, dans certains cas, employée contre des délires autres : délires des hypochondriaques, des surmenés intellectuels, de la pneumonie, de l'épilepsie, dans la neurasthénie avec excitation. Ce sont des emplois exceptionnels.

En raison de ses propriétés anesthésiques, on l'a employée avec succès dans les tics douloureux de la face et la névralgie du trijumeau. On l'emploie surtout comme *anesthésique général en chirurgie*, en particulier, en l'associant à la morphine.

On peut enfin l'employer comme succédané de l'atropine soit comme *mydriatique*, soit même contre les sueurs profuses des tuberculeux.

Contre-indications. — On doit s'abstenir de prescrire l'hyoscine aux maniaques paralytiques, aux mélancoliques même insomniques, aux sujets présentant des hallucinations.

Posologie. Mode d'administration. — L'hyoscine est un médicament *très puissant mais très toxique*. Erb considère que le seuil de la toxicité peut s'abaisser jusqu'à deux milligrammes; il est certain que ses effets, à ce point de vue, sont très variables selon les sujets; peut-être les parkinsoniens la supportent-ils mieux.

Voies d'administration. — On peut employer la voie buccale, en solution ou granules; le plus souvent, on l'administre par voie sous-cutanée, ou en instillations pour les usages ophtalmologiques.

Posologie. — En ophtalmologie : collyre aqueux à 5 p. 1000.

Autres usages : on emploie le plus souvent le bromhydrate d'hyoscine,

Par voie buccale : granules au quart de milligramme ou solutions;

par voie sous-cutanée : pour l'*anesthésie générale* on en administre de *un à trois milligrammes* en deux ou trois *injections espacées* sur un laps de temps de vingt-quatre heures.

Pour les usage médicaux, la dose *varie de 1/10 de milligramme à un milligramme*, la *dose moyenne* étant de 1/4 de milligramme.

Mode d'administration. — Tâter d'abord la susceptibilité du sujet en donnant 1/10 de milligramme; augmenter ensuite graduellement jusqu'à la dose qu'on désire atteindre.

Il est nécessaire de *cesser le traitement à la moindre alerte*, donc de surveiller continuellement le malade. Les interruptions périodiques sont souvent utiles; on ne dépasse généralement pas une injection par jour; on peut même ne faire d'injection que tous les deux jours si le malade l'accepte. A moins de bien connaître la susceptibilité du malade, il est préférable de donner deux jours de repos après chaque semaine d'injections.

La première phase toxique étant d'une durée très variable (trois à quatre heures en moyenne), selon les sujets, il est bon de les déterminer chez chaque malade afin que la phase d'action utile ne vienne pas, sauf indication spéciale, coïncider avec le sommeil nocturne.

Associations médicamenteuses. — *Scopolamine-morphine*, la plus connue, en tant qu'anesthésique général, selon la formule :

Scopolamine...	un centigramme
Morphine.....	dix centigrammes
Eau...........	10 cmc.

(Terrier.)

L'injecter en trois fois dans les vingt-quatre heures si l'on n'emploie pas d'autres anesthésiques.

Si association avec le chloroforme, injecter un centimètre cube deux heures avant l'intervention.

Autres associations : *hyoscine-sulfate de magnésie* intrarachidien : prolongerait l'action et la phase utile, *hyoscine-strychnine* abrège la période préliminaire, *hyoscine-gardénal*, *hyoscine-teinture de*

jusquiame, hyoscine-atropine n'ont guère d'intérêt que dans des cas particuliers.

Intoxication. — Elle peut apparaître même pour des doses inférieures à deux milligrammes.

Signes d'alarme : mydriase subite, vertiges.

Tachycardie et surtout troubles de l'accommodation.

Si l'action toxique se poursuit ou pour des doses de toxicité croissante, on observe successivement :

Première phase : vertiges pouvant empêcher la marche et même la station debout, sécheresse de la gorge, délire avec perversions sensorielles, embarras de parole, tremblement de la langue,

Qui, au bout de quatre à cinq heures, aboutissent à la somnolence suivie de fatigue au réveil.

Deuxième phase. — Troubles de la respiration et de la déglutition, coma, mort.

Il y a peu d'effets sur le cœur mais une action surtout bulbaire.

Scopolaminomanie. — On a décrit un état de besoin qui succéderait à l'administration prolongée du médicament et rappellerait la morphinomanie. A un examen plus attentif, il ne semble y avoir qu'un *syndrome très atténué* caractérisé par le seul état de besoin, mais sans jamais d'autre accident toxique ni trophique même chez des parkinsoniens longtemps traités.

Traitement de l'intoxication. — Laver l'estomac avec une solution de tannin, si intoxication par voie digestive.

Administrer du café, de l'alcool; faire des massages, des frictions, de la respiration artificielle, de la faradisation du N. phrénique.

Se souvenir que la pilocarpine, l'ésérine sont des antagonistes physiologiques de l'hyoscine et que la morphine peut rendre des services dans des cas très graves. Il ne faut cependant guère compter sur leur action (Pouchet); on voit, en effet, plus souvent s'additionner les pouvoirs toxiques que s'exercer les antagonismes.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 MARS 1927)

L'évolution et la gravité de la grippe. — M. Maurice Renaud. Pour cet auteur, toute la question est de savoir si on se trouve dans les différents cas en présence de phénomènes d'une essence différente, ou si la même maladie prend des apparences cliniques variables en raison des conditions dans lesquelles se trouvent les malades et des complications qui surviennent accidentellement.

Les complications pulmonaires de la grippe, pneumococcique et streptococcique, revêtent aussi une allure épidémique dont il faut tenir compte pour juger du caractère de la maladie primitive.

Quant aux cas rapidement mortels auxquels M. Lemière a fait allusion, ils sont graves en raison de foyers pulmonaires de type congestif et œdémateux qui provoquent l'asphyxie. Mais de tels accidents, outre qu'ils cèdent très aisément à une thérapeutique convenable, ne s'observent jamais chez des malades traités de bonne heure et correctement, ils sont l'apanage des formes négligées.

L'aggravation des maladies infectieuses par les facteurs accidentels. — M. Maurice Renaud. Des trois termes qui déterminent la maladie, le virus, le malade et le médecin, le premier nous échappe presque complètement.

Parler des qualités intrinsèques des virus ne conduit à rien. C'est invoquer la vertu dormitive de l'opium. La bactériologie n'explique pas, dans l'état actuel de nos connaissances, toute la maladie. La virulence si souvent invoquée n'est pas une qualité en soi mais un rapport.

Si les variations du premier terme de ce rapport, le virus nous échappe presque complètement, nous pouvons nous efforcer de déterminer les conditions dans lesquelles l'organisme, deuxième terme du rapport, devient réceptif. La porte d'entrée et les doses du virus, la localisation des lésions, les attitudes fonctionnelles sont les notions qui peuvent et doivent être l'objet d'une pathologie scientifique.

La recherche est ici toujours fructueuse avec des sanctions d'intérêt pratique. Il est plus utile de rendre responsable de la gravité d'un état infectieux la présence d'une suppuration profonde, d'une otite chez un nourrisson, d'une suppuration du rocher chez ces rougeoleux auxquels faisait allusion M. Ritz, et qui meurent si souvent par complication cérébrale d'une otite méconnue que d'invoquer métaphysiquement les qualités intrinsèques des virus.

A propos de la valeur thérapeutique du sérum antidiphtérique purifié. — M. J. Cathala rapporte l'observation d'un enfant soigné précocement quinze heures après que la gorge ait été reconnue nette. Injection en trois jours de 17.500 unités de sérum purifié. Lenteur de l'action sur les fausses membranes et sur le syndrome d'intoxication générale. Injection de 80 centimètres cubes de sérum ordinaire. Malgré la précocité de l'intervention, convalescence lente. Il faut accorder au sérum antidiphtérique ordinaire une valeur supérieure à celle du sérum purifié dans tous les cas où le syndrome de l'intoxication diphtérique s'affirme précocement quel que soit l'état de la gorge.

Syndrome pluriglandulaire et sclérose combinée chez un tabétique. Origine hérédo-syphilitique probable. — MM. Léchelle, Thévenard et Delthil présentent un malade atteint de tabes avec arthropathies et porteur d'une sclérose combinée atteignant les cordons latéraux et les cornes antérieures. Ce malade présente en outre, depuis son enfance, un syndrome pluriglandulaire. Les auteurs pensent à une origine hérédo-syphilitique.

Le traitement des splénomégalies chroniques dans l'hérédo-syphilis. — M. Milian, à propos de la communication de M. P.-E. Weil, considère que le traitement doit être poursuivi d'une façon énergique. En cas d'insuccès il peut s'agir d'une splénomégalie non syphilitique, comme il en rapporte une observation très démonstrative.

Atrophie des muscles de la main par atteinte du cubital et du médian au cours d'un rhumatisme chronique ostéophytique et déformant. — MM. O. Crouzon, Christophe et Gilbert-Dreyfus signalent, à propos de cette observation, l'absence de tout traumatisme local dans le passé du malade, et la possibilité d'une étiologie syphilitique malgré la négativité des réactions humorales.

Un cas complexe d'échinococcose hépatique. — MM. Loeper et Garcin rapportent un cas d'échinococcose hépatique à forme alvéolaire anormale et d'aspect anatomo-pathologique complexe, ayant simulé un cancer du foie. Les auteurs discutent l'étiologie, signalant que le malade a travaillé dans les mines du Pas-de-Calais, comme cela a été déjà observé dans une observation antérieure.

L'albuminurie syphilitique de la gestation. — MM. M. Pinard et Vernier, à propos d'une observation, considèrent

que l'albuminurie de la gestation doit être revisée; beaucoup de ces cas dépendent de la syphilis ou de l'hérédo-syphilis.

Agranulocytose ou leucoblastose aiguë. — MM. A. Clerc, P.-Noël Deschamps et R. Stieffel rapportent l'observation d'un jeune homme de vingt-six ans, ancien paludéen, atteint d'amygdalite gangréneuse non diphtérique ayant entraîné la mort en trois semaines, avec d'insignifiantes adénopathies et sans syndrome hémorragique. Il existait une anémie modérée mais une leucopénie relative (entre 100 et 4.000 globules blancs) avec 95 p. 100 de lymphocytes dont 15 p. 100 de cellules primordiales. L'autopsie ne montre du côté des organes que des lésions d'apparence banale, sans formations lymphadéniques macroscopiques ni microscopiques. La moelle costale en partie graisseuse ne montrait qu'une réaction modérée, cytologiquement comparable à celle du sang.

Cette observation pourrait se rattacher à la leucémie aiguë aleucémique (leucoblastomatose aleucémique) n'était l'absence de tous foyers lymphadéniques du côté des centres hématopoïétiques; d'autre part, la leucopénie n'est pas assez intense pour parler d'agranulocytose véritable. Force est donc de ranger le cas considéré parmi les états lymphadénoïdes infectieux dus au lymphadénisme, états mal définis et intermédiaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 2 mars 1927)

A propos du « Mikulicz ». — M. Chaton (de Besançon) fait une étude des applications du Mikulicz et de ses dérivés dans la thérapeutique préventive de l'infection péritonéale; il le considère comme un moyen précieux, surtout dans les mauvais cas, d'isoler les foyers septiques et d'assurer l'hémostase des surfaces suintantes. Pour lui, en chirurgie intestinale, les mèches ne semblent pas favoriser le lâchage des sutures.

M. Roux-Berger rapporte 15 cas d'appendicites aiguës opérées par M. Hertz avec Mikulicz, avec 13 guérisons et 2 cas suivis de complications sans gravité; 2 cholécystectomies et une amputation abdomino-périnéale, traitées par la même méthode; le Mikulicz appliqué dans 16 cas de salpingites suppurées n'a pas semblé donner de résultats supérieurs aux autres procédés.

A propos des embolectomies. — M. Moure apporte un nouveau cas d'embolectomie et insiste sur les détails de la technique opératoire et sur le rôle important des thromboses artérielles périphériques dans les plaies fraîches septiques des gros troncs artériels.

Fistule urétro-vaginale et dégénérescence du rein. — MM. Deniker et Le Gac (rapport de M. Descomps) ont observé un cas de fistule urétéro-vaginale après hystérectomie pour fibrome inclus dans le ligament large; application d'un Mikulicz, fistule secondaire de l'uretère dans le vagin, et dégénérescence rapide du rein; guérison après néphrectomie.

Fistules vésico-vaginales. — MM. Deniker et Le Gac (rapport de M. Descomps) apportent 2 cas de fistules vésico-vaginales opérées par voie transvésicale de Marion et guéries sans difficulté.

A propos de l'invagination intestinale chez l'adulte. — M. Cadenat rapporte 3 nouveaux cas d'invagination aiguë chez l'adulte opérés par MM. Ferret, Fruchot et Houdard.

Traitement de la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson (suite de la discussion). — M. Martin a opéré 21 cas; il a pratiqué l'incision paramédiane droite, et a toujours trouvé l'olive pylorique facile à extériorer et à inciser.

M. Veau fait toujours systématiquement la pylorotomie et reste toujours un adversaire de la gastro-entérostomie chez les nourrissons.

Syndrome de déformation du rachis. — MM. Mouchet et Rœderer présentent un cas de cyphose sous-lombaire avec scoliose; on remarque sur la radiographie des déformations formant au niveau des surfaces articulaires des masses irrégulières.

(Séance du 9 mars 1927)

A propos des déformations du rachis. — M. Sorrel, à propos de la communication de M. Mouchet, croit qu'il faut rapprocher ces lésions de celles qu'il a été, avec M. Lance un des premiers à décrire.

Butées ostéoplastiques. — M. Ombrédanne rapporte un travail de M. Yatchich (de Belgrade), sur les butées ostéoplastiques de la hanche dans les luxations congénitales de la hanche; l'auteur a suivi la même technique que M. Lance.

Eviscération traumatique à travers la fosse ischio-rectale. — M. Thierny (d'Arras) (rapport de M. Ombrédanne) a observé une malade qui, après traumatisme et déchirure du périnée, a présenté une éviscération périnéale, avec désinsertion mésentérique. La malade opérée après vingt heures, par sutures périnéales, puis laparotomie et anus grêle, a succombé (cachexie due à la dénutrition par anus grêle) après avoir évacué 56 ascaris par son anus iliaque. Le rapporteur insiste sur l'extrême rareté des éviscérations latéro-rectales avec intégrité du rectum.

Volvulus du côlon pelvien. — M. Lecène rapporte 2 observations de M. Gaudard d'Allaines; dans un premier cas de volvulus du côlon pelvien, traité par résection immédiate après extériorisation du côlon volvulé, puis fermeture de l'anus un mois après, l'auteur a perdu son malade deux mois après l'occlusion aiguë sur le grêle; un deuxième cas de volvulus a été suivi de guérison après opération en deux temps.

Ruptures du tendon du biceps. — M. Lecène fait un rapport sur deux observations dues à M. Caraven (d'Amiens), de ruptures du tendon du long biceps.

L'ostéosynthèse dans le mal de Pott. — M. Sorrel fait un rapport sur 13 cas de mal de Pott opérés par greffes d'Albee, par M. Guillemin, de Nancy, dans le service de M. Vautrin. Ces malades ont été opérés systématiquement par la technique d'Albee, l'auteur a simplement taillé le greffon avant de préparer le lit rachidien.

Accidents consécutifs à la cholécystectomie. — M. Cadenat fait un rapport sur un travail de M. Voncken (de Liége), sur les accidents consécutifs aux cholécystectomies.

Greffe dermoépidermique en godet. — M. Alglave, à propos d'un travail de M. Coulaud, fait une très intéressante communication sur les greffes dermo-épidermiques en godets, rappelant tous les détails de la technique qu'il a préconisée et insistant sur les résultats constants donnés par cette excellente méthode, là où les autres procédés, même en des mains exercées, ont échoué. MM. Gerney, Okinczyc, Sebileau, Moure, Lenormant, Auvray et Chevrier prennent part à la discussion.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 19 février 1927)

Temps de conservation du virus filtrant tuberculeux dans les produits pathologiques. — MM. F. Arloing et A. Dufourt ont pu, dans des crachats et du pus bacillaire conservés à la température du laboratoire et à l'abri de la

lumière, mettre en évidence pendant quarante-trois jours un virus filtrant tuberculeux. Cette survivance est à noter.

Les auteurs ont également constaté que la présence d'un virus filtrant dans un produit pathologique n'est pas absolument liée à sa richesse en bacilles acido-résistants, et inversement qu'un produit montrant le bacille tuberculeux peut ne pas fournir de virus filtrant.

Action de l'eau de Javel sur diverses espèces de bactériophages. — MM. F. Arloing et L. Langeron ont vu que, en mettant en contact des bactériophages antityphiques, anticolibacilles et antishiga avec de l'eau de Javel du commerce diluée de 1/10 à 1/1.000 pendant vingt-quatre heures, le bactériophage était constamment inactivé pour les microbes correspondants, alors que ceux-ci demandaient des dilutions de 1/100 pour être détruits. Cette notion expérimentale comporte des conclusions pratiques hygiéniques.

M. d'Hérelle. La bactériophagie est favorisée par l'hyperaérobiose. Le fait est surtout net quand on emploie des bactériophages puissants.

Expérience nouvelle pour la théorie de l'excitation électrique. — M. Lapicque, en son nom et au nom de M. H. Laugier, communique le résultat d'une expérience très simple qui présente un grand intérêt pour la théorie de l'excitation. Sur un muscle à chronaxie assez grande, telle que l'escargot, après s'être placé au seuil pour un passage de courant constant durant environ 10 fois la chronaxie, on peut, sans supprimer l'effet excitant, établir au milieu de ce passage une lacune assez grande, par exemple jusqu'à un tiers de la durée totale.

Aucune des théories physiques formulées jusqu'à présent n'est conciliable avec cette expérience. Au contraire, en partant de l'hypothèse d'un phénomène antagoniste produit par la polarisation elle-même avec un certain retard sur l'excitation, hypothèse que M. Lapicque a développée il y a déjà longtemps, on arrive à une explication satisfaisante.

C'est d'ailleurs, dit M. Lapicque, cette hypothèse qui l'a conduit à faire l'expérience.

Elimination du cobalt par le rein. — M. J.-M. Le Goff. Les composés solubles du cobalt, introduits dans l'organisme animal par voie buccale ou hypodermique, se fixent en partie dans les tissus et en partie s'éliminent par les excrétas.

La quantité trouvée dans les urines, durant les vingt-quatre heures qui suivent l'absorption, varie suivant la nature de l'acide du sel de cobalt, les composés à acide organique s'éliminant plus rapidement que ceux à acide minéral.

Election. — M. Hauduroy est nommé membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DE FÉVRIER 1927)

Classification et minéralisation des aliments. — M. L. Lematte démontre que la division des aliments en albuminoïdes, hydrocarbonés et minéraux ne répond pas à la réalité et n'a jamais rendu aucun service aux praticiens. Tous les aliments, les graisses et les sucres exceptés, contiennent des métalloïdes et des métaux. L'entretien de la vie n'est possible que si la ration comprend à côté de l'azote, de la soude, de la potasse, du fer, de la chaux, de la magnésie, etc. Dans l'organisme les oxydes métalliques et les composés azotés se libèrent simultanément pour aboutir aux sels et à l'urée qu'on rencontre dans les urines.

Il est inutile de comparer la composition du kilogramme des différents aliments. La notion du *poids de substitution* (quantité d'un aliment qu'on peut substituer à un autre dans la ration) a une application pratique immédiate.

L'auteur donne la composition minérale des principaux aliments.

Au sujet de l'administration du datura stramonium chez les parkinsoniens; les symptômes objectifs de la rigidité parkinsonienne. — M. Juster. D'après l'auteur qui a introduit la stramoine dans la thérapeutique des syndromes parkinsoniens, les parkinsoniens peuvent prendre quotidiennement du datura sans danger d'accoutumance ou d'intoxication, à la condition d'ordonner les doses minima suffisantes (de 0,20 à 0,70) après avoir obtenu l'effet des doses fortes (de 0,50 à 1 gramme et plus) et en prenant la précaution de ne pas laisser constiper les malades. Pour diminuer chez certains malades les phénomènes secondaires (sécheresse de la bouche, mydriase) M. Juster a prescrit à certains parkinsoniens le datura sous forme de suppositoires à 0,20 de poudre de feuilles (de 2 à 8 par jour). Pour apprécier la rigidité, symptôme sur lequel le datura a le plus d'action, et par suite l'efficacité du traitement, l'auteur préconise les tests suivants :

1° Raccourcissement apparent du bras parkinsonien, les deux bras étant étendus parallèlement et au maximum;

2° Difficulté pour le bras rigide de faire la pronation ou la supination forcées;

3° Signe de la très grande variabilité de la souplesse ou de la raideur (du tonus) des mouvements lorsqu'on mobilise passivement une articulation (poignet, coude, genou, etc.) un certain nombre de fois (30 à 50);

4° Diminution ou absence des oscillations de la canne tenue d'une main par le sujet, comme s'il portait un cierge.

Enfin il souligne l'intérêt du signe de M. Souques : la diminution ou la perte des mouvements associés.

Appendicite. Angine et terrain. — M. Liacre rappelle qu'on a signalé déjà les relations qui unissent l'angine et l'appendicite. Il cite une statistique qui permet de penser que ces relations existent bien, mais surtout, au point de vue du pronostic, il semble utile à considérer les relations du point de vue physiologique. Et ici la vieille classification hippocratique semble garder toute sa valeur et fournir des indications très précieuses.

TECHNIQUE HISTOLOGIQUE

SUR LA PRÉPARATION D'UN MÉLANGE COLORANT POLYCHROME (HISTO-POLYCHROME) DESTINÉ A SIMPLIFIER LA COLORATION DES COUPES HISTOLOGIQUES (1).

Les méthodes trichromiques classiques sont longues et, en des mains inhabiles donnent souvent des résultats insuffisants. Aussi, continuant les travaux de son regretté maître le professeur Tribondeau, M. Charles Gaussen a-t-il tenté de réaliser un mélange tel qu'un seul bain permette d'obtenir automatiquement et sans aucune habileté de la part de l'opérateur, une coloration suffisamment élective pour donner, non seulement des images topographiques instructives mais encore les principales indications tissulaires que peut fournir l'analyse chromatique.

La formule du mélange, que l'on trouve tout préparé chez Cogit, est la suivante :

Solution saturée de bleu d'aniline	0,8 c.c.
Solution de ponceau de xylidine	1,2 c.c.
Solution alcoolique saturée d'acide picrique	6 c.c.
Solution alcoolique de Magenta	6 c.c.
Eau distillée ordinaire	11 c.c.

Mélanger dans l'ordre indiqué. N'ajouter les solutions alcooliques que peu à peu, en agitant.

Technique de la coloration. — La préparation est plongée

(1) *C. R. de la Soc. de biol.*, 20 nov. 1926.

pendant deux minutes dans un tube de Masson contenant l'histo-polychrome, égouttée pendant dix secondes, lavée au compte-gouttes pendant dix secondes au maximum à l'alcool absolu pour la dépouiller de l'excès de colorant et la déshydrater, puis plongée dans le toluène et montée au baume. La manipulation dure au maximum trois minutes, ce qui est un résultat réellement intéressant.

Résultats. — Chromatine rouge. Cytoplasmes gris rosés. Collagène bleu. Fibroglie et tissu élastique rouges. Globules rouges jaune orangé. Mucus violacé.

Le contour des cellules et le détail des cytoplasmes sont suffisamment accusés. Les plus fines fibrilles collagènes sont visibles.

Le collodionage des coupes avant coloration, suivant la méthode de Regaud, améliore considérablement le résultat, au point de vue de l'électivité des couleurs. Dans ce cas, porter à quatre minutes le temps d'immersion dans l'histo-polychrome.

LIVRES NOUVEAUX

Les Etats nerveux et leurs traitements (1), par le docteur A. Lestchinski. Préface du professeur Claparède.

Ceci est avant tout un livre de vulgarisation, mais c'est aussi un livre d'étude que les médecins tout autant que le public auront intérêt à lire, parce qu'il est clair et bien systématisé. Les trois états nerveux passés en revue sont la neurasthénie, la psychasthénie et l'hystérie. Peut-être y aurait-il quelque chose à redire sur cette classification, mais il s'agit ici moins de doctrine que de faits, et l'auteur, du point de vue où il se place, a sans doute eu raison de maintenir cette ancienne division. Chaque état d'ailleurs est bien décrit et illustré d'exemples intéressants. On y trouve néanmoins, comme de juste, l'influence de l'Ecole de Zurich et des idées de Freud, mais sans exagération, car l'esprit de cet ouvrage est essentiellement éclectique. La troisième partie est consacrée aux traitements, qui sont exposés avec beaucoup de détails, et la cinquième à des considérations générales sur la prophylaxie et aux données actuelles relatives aux types psychologiques. En somme, ce petit livre est une excellente mise au point dont tous les praticiens tireront quelque profit.

J. L.

(1) In-16. — Paris, Alcan.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 7 avril. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Roussy, président; Panisset et Robin. — M. Hézon. Etude sur la tuberculose canine.

Vendredi 8 avril. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Couvelaire, président; Dechambre et Moussu. — M. Baylac. Recherches sur la fécondité des étalons.

Samedi 9 avril. — Jury : MM. Achard, président; Guillain, Jeanselme et Nobécourt. — M. Terrade. A propos d'un cas de diabète insipide. — M. Dalbera. La loi d'Ollier. — M. Lissade. Le syndrome éléphantiasis tropical. — M. Chalot. Sur le foie tuberculeux chez l'enfant. — M. Andrieu. Contribution à l'étude des troubles vestibulaires dans le zona.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANÉVRISMES ARTÉRIO-VEINEUX [1]

4° Au membre inférieur :

L'anévrisme des vaisseaux iliaques ou de la *fémorale primitive* est grave vu les dangers de gangrène si l'on est appelé à faire une ligature;

5° Enfin, parmi les localisations particulières, il faut citer :

A. *La communication de la carotide interne et du sinus caverneux* donnant l'**exophtalmas pulsatif** :

Il survient après facture de l'étage antérieur du crâne,

Et se traduit cliniquement par :

Une exophtalmie unilatérale ou dilatation des artères superficielles.

Des battements visibles ou palpables, isochrones du pouls.

Un souffle continu à renforcement systolique s'étendant à tout le crâne perçu par le malade et se propageant à distance le long de la colonne vertébrale.

Des troubles visuels ou paralysie.

B. *L'anévrisme sur un moignon d'amputation.*

DIAGNOSTIC

Quel que soit son siège *deux signes cardinaux*, le souffle, le Thrill continu à renforcement systolique caractérisent l'anévrisme.

Pris isolément souffle et Thrill peuvent se rencontrer en dehors de l'anévrisme artério-veineux.

1° **Le Thrill** peut en effet se rencontrer :

1. Dans les compressions vasculaires;
2. Dans certaines tumeurs malignes télangectasiques dans certains sarcomes;
3. Dans les dilatations vasculaires consécutives à des opérations sur le sympathique.

2° **Le souffle** à condition d'être **continu à renforcement systolique** est le meilleur signe.

Il ne peut exister que dans :

a. *Certains anévrismes circoïdes.*

b. Il ne s'observe jamais dans l'*anévrisme artériel.*

Cependant en se propageant le souffle de l'anévrisme artériel devient moins intense, bientôt seul le renforcement systolique est perçu et pourrait alors simuler un souffle d'anévrisme artériel.

3° Le diagnostic ne se pose donc qu'en présence des deux symptômes réunis.

Il est alors facile, car les deux lésions qui présentent les mêmes symptômes ont d'autres caractères bien particuliers.

L'anévrisme circoïde siège à la face, au cuir chevelu, aux extrémités et succède généralement à un angiome.

Il porte sur des vaisseaux de petit calibre.

Les artères sont flexueuses, dilatées autour de la lésion.

Enfin la compression de l'artère au-dessus ne modifie en rien les signes.

Certains sarcomes télangectasiques à circulation lacunaire pourraient prêter à erreur, mais leur évolution rapide tranche rapidement le diagnostic.

Le diagnostic d'anévrisme artério-veineux établi,

1° **Reste à en préciser le siège** en s'aidant :

Du signe de Terrier;

Des renseignements fournis par le palper et l'auscultation;

De la radiographie quand le projectile est encore inclus, et l'on établira le trajet du projectile par rapport à la ligne de ligature.

Souvent le siège exact est très difficile à établir avec certitude, la lésion pouvant porter sur une collatérale voisine d'un gros tronc artériel.

2° **A préciser encore l'état des voies collatérales** dans un but d'indication opératoire.

L'on comparera l'état du pouls en aval, avant et après compression en amont, pour se rendre ainsi compte de l'état des voies collalérales.

La palpation des artères collatérales sous-jacentes,

La prise de la température axillaire au Pachon au-dessous de l'anévrisme, sont autant de méthodes importantes.

TRAITEMENT

La condition essentielle et suffisante est la suppression de la communication artério-veineuse.

Les traitements non-sanglants autrefois employés ont été abandonnés.

Le traitement sanglant est toujours indiqué.

Parmi les multiples méthodes certaines doivent être abandonnées (Lecène) :

La ligature simple en amont;

La double ligature artérielle en amont et en aval à cause des dangers qu'elles présentent.

Restent quatre procédés qui peuvent être employés.

1° **Procédés.** — *a.* **La quadruple ligature** n'est pas un procédé de choix, elle n'est qu'une nécessité lorsque l'extirpation est impossible.

Ses résultats fonctionnels éloignés restent dans l'ensemble mauvais.

b. **Extirpation avec ou sans restauration vasculaire.** — A été avant la période de restauration vasculaire la méthode de choix.

Elle supprime la lésion, ses accidents, ses complications, et donne souvent de très bons résultats.

La restauration artério-veineuse par suture ou par greffe après résection de l'artère a été longtemps l'opération idéale.

c. La séparation artério-veineuse suivie d'angioraphie est chaque fois que l'artère et la veine sont isolables et que la suture de la brèche est possible une excellente méthode.

Elle supprime la communication artério-veineuse et rétablit la circulation du tronc artériel.

Suivant les cas l'on peut être amené à faire :

Soit une *simple ligature du canal intermédiaire*;

Soit une *suture latérale.*

d. Enfin l'endo-anévrismopathie de Matas encore peu expérimentée en France semble un bon procédé surtout quand les adhérences rendent difficile l'extirpation de l'anévrisme.

En réalité tous ces procédés restent des procédés difficiles, des « procédés aventureux » qu'il ne faut entreprendre que dans des conditions très favorables.

« La simple ablation d'un anévrisme artério-veineux est toujours chose difficile et grave. La séparation idéale des deux vaisseaux ne sera jamais qu'un cas d'exception. » (Lecène, Leriche.)

C'est pourquoi :

2° Choix du procédé reste difficile. Il faudra se baser sur :

1. **Le siège anatomique de la lésion**, car il est des régions où la ligature est dangereuse, susceptible d'amener la gangrène.

2. **L'âge du sujet.** — Chez les sujets jeunes l'intervention est plus facile, les résultats meilleurs vu l'état anatomique du système artériel tout entier.

3. Enfin d'un ensemble de **conditions locales** que l'on ne peut juger qu'à l'intervention.

3° Quand faut-il intervenir?

L'expérience et l'évolution anatomique des lésions montre que l'intervention doit être pratiquée :

a. *Soit dans les tout premiers jours*, car à partir de sept à huit jours les conditions deviennent défavorables,

b. *Soit au contraire cinq semaines à deux mois après*, c'est-à-dire d'attendre que l'anévrisme soit constitué (Grégoire).

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, nº 24, p. 407, et nº 26, p. 439.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 29. — SAMEDI 9 AVRIL 1927. 100e ANNÉE. SAMEDI 9 AVRIL 1927. — N° 29.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.

Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Modifications au règlement :

Assistants d'électro-radiologie. — Les assistants d'électro-radiologie prennent le titre d'assistants d'électro-radiologie de l'hôpital auquel ils sont attachés.

Les assistants d'électro-radiologie sont nommés à la suite d'un concours dont l'ouverture est annoncée par voie d'affiches un mois à l'avance. Le nombre des places à attribuer est arrêté par le directeur général de l'administration en tenant compte du nombre des places vacantes, mention en est faite sur les affiches.

Concours d'assistants d'électro-radiologie. — Le jury du concours comprend sept membres :

Les trois représentants au Conseil de surveillance des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux (ou en cas d'empêchement de leur part de délégués présentés à cet effet par les sociétés intéressées);

Quatre électro-radiologistes des hôpitaux tirés au sort parmi les électro-radiologistes en exercice et honoraires, l'un d'eux toutefois devant être tiré au sort parmi ceux qui se trouvent inscrits sur la liste des électro-radiologistes des hôpitaux spécialisés en électrologie.

Les candidats au concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux doivent justifier qu'ils sont de nationalité française et qu'ils possèdent le diplôme de docteur en médecine obtenu devant une faculté de médecine de France (diplôme d'Etat).

Ils devront justifier, en outre, qu'ils sont titulaires des certificats de radiologie et d'électrothérapie de la Faculté de médecine de Paris et qu'ils ont accompli à un titre quelconque un stage d'une durée d'un an dans un service central d'électro-radiologie des hôpitaux ou dans un des postes individuels de radioscopie annexé aux services hospitaliers ou à un des services de clinique de la Faculté installés dans les hôpitaux de l'administration.

Toutefois exceptionnellement et à titre de mesure transitoire, pour le ou les concours à ouvrir en 1927, les candidats seront dispensés de satisfaire à ces deux dernières conditions.

Les épreuves du concours sont réglées ainsi qu'il suit :

1° Une épreuve sur titres.

Les candidats disposent de dix minutes pour l'exposé oral de leurs titres et travaux universitaires, scientifiques et hospitaliers.

Cette épreuve sera cotée de zéro à cinq points.

2° Une épreuve de manipulation consistant en un exercice de pratique électro-radiologique pour lequel les candidats disposeront de quinze minutes qu'ils utiliseront à leur gré pour la présentation et l'exposé oral de la question.

Le nombre maximum des points attribué pour cette épreuve est fixé à 20. Cette épreuve sera faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet de la faire subir à tous au cours de la même séance.

Les questions au nombre de trois, dont une devra porter obligatoirement sur l'électrologie, sont rédigées et arrêtées par le jury chaque jour d'épreuve immédiatement avant la séance. La question à traiter est désignée par le sort.

Programme des matières. — Le programme des matières qui pourront faire l'objet des questions posées par le jury sera arrêté par le directeur général de l'administration.

Classement des candidats. — Le classement des candidats est effectué d'après le nombre des points obtenus par chacun d'eux à l'ensemble des épreuves du concours. Pour les candi-

dats *ex æquo* le classement s'établira de la manière suivante : d'abord les anciens internes des hôpitaux de Paris, puis les anciens externes des hôpitaux de Paris (les internes provisoires étant classés comme externes), enfin ceux qui n'ont été ni interne ni externe, la priorité dans chacune de ces catégories résultant de la plus grande ancienneté de thèse.

La liste générale de classement des assistants est établie par le directeur de l'administration, en tenant compte d'abord de leur rang sur la liste des assistants ayant été reconnus admissibles à la suite des épreuves d'admissibilité de l'un des concours ouverts pour l'emploi d'électro-radiologiste des hôpitaux, les assistants étant classés sur cette liste d'après la date du concours auquel ils ont été déclarés pour la première fois admissibles. Il est ensuite tenu compte, pour le classement des assistants non encore admissibles à un concours, du rang de classement obtenu au concours à la suite duquel ils ont été nommés.

(*Voir la suite des* INFORMATIONS, *p. 486.*)

CHRONIQUE

LE CENTENAIRE DE LA NAISSANCE DE LISTER

La Société Royale de Londres vient de célébrer solennellement le centième anniversaire de la mort de Lord Lister. Le roi George V, le gouvernement britannique, les Sociétés et les corporations de Londres, les Sociétés savantes du monde entier ont tenu à rendre hommage à sa mémoire.

Nous donnerons un compte rendu détaillé de ces fêtes où M. Baldwin, au nom du gouvernement britannique, le professeur Hartmann (de Paris) et le professeur von Grüber (de Munich) au nom des chirurgiens étrangers firent l'éloge de Lister.

A la cérémonie de Westminster, trois couronnes furent déposées par M. Bazy au nom de l'Institut de France, M. Hartmann au nom de l'Académie de médecine, et Pasteur-Vallery-Radot au nom de l'Institut Pasteur.

Joseph Lister est né le 5 avril 1827, dans un village du comté d'Essex. Son père Joseph Jackson Lister était un grand négociant et en même temps un savant très estimé qui devint membre de la Société Royale d'Upton. On lui doit des recherches intéressantes en physique, il fut l'inventeur du principe sur lequel est construit le microscope achromatique.

Lister prit ses premiers grades à Londres. En 1855 il devint fellow du Collège de chirurgie d'Edimbourg. Il occupa ensuite, en 1860, la chaire de clinique chirurgicale à Glascow où dès 1867 il appliqua sa méthode, puis il passa à Edimbourg. Il devint en 1877 professeur de clinique chirurgicale au Collège Royal de Londres, et chirurgien du Roi.

Il était membre de l'Université du Collège Royal de Londres, membre d'un grand nombre de Sociétés savantes, président de la Société Royale, président de la Société britannique pour l'avancement des sciences, associé de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine de Paris. En 1884 il avait été nommé baronnet, et quelques années après élevé à la pairie.

Comblé d'honneurs, les plus mérités qui soient, Lister mourut en 1912.

LA MÉTHODE DE LISTER. — Pour mesurer la reconnaissance que l'on doit au grand chirurgien anglais il faut se rappeler ce qu'était avant l'avènement de l'antisepsie la mortalité opératoire et postopératoire. Elle était effrayante.

La méthode de Lister, qui changea la face des choses, peut être ainsi schématisée : Destruction des germes par l'eau phéniquée en lavages et en pulvérisations avant, pendant et après l'opération. Emploi du catgut, drainage, réunion immédiate, pansements imprégnés de substances antiseptiques.

Lister fit connaître sa méthode dans une série de travaux qu'il publia en 1867 dans *The Lancet* :

« *On a new method of treating compound fractures, abcess, etc., with observations on the conditions of suppuration* », *Lancet*, t. I, mars 1867 et suivants.

« *On the antiseptic principle in the practice of surgery* », *Lancet*, 1867, t. II, septembre et suivants.

« *Illustrations of the antiseptic system of treatment in surgery* », *Lancet*, novembre 1867.

Ces publications eurent un grand retentissement. La *Gazette des hôpitaux* (n° 141, 1867), les signalait dans ces termes :

« M. Lister, comme M. Maisonneuve, revendique surtout l'honneur d'avoir découvert un principe.

« Il ne prétend plus être le premier à se servir d'acide phénique, mais à s'en servir, comme il le fait, avec méthode et dans un but parfaitement déterminé.

« M. Lister ne se préoccupe ni de « l'oxydation des plaies » comme M. Guérin, ni de « la mort des liquides sécrétés » comme M. Maisonneuve. Sa théorie fondamentale est celle des *germes* « germs theory ».

« C'est dire que, s'appuyant sur les travaux de M. Pasteur, il attribue aux germes organiques microscopiques transportés dans l'air toutes les fermentations et décompositions de liquides secrétés.

« C'est pour détruire leur vitalité qu'il a pris l'acide phénique. »

Ce n'est pas diminuer le mérite des admirables travaux de Lister que de leur donner Pasteur pour inspirateur direct. Lister a d'ailleurs témoigné bien souvent sa vénération pour le grand savant français et personne n'a oublié l'hommage émouvant qu'il rendit à Pasteur, lors de son jubilé, le 27 décembre 1892.

Si la méthode de Lister est le résultat immédiat des découvertes d'un français, on peut dire que sa vulgarisation fut, en grande partie, l'œuvre d'un autre français, notre si regretté maître Lucas-Championnière.

Dès 1868, alors interne des hôpitaux, Championnière se rend à Glascow, auprès de Lister et il publie à son retour un premier article sur la méthode antiseptique dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

A partir de ce moment, il suit pas à pas le chirurgien anglais, il retourne le voir à différentes reprises et, notamment en 1875, il se livre à Edimbourg à une étude très approfondie de la méthode de Lister. Jusqu'à la fin de sa carrière, Lucas-Championnière resta fidèle à la méthode antiseptique, il en fut le véritable apôtre à la Société de chirurgie.

Cette fidélité honore autant le disciple de Lister que le maître qui sut l'inspirer. Il était bon de la rappeler au moment où tous les savants du monde s'unissent pour glorifier la mémoire du grand chirurgien anglais.

F. L. S.

REVUE GÉNÉRALE

L'ANÉVRISME DE L'ARTÈRE PULMONAIRE

(avec une observation inédite)

Par Robert POINSO,
Interne des hôpitaux de Marseille.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le docteur François, dont nous avions l'honneur d'être l'interne, un cas d'anévrisme de l'artère pulmonaire. Ces anévrismes sont rares; les observations publiées sont en nombre restreint. Aussi, croyons-nous digne d'intérêt de rapporter l'histoire de notre malade.

Observation inédite (François et Poinso). — Mme Boyad... Arménienne, âgée de trente-cinq ans, entre à l'hôpital le 27 juillet 1925, pour douleurs précordiales.

Les renseignements que nous avons pu obtenir, grâce à un interprète, ne sont pas très nombreux. Nous avons appris que le début apparent remonte à deux mois; la malade se plaint à cette époque, de dyspnée d'effort (surtout marquée lors de l'ascension des escaliers); en même temps, elle accuse des douleurs à caractère constrictif dans la région précordiale et derrière le sternum. Depuis quelques jours, la dyspnée est presque continuelle; elle est accompagnée de cyanose, surtout nette au visage. Enfin, notre malade, lorsqu'elle a marché un certain temps, remarque qu'elle a de l'œdème malléolaire et des jambes. Les douleurs constrictives allant en augmentant progressivement décident cette Arménienne à se faire hospitaliser. En dehors de ces signes, elle est sujette à des vertiges suivis de chutes parfois, sur lesquels nous n'avons pu obtenir d'autres précisions; elle ressent un peu de pesanteur douloureuse dans la région sous-hépatique. Son appétit est conservé, et ses fonctions digestives sont normales.

Les antécédents sont muets; célibataire, sans aucun incident génital, notre malade dit n'avoir jamais eu d'affection grave; elle n'a pas eu de rhumatisme aigu, en particulier.

Examen, l'inspection du cœur nous montre que la pointe bat dans la Ve espace; il y a un autre centre de battements avec expansion dans les IIe et IIIe espaces intercostaux gauches avec léger mouvement ondulatoire propagé de droite à gauche; à la palpation, on sent un frémissement cataire dans les IIe et IIIe espaces gauches, avec expansion; ce frémissement est continu, la percussion nous a montré une matité cardiaque agrandie, et surtout une matité « en cimier de casque » à convexité gauche, dans la région des IIe et IIIe espaces gauches; à l'auscultation, nous notons, au foyer pulmonaire, un souffle systolique intense, râpeux, suivi d'un claquement bref du deuxième bruit, ce souffle se propage vers la clavicule, est assez limité; à la pointe, les bruits sont durs. L'aorte est normale cliniquement. Les pouls radiaux sont égaux, petits, battant à 84 pulsations par minute; il n'y a pas de danse des artères; la tension artérielle est de 10-6, indice 2 (Pachon). Les poumons sont normaux. Le foie déborde légèrement les fausses côtes et sa pression est douloureuse; la rate n'est pas percutable; le système nerveux est absolument normal; les urines n'ont ni sucre, ni albumine; il n'y a pas d'œdème malléolaire actuellement. Enfin, nous avons noté la présence de quelques ganglions inguinaux bilatéraux (pas de ganglions épitrochléens). Le Bordet-Wassermann a été positif (++); *la radioscopie*, pratiquée par M. le docteur Huguet, nous a donné les renseignements suivants : « Augmentation de l'ombre cardio-vasculaire; légère augmentation de l'arc inférieur avec pointe abaissée. Arc moyen très développé faisant une saillie avec mouvements d'expansion importants, refoulant l'arc supérieur, presque invisible, sur la ligne médiane. Au niveau du bord droit, saillie très nette de l'oreillette droite. *Les ombres hilaires droites sont animées d'une danse extrêmement caractéristique et très accentuée.* Les dimensions horizontales du cœur sont très augmentées, par développement du ventricule droit. En oblique, la portion rétro-aortique est claire. L'oreillette droite comble à peu près entièrement la

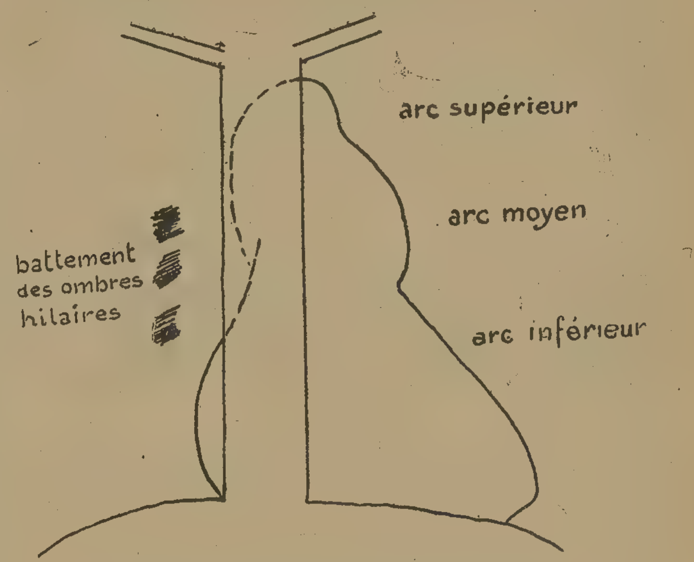


Schéma radioscopique de notre malade (face).

portion inférieure du médiastin postérieur et au fur et à mesure qu'on passe de l'O A D au profil droit, on voit se détacher la grosse artère pulmonaire dans la partie moyenne. En somme, examen radiologique en faveur de dilatation anévrismale de l'artère pulmonaire. » Nous n'avons pu, à notre grand regret, compléter cette observation par des examens de laboratoire, cette malade étant partie assez rapidement.

En nous servant des signes constatés par la plupart des cardiologues qui ont publié des cas d'anévrisme pulmonaire et des nôtres propres, nous allons envisager l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet, assez peu connu, puisqu'il n'est pas cité dans les traités classiques et que la matière en est éparse dans les communications des Sociétés savantes.

Définition. — On désigne sous le nom d'anévrisme de l'artère pulmonaire la dilatation localisée — formant tumeur — de ce vaisseau, survenant à la suite d'altérations pariétales, le plus souvent syphilitiques, et se produisant sous l'influence de la pression intra-artérielle.

Historique. — Les cas d'anévrisme de l'artère pulmonaire sont très rares dans la littérature médicale. Ambroise Paré dit avoir trouvé l'*artère veineuse* (il est probable qu'il s'agit, ainsi que le pensent Morgagni et Laennec, de l'artère pulmonaire), assez dilatée pour pouvoir contenir le poing et présentant des ossifications à la surface interne. Morgagni, Laennec, ont observé des cas de dilatation de l'artère, sans anévrisme vrai, chez des sujets atteints pour la plupart de diverses affections chroniques des poumons. Il faut arriver à ces dernières années pour obtenir des observations anatomiques et cliniques, précises (Letulle, Arrillaga, etc...).

Etiologie. — *a.* Les travaux modernes ont mis en relief le rôle de la syphilis; il était à prévoir qu'on penserait à cette affection dans l'étiologie de l'ectasie pulmonaire si voisine de l'ectasie aortique, à la fois cliniquement et anatomiquement; mais la preuve en a été donnée, comme pour l'aorte (Manouélian), par la présence du tréponème dans les parois de l'artère (Arrillaga et Elizalde). Les divers articles que nous avons consultés n'envisagent, en général, que cette hypothèse. Mais comment expliquer que la pulmonaire soit si peu fréquemment touchée, alors que sa voisine l'est avec prédilection? Nous devons avouer notre ignorance.

b. On a cité des cas d'anévrisme traumatique, fait explicable par la position relativement superficielle de l'artère à son origine. Mais nous ne savons pas si antérieurement au trauma, l'anévrisme — ou tout au moins une dilatation de l'artère — n'existaient pas?

c. Enfin, nous rappellerons l'influence de l'âge : entre trente et soixante ans, on le voit, dans des limites assez étendues. Quant au sexe, les observations mentionnent presque autant de cas féminins que de cas masculins.

Anatomie pathologique. — Les examens nécropsiques viennent encore éclairer l'étiologie en nous montrant les lésions classiques de la syphilis. Nous étudierons :

1. *Le cœur* : le cœur droit est dilaté et hypertrophié; le cœur gauche est le plus souvent normal (dans les cas purs). On constate parfois dans le myocarde des cicatrices scléreuses, qui relèvent de la spécificité, pour Letulle et Jacquelin.

2. *L'artère pulmonaire* : peut être le siège d'une ectasie à son origine ou sur l'une de ses branches de division (soit la droite, soit la gauche). Nous n'avons ici en vue, bien entendu, ni les anévrismes des petites branches, ni les anévrismes de Rasmüssen. L'artère est dilatée, affectant une forme cylindrique, ou bien elle est fusiforme, sacciforme.

L'ouverture de la poche montre qu'elle est comblée presque entièrement par des caillots stratifiés, qui laissent parfois à peine un mince tunnel pour le passage du sang (ce qui explique les signes pulmonaires, la cyanose). *Microscopiquement*, l'ectasie est une panartérite chronique mutilante (comme pour l'aorte et tous les anévrismes syphilitiques). La tunique interne présente des phénomènes de thrombo-artérite, et est souvent rupturée; la tunique moyenne est le siège d'une mésartérite chronique insulaire avec segmentation mutilante d'un grand nombre de faisceaux élastiques; la périartère est épaissie et de consistance fibroïde.

Enfin, signature de la vérole, on constate des îlots lymphocytiques autour des vasa vasorum des diverses tuniques, véritables gommes miliaires.

3. Les *poumons* sont toujours atteints. En pourrait-il être autrement avec une lésion aussi grave de leur artère fonctionnelle? Les altérations pulmonaires sont de deux ordres : *mécaniques* d'abord (l'ectasie réalise une sorte de ligature); les poumons sont cyanotiques, turgides; les capillaires sont distendus à l'extrême (congestion); les alvéoles sont parfois confluents, par îlots, gorgés de sérosité ou — plus souvent — de globules rouges (apoplexie localisée); *spécifiques* ensuite : sclérose, gommes microscopiques perdues dans les bandes de sclérose, en rapport avec la syphilis constatée chez le malade. Ces lésions sont cependant assez rares; elles n'existaient pas dans le cas de Letulle et Jacquelin, où les poumons étaient nettement tuberculeux.

Symptomatologie. — La clinique donne peu de renseignements pathognomoniques, en ce sens que presque toutes les lésions de l'artère pulmonaire se traduisent par des signes analogues, et qu'il est souvent difficile d'affirmer l'ectasie. D'autre part, le malade est un asystolique dans de nombreux cas; à cette période, on constate des souffles de la base qu'on met sur le compte de l'aorte ou un souffle mitral, et c'est à l'autopsie qu'on redresse un diagnostic étiologique erroné. Nous verrons que la radiologie nous a donné le moyen à peu près sûr d'établir l'existence d'un anévrisme pulmonaire.

I. **Le début** est insidieux; il remonte parfois à des mois, et le malade qui vient nous consulter a depuis quelque temps remarqué un peu de dyspnée d'effort, de cyanose; ou bien il se plaint de palpitations douloureuses à siège et à caractères variables.

II. A **la période d'état**, on trouve réunis la plupart des signes.

A. Les signes fonctionnels sont assez caractéristiques. C'est d'abord la *cyanose*, une cyanose qui prédomine sur le visage, et bien souvent alors le malade a remarqué qu'il avait les joues très rouges et que cette rougeur persistait, même en l'absence de tout mouvement (ce signe, constaté chez notre malade, est habituellement indiqué par les femmes qui s'inquiètent de cette coloration anormale de leur visage : la malade de Laubry et Parvu avait insisté sur ce fait que, étant jeune fille, elle avait toujours les joues rouges; il s'agissait d'une dilatation simple, mais les signes en sont à peu près identiques à ceux de l'ectasie); la cyanose se voit aussi aux extrémités (mains, ongles — cyanose périunguéale; pieds); elle paraît fréquente au niveau des muqueuses conjonctivale et buccale qui ont alors une coloration vineuse; la langue est « lie de vin » (Arrillaga). On a constaté parfois une congestion intense de la papille (violacée). Cette cyanose est sujette à variations; elle est tantôt accusée sur le visage, tantôt sur les extrémités, chez un même malade; elle s'exagère à l'occasion de toux, d'efforts. Enfin, signalons son absence presque constante sur le tronc. Sa pathogénie est simple : le sang veineux est insuffisamment oxygéné, insuffisamment drainé vers le poumon; il stagne à la périphérie, et on a l'aspect classique du « cardiaque noir » (Lasègue).

La *dyspnée* est un signe important : d'abord dyspnée d'effort, elle devient continue; surtout nocturne, lorsqu'elle est discontinue, elle paraît alors en rapport avec le décubitus dorsal qui est d'ailleurs bien vite intolérable : notre malade était toujours assise. On a le tableau classique de l'orthopnée. La

dyspnée, notons-le, n'est pas — du moins dans notre cas — une polypnée intense, dramatique, comme celle d'un pulmonaire qui asphyxie ou d'un àsystolique; elle est de moyenne intensité, assez silencieuse, et il faut observer avec soin son malade pour s'en rendre compte. Le gonflement des veines jugulaires souligne, avec la dyspnée, une circulation veineuse difficile.

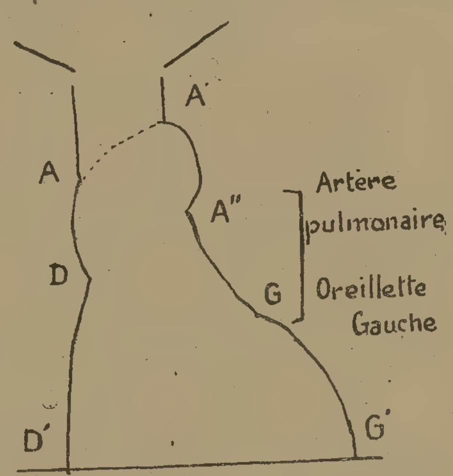
Les *douleurs* de notre malade occupaient le premier plan, puisque c'est pour obtenir leur soulagement qu'elle est entrée à l'hôpital. D'abord simples palpitations douloureuses, puis douleurs proprement dites, ces algies précordiales affectent souvent un siège rétrosternal et médiothoracique (barre douloureuse transversale); il est assez difficile de les discriminer des algies aortiques, d'autant plus qu'il semble que ce soit dans les deux cas le même plexus qui réagisse (on n'est d'ailleurs pas parvenu à obtenir une idée satisfaisante du mécanisme douloureux; est-ce par atteinte simultanée des fibres du plexus cardio-aortique, englobées dans la gangue inflammatoire de médiastinite qui entoure toujours un anévrisme syphilitique? Ces douleurs présentent, cliniquement, deux modalités : superficielles (sensations de coups d'aiguilles) ou profondes. Dans ce dernier cas, il s'agit d'*angor hypercyanotique* : les malades ne pâlissent pas comme en cas d'angor aortique; leurs douleurs exagèrent leur cyanose.

B. Les signes physiques sont calqués sur ceux de l'ectasie aortique (aorte ascendante à son origine), avec cette différence qu'ils siègent à gauche. L'*inspection* montre une voussure avec deuxième foyer de battements dans les IIe et IIIe espaces intercostaux gauches, le long du sternum; il existe en même temps une impulsion systolique diffuse; *à la palpation* on sent un frémissement systolique et diastolique, en dehors du soulèvement qui est caractéristique de l'ectasie (notre malade est à ce sujet presque absolument semblable à celle de Pezzi et Silingardi). La *percussion* délimite dans les cas typiques une matité à convexité externe; c'est une *matité « en cimier de casque » inversée*. L'*auscultation* fait entendre un souffle systolique, intense, rude et râpeux, à propagation limitée : vers la clavicule gauche, jamais vers la droite ou dans les vaisseaux du cou. Le deuxième bruit est claquant (ce claquement peut même être, dans les cas frustes, le seul signe d'auscultation) ou soufflant : on a alors un double souffle, systolique et diastolique (comme dans le cas de Pezzi et Silingardi). Le foyer d'auscultation maximum de ces souffles est le IIe espace intercostal gauche; on voit qu'il est absolument symétrique par rapport au siège aortique. Les signes vasculaires sont très particuliers : le pouls est faible, rapide (il oscille en général autour de 100); la tension artérielle est normale ou basse (voici les chiffres tensionnels de diverses observations, tous recueillis par la méthode oscillométrique : 13,5 — 10; 14,5 — 7,5: 11 — 8; 16 — 10; 10 — 6 : Leconte et Bordet, Arrillaga, Pezzi, François et Poinso).

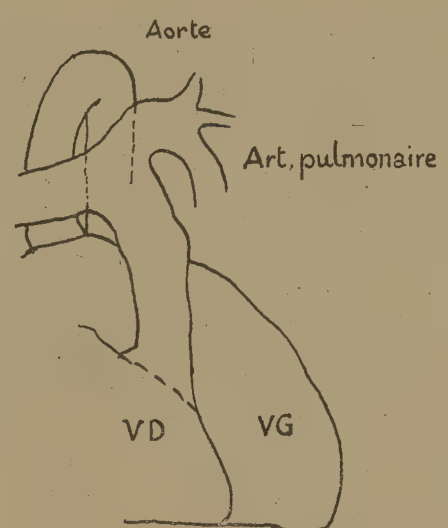
C. L'examen du sang montre : une *polyglobulie* constante; un chiffre de 7 millions de globules rouges n'est pas rare, et souvent on note de 8 à 9 millions d'hématies par millimètre cube; nous rappellerons que ce signe se retrouve dans toutes les cyanoses, congénitales ou acquises; une *hyperglobulie :* augmentation fréquente du diamètre des globules rouges; une *élévation du taux de l'hémoglobine* (120-150 au lieu de 80-100); la formule leucocytaire est normale. Enfin, le plus souvent, en cas d'anévrisme syphilitique, le Wassermann est positif.

D. La radiologie, que l'on doit toujours pratiquer, donne des renseignements de grande valeur. On doit étudier : le cœur et l'artère pulmonaire; le hile.

a. L'image cardiaque normale est trop connue pour que nous la décrivions; l'artère pulmonaire, pour Vaquez et Bordet, correspond sur un orthodiagramme au segment A"G qui se trouve au-dessous



Conception de Vaquez et Bordet (voir texte).



Conception de Laubry et Chaperon (voir texte).

Schémas de l'artère pulmonaire normale aux rayons X.

de l'arc aortique A'A"; elle occupe la partie supérieure du segment A"G, la partie inférieure étant occupée par l'oreillette gauche. L'*arc moyen gauche* est donc constitué à la fois par l'artère pulmonaire et l'oreillette gauche. Pour Laubry et Chaperon, il faut modifier ce schéma classique; d'après leurs études anatomo-radiologiques, ils concluent que le

tronc de l'artère pulmonaire, et lui seul, vient se surajouter au niveau du bord gauche du cœur, masquant l'aorte ascendante qu'il déborde largement, en constituant *seul* l'arc moyen. Par l'intersection de son bord gauche avec le bord du ventricule gauche, le tronc pulmonaire forme une encoche qui termine l'arc moyen et qui est masquée par l'auricule gauche. Ce point est le point G des classiques. Or, pour Laubry et Chaperon, on doit revenir aussi sur cette notion; il existe deux points G, un point G supérieur qui traduit l'origine apparente, classiquement décrite, du tronc de l'artère pulmonaire, au niveau du bord gauche du cœur; un point G inférieur qui marque l'origine apparente du ventricule gauche. Entre les deux points, il y a un segment immobile : ce segment, situé entre deux régions animées de battements, représente aussi une portion du tronc pulmonaire. Lorsqu'il y a ectasie de l'artère, le cœur droit est en général énorme (14cm5 dans le cas de Leconte et Bordet); le cœur gauche est normal (dans les cas purs). Le phénomène le plus apparent est la saillie volumineuse de l'arc moyen gauche, saillie animée de battements et douée d'expansion, surplombée dans les cas typiques par un arc aortique intact (ceci n'est pas toujours vrai, car l'artère peut être refoulée vers le haut et masquer l'aorte). Tels sont les renseignements que l'on obtient dans la projection de face. En OAD, l'artère pulmonaire bombée est surmontée d'une aorte ascendante régulière; en OAG, la tumeur pulsatile est sous-aortique, comblant la partie moyenne de l'espace clair rétro-cardiaque et se confond avec le rachis dont on ne peut la dissocier. Il ne faut pas oublier que cette image typique est souvent moins nette lorsque l'oreillette droite est augmentée de volume.

b. Les ombres hilaires sont dues, comme l'ont montré Delherm et Chaperon, à la projection des branches de division intrahilaires de l'artère pulmonaire; or, ces ombres sont animées de mouvements d'expansion et de retrait en rapport avec la systole et la diastole ventriculaires; cette *danse hilaire* se voit à droite, car c'est de ce côté que normalement les ombres sont le mieux visibles. Il s'agit d'une sorte de pouls bondissant du hile. Ce signe a été découvert par Pezzi et Silingardi; nous l'avons aussi constaté. Il a une réelle valeur diagnostique puisqu'on ne l'a décrit dans aucune autre affection cardiaque. Il semble être lié à l'élévation de la tension artérielle dans la petite circulation (l'hypothèse qui prétendait que la danse hilaire était due à des anévrismes multiples des branches de division de l'artère n'a pas été confirmée).

E. L'ÉLECTROCARDIOGRAPHIE accuse une prépondérance ventriculaire droite; les ondes sont de grande amplitude.

F. Signalons, enfin, l'existence de SIGNES PULMONAIRES fréquents : congestion passive des bases, emphysème et bronchite chronique.

III. **L'évolution** peut être lente. A mesure que l'affection progresse, on note des céphalées, des vertiges, de la *somnolence* (signe cité par tous les auteurs). Parfois ce sont des accidents plus dramatiques, des *hémoptysies* qui peuvent être mortelles et qui sont dues à la tension élevée de la petite circulation.

La *terminaison* se fait, soit à la suite d'une hémoptysie ou de la rupture de l'ectasie [un cas de rupture intrapéricardique (Arrillaga)]; cette rupture paraît assez rare, soit par asystolie droite terminale, avec galop droit, gros foie douloureux, oligurie, œdèmes ou asystolie totale; soit à la suite d'une thrombose intraartérielle (infection secondaire, élévation thermique, signes d'asphyxie rapide, et le plus souvent mort subite); soit, enfin, par maladie infectieuse intercurrente (broncho-pneumonie, grippe, greffées facilement sur ces poumons diminués).

Diagnostic positif. — Le diagnostic doit faire état de trois données : les signes cliniques (dont la valeur, nous l'avons dit, peut être discutée), la radiologie (précieux élément d'information), enfin les examens de laboratoire dont la réaction de Wassermann est le plus important. Le diagnostic des formes cliniques est difficile dans l'état actuel de nos connaissances. On ne peut savoir avec précision le siège de l'anévrisme : tronc, branches droite ou gauche.

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic est délicat, car les affections de l'artère pulmonaire ne sont pas monnaie courante et se confondent facilement.

A. *Ce sont les signes physiques et radiologiques qui prédominent.*

I. **Est-ce une lésion de l'artère pulmonaire?** — Nous éliminerons l'ectasie aortique dont les signes peuvent seuls simuler, parmi les maladies de l'aorte, l'anévrisme pulmonaire. Il s'agit de l'aorte ascendante à son origine. D'une manière générale, l'anévrisme aortique évolue surtout vers la droite (nous écrivons ici en clinicien et non en anatomiste); il compte rarement la cyanose parmi ses signes fonctionnels et est accompagné, au contraire, de pâleur du visage; l'aspect radiologique classique est facile à distinguer; mais, dans les cas où l'anévrisme pulmonaire masque l'arc aortique, l'hésitation est permise. C'est alors qu'un signe, comme la danse du hile, lèvera tous les doutes. S'il n'est pas observé, on s'efforcera, par l'étude attentive de tous les signes, cliniques et radiologiques, de préciser le siège de l'ectasie.

II. **C'est une lésion de l'artère pulmonaire.** — On éliminera :

a. L'INSUFFISANCE PULMONAIRE. — Il y a un souffle diastolique, mais inconstant, qui se propage le long du sternum, vers l'appendice xyphoïde; on ne note pas de frémissement ou d'expansion; la cyanose existe. A la radio, l'artère est légèrement dilatée, mais ne présente pas de battements. L'anamnèse ne donne pas de renseignements utiles puisque, si l'insuffisance relève le plus souvent du rhumatisme articulaire aigu ou d'une maladie infectieuse grave, elle peut reconnaître également une étiologie syphilitique.

b. Le RÉTRÉCISSEMENT PULMONAIRE peut être *acquis* (endocardite rhumatismale) : il n'y a pas de cyanose; on constate un frémissement cataire systolique, un souffle systolique propagé vers la clavicule gauche, intense; à la radio, le cœur droit est augmenté de volume, entraînant le relèvement de la pointe (cœur en sabot); l'arc moyen fait une légère saillie (sans battements); s'il est *congénital* (hérédo-tuberculose, hérédo-syphilis, endocardite fœtale), il y a de la cyanose, de la polyglobulie; les autres signes sont superposables à ceux du rétrécissement acquis.

c. Le RÉTRÉCISSEMENT PULMONAIRE AVEC COMMUNICATION INTERVENTRICULAIRE. — C'est une lésion congénitale; le frémissement cataire et le souffle sont systoliques et bas situés (IIIe espace); à la radio, le cœur droit est augmenté de volume; l'arc moyen gauche forme une saillie nette (dilatation de l'artère associée); si la communication interventriculaire existe seule : souffle systolique au même foyer, propagé « en rayon de roue »; à la radio, augmentation globale du volume du cœur [*cœur en melon* (Duhem)].

d. RÉTRÉCISSEMENT ET INSUFFISANCE ASSOCIÉS : l'artère est dilatée en amont du rétrécissement; on note de la voussure, du thrill; il y a un double souffle, systolique-diastolique; dans quelques cas, l'origine est congénitale, et le malade raconte qu'il a toujours été dyspnéique, qu'il n'a jamais pu jouer comme ses camarades; d'autre part, il a souvent remarqué sa cyanose (cas de Laubry et Parvu). A l'écran, signes connus (absence d'expansion et de battements). Le diagnostic est souvent difficile.

e. LA PERSISTANCE DU CANAL ARTÉRIEL : fait partie d'un syndrome de lésions complexes, type Fallot (communications interauriculaire et interventriculaire). L'origine est congénitale, et il est rare de l'observer à l'âge adulte; cependant, lorsque les lésions sont minimes, le malade peut les supporter jusqu'au jour où un trouble organique les mettra en évidence. On note un souffle systolique-diastolique continu, perçu dans l'espace interscapulo-vertébral au maximum (François-Franck) et renforcé à chaque inspiration. Le malade est, en général, un dystrophique, à la fois physiquement et intellectuellement.

f. LES PETITES DILATATIONS SCLÉREUSES de l'artère pulmonaire sont d'un diagnostic plus intéressant et plus immédiat, puisqu'on les rencontre dans la pratique courante. Elles relèvent d'artérites fixées dans leur phase chronique ou sont consécutives à un rétrécissement; elles sont caractérisées cliniquement par l'absence d'expansion, l'absence également d'un deuxième foyer de battements; par l'accentuation du deuxième bruit, avec ou sans souffle (parfois souffle diastolique d'insuffisance des sigmoïdes pulmonaires). A la radioscopie, on notera un gros cœur droit avec dilatation de l'arc moyen, sans battements. Ces dilatations sont souvent d'origine syphilitique, ainsi qu'y insiste Arrillaga (qui a trouvé le tréponème dans les parois artérielles). Les signes fonctionnels sont identiques à ceux de l'ectasie et ne peuvent servir d'élément différentiel. En résumé, le diagnostic est difficile; c'est une question de nuance, et l'on peut se demander si ces artérites ne sont pas le « prélude » des anévrismes, comme les aortites pour l'ectasie aortique, ainsi que Boinet l'avait déjà noté.

B. *Ce sont les signes fonctionnels qui dominent* le tableau clinique. Suivant les cas on aura à faire le diagnostic des douleurs précordiales, de la dyspnée. C'est surtout la cyanose qui retient l'attention : on la constate dans presque toutes les affections pulmonaires, comme nous l'avons vu; elle peut être mise sur le compte de l'asystolie, de l'insuffisance ventriculaire droite; et à cette période le diagnostic de la cause de l'asystolie est quasi-impossible; elle peut être symptomatique des diarrhées profuses, des broncho-pneumonies, des splénomégalies et de l'hypoglobulie; il est en général facile de trouver la cause.

Pronostic. — Fatal; mais parfois l'évolution est lente.

Traitement. — Ne diffère pas de celui des ectasies aortiques syphilitiques.

BIBLIOGRAPHIE

VAQUEZ et BORDET. *Le Cœur et l'aorte*, Paris 1913, Masson.

NIKOLAÏEW. Deux cas d'anévrisme de l'artère pulmonaire, *Roussky Vratch*, 1916, t. XV, n° 11; analysé in *Arch. des mal. du cœur*, 1918.

LETULLE et JACQUELIN. Anévrismes syphilitiques de l'artère pulmonaire, *Arch. des mal. du cœur*, 1920.

LAUBRY et PARVU. Lésions complexes de l'artère pulmonaire d'origine congénitale, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 19 nov. 1920.

CROUZON et GRENAUDIER. Un cas de dilatation de l'artère pulmonaire à son origine, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 13 janv. 1922.

ARRILLAGA. La sclérose de l'artère pulmonaire chez les cardiaques noirs; L'anévrisme de l'artère pulmonaire chez les cardiaques noirs (3 cas), *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 7 mars et 25 juillet 1924.

LECONTE et BORDET. Dilatations anévrismatiques probablement syphilitiques de l'artère pulmonaire, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 mars 1924.

PEZZI et SILINGARDI. A propos d'un cas d'ectasie de l'artère pulmonaire, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 23 janv. 1925.

LAUBRY et CHAPERON. Etude anatomo-radiologique des cavités cardiaques, in *Journ. méd. franç.*, avril 1926.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 MARS 1927)

L'équilibre lipoidique du sérum sanguin. — MM. Ch. ACHARD, A. GRIGAUT et A. LEBLANC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 AVRIL 1927)

Hérédité du cancer. — M. AUVRAY, à propos de la discussion sur l'hérédité du cancer rapporte un nouvel exemple très curieux, qui lui a été communiqué par un confrère concernant une famille dans laquelle le cancer a été observé pendant

quatre générations successives, dont trois générations sur le même organe. Ces trois générations ont été atteintes de cancer du corps de l'utérus; à la première génération, la femme est morte à quatre-vingt-neuf ans; à la seconde génération, elle est morte à soixante-neuf ans; à la troisième génération, elle a succombé à l'âge de soixante-deux ans; à la quatrième génération, le cancer a atteint un homme, qui meurt à cinquante-quatre ans, d'un cancer du rectum. Il n'y a pas eu cohabitation entre les sujets de cette famille. Il est à remarquer que, dans le cas précédent, le cancer a frappé des sujets de plus en plus jeunes; il en était de même dans les cas de cancers successifs du rectum ou de l'ovaire rapportés par M. Auvray dans la précédente séance.

Election d'un vice-président. — Il est procédé à l'élection d'un vice-président en remplacement de M. Balzer, démissionnaire pour raison de santé.

Au premier tour de scrutin, M. Béclère est élu par 56 voix et un bulletin blanc sur 57 votants.

M. Béclère remercie ses collègues et exprime ses regrets de devoir son élection à la maladie d'un collègue pour lequel tout le monde éprouve une profonde estime et une vive affection.

Sur l'invitation du président, M. Béclère prend place au bureau.

Discussion du rapport de M. Labbé sur la réforme des études médicales. — M. Cazeneuve ne partage pas l'opinion de la commission au sujet du baccalauréat. Il demande qu'une solide éducation littéraire soit à la base des études médicales et s'appuie sur l'opinion de Brouardel à ce sujet.

M. Quénu pense que la médecine a évolué depuis l'époque de Brouardel et il estime que celui-ci aurait aujourd'hui un avis différent.

— La discussion reprendra dans une prochaine séance.

Vaccinothérapie des poradénites. — M. Pierre Dellet apporte deux nouveaux cas de poradénite traités par la vaccinothérapie. Sa méthode est une application de la vaccination antirabique de Pasteur. L'agent pathogène de la poradénite étant inconnu, on ne peut en employer d'autre. Les deux nouveaux cas rapportés montrent l'efficacité de la méthode.

Structure du muscle strié. — M. Lutembacher. Le muscle cardiaque et les muscles volontaires ne sont pas composés de fibrilles avec disques minces et disques épais comme il est admis classiquement. Ils sont formés de deux membranes superposées : une membrane à ondulations ou cannelures transversales larges et une membrane finement plissée ou cannelée longitudinalement. C'est le recoupement de ces deux systèmes d'ondulations superposées qui explique la double striation.

De nombreuses microphotographies présentées par l'auteur montrent le bien fondé de cette conception qui modifie complètement les hypothèses émises sur la nature de la contraction musculaire.

Le radioqualitomètre à lecture directe et continue du docteur Solomon. — M. Béclère présente cet instrument qui présente l'avantage de donner d'une façon continue et à simple vue la qualité du rayonnement complétant ainsi le quantitomètre à lecture courante.

Enquête sur la cuti-réaction dans une population rurale. (Présentation faite par M. L. Bernard.) — M. Phelebon (de Montrichard) apporte les résultats d'une enquête pratiquée sur une population rurale à l'aide de la cuti-réaction. Ses conclusions, appuyées sur un nombre considérable de faits bien observés, montrent que dans ce type de population la cuti-réaction apparaît surtout à partir de dix-neuf ans.

M. Léon Bernard insiste sur l'intérêt de ces résultats, très peu d'enquêtes ayant été faites dans cet ordre d'idées.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1927)

Considérations sur les épanchements pleuraux au cours de la cirrhose de Laennec. — MM. Vedel et Puech. Ces épanchements sont fréquents. Ils évoluent à bas bruit siégeant aussi bien à gauche qu'à droite, parfois bilatéraux. Ils sont à tendance hémorragique ; le liquide est ou franchement hémorragique ou histologiquement hémorragique. Leur pathogénie ne saurait être univoque comme le prouve l'examen du liquide et les circonstances de son apparition : la pleurésie tuberculeuse paraît moins fréquente qu'il n'est dit d'habitude; il peut s'agir d'hydrothorax survenant au cours des poussées d'hydropigènes de la cirrhose : le plus souvent on a affaire à des hydropleurites. L'origine mécanique est représentée par la compression par l'ascite, la gêne de la circulation sus-hépatique, parfois l'insuffisance cardiaque, l'origine inflammatoire par la périhépatite, une infection occasionnelle : tuberculose (hydropleurite baccilifère), infections diverses.

Arthrite du genou secondaire à une ostéite éberthienne récidivée. Arthropathie syphilitique associée. — M. Mourgue-Molines.

Subluxation congénitale des deux rotules. — M. Maricau (de Magalas).

Traitement du charbon par le novarsénobenzol. — M. Raux (de Millau). Guérison rapide d'un cas de pustule maligne de la joue par le seul traitement novarsénobenzolique (injections intraveineuses de 0g60, 0g90, 0g60 du médicament), pendant trois jours.

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1927)

La simulation de l'amaurose bilatérale. — M. Villard.

Le pansement actino-marin et le traitement des adénites bacillaires avec lésions cutanées. — M. Delcroix (d'Ostende).

Kyste hydatique latent du foie. — MM. Rimbaud et Boulet. Chez un vieillard qui présentait un très gros foie, dur et uni comme dans la cirrhose, sans splénomégalie ni ascite, l'autopsie montra l'existence d'un kyste hydatique volumineux, entouré d'une réaction cirrhotique très intense. Ce cas est à rapprocher de celui publié récemment par MM. May et Bocage à la Société médicale des hôpitaux de Paris (2 décembre 1926).

A propos de l'action diurétique du chlorure de calcium. — MM. Rimbaud et Boulet. Observation très remarquable de l'action diurétique, chlorurique et curative des œdèmes, du chlorure de calcium en ingestion à hautes doses dans un cas de néphrite hydropigène.

Maladie de Paget. — MM. Estor, Sicard et Laux. Observation d'un malade de soixante ans entré à l'hôpital pour hydrocèle de la vaginale gauche.

Cet homme présente les déformations typiques de la maladie de Paget : augmentation de volume du crâne et de la mâchoire inférieure (tour de tête 65 centimètres) courbures anormales en même temps qu'épaississement des membres surtout des avant-bras et de la jambe. La radiographie montre l'aspect floconneux du tissu osseux, surtout au niveau du crâne.

Le caractère particulier du cas rapporté est dû à l'évolution absolument indolore, à la date d'affection assez précoce (vingt-sept ans) et à l'arrêt du processus morbide qui date déjà de dix ans. A noter que chez cet homme, la réaction de Bordet-Wassermann a été légèrement positive.

Fibrome de l'ovaire tordu. — MM. Sicard et Laux.

(SÉANCE DU 28 JANVIER 1927)

A propos des étapes consécutives à la réduction dans le traitement des luxations congénitales de la hanche. — MM. MASSABUAU, GUIBAL et LAUX.

Sur le traitement du torticolis congénital. — MM. MASSABUAU, GUIBAL et DUPONNOIS.

Tumeur mélanique. Evolution ultrarapide après intervention. — MM. FORGUE et MOURGUE-MOLINES.

Hernie diaphragmatique. — MM. ETIENNE et SICARD.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ART DENTAIRE. EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

MÉCANICIEN POUR DENTISTE

L'exercice de la profession de dentiste peut prêter facilement à l'exercice illégal de la médecine, parce que le chirurgien-dentiste est dans la nécessité de se faire assister par un spécialiste, que l'on nomme communément un mécanicien.

En quoi consiste, au point de vue juridique, l'emploi de ce dernier? La Cour d'appel de Toulouse, dans un arrêt du 2 décembre 1926 (*Gaz. Pal.*, 2 mars 1927), l'a déterminé de la façon suivante : elle indique tout d'abord qu'il faut dire *mécanicien pour dentiste* et *non mécanicien-dentiste* et ajoute que, par mécanicien pour dentiste, il faut entendre « l'artisan qui fabrique à l'atelier des dentiers et des pièces de prothèse pour le compte de son patron chirurgien-dentiste, ou de plusieurs chirurgiens-dentistes s'il est mécanicien à façon, et sur remise de l'empreinte prise dans le cabinet du dentiste pour confectionner, sur le modèle qu'il en prend, le dentier ou la pièce de quelques dents dont on lui confie l'exécution. » Autrement dit, la fonction du mécanicien pour dentiste consiste dans l'exécution des prescriptions qui lui sont données par le chirurgien-dentiste; le mécanicien ne saurait avoir pour client le malade. Il n'est pas inutile de rapprocher la décision dont nous allons donner connaissance de celle qui a été rendue et que nous avons publiée au sujet des oculistes (1).

Dans son arrêt, la Cour de Toulouse résout d'abord une question d'association entre les deux chirurgiens-dentistes qui avaient employé des mécaniciens. « Attendu, tout d'abord, dit-elle, que la négation de S... et de L... de leur association se heurte à des circonstances qui en démontrent, au contraire, la réalité, notamment leur longue et étroite collaboration, l'annonce par la voie de la presse de la réunion de leurs cabinets, la fusion si complète de leur clientèle qu'elle était traitée indifféremment par l'un et par l'autre, et l'aveu de S... lui-même à l'ouverture de l'information — circonstances qui ne sont pas affaiblies par l'explication tardive formulée pour la première fois devant la Cour et sans le soutien du moindre élément de justification, — que L... n'était qu'un successeur éventuel;

Attendu, en cet état, qu'il suffit d'établir à l'égard des mécaniciens spéciaux employés par S... et L... l'exactitude des faits qui leur sont reprochés pour pouvoir les en déclarer tous deux comme *complices*. »

Ainsi donc, la Cour a retenu la complicité des deux chirurgiens-dentistes, parce que, par leur présence et sous le couvert de leurs diplômes, ils ont rendu possibles les agissements des mécaniciens employés par eux. Elle a confirmé la décision du Tribunal correctionnel dans les termes qui suivent :

« Attendu, en effet, que l'information et les débats ont révélé que les divers mécaniciens condamnés se sont plusieurs fois livrés à des interventions dépassant les limites normales de leur profession, constatations d'actes à la fois habituels et relevant de l'art dentaire qui en constituent bien l'exercice illégal;

Attendu que, pour en avoir la conviction absolue, il importe de retenir que, par *mécanicien pour dentiste* et non mécanicien dentiste, comme il est le plus souvent et inexactement désigné, il faut entendre l'artisan qui fabrique à l'atelier des dentiers et des pièces de prothèse pour le compte de son patron, chirurgien-dentiste, ou de plusieurs chirurgiens-dentistes s'il est mécanicien à façon, et sur remise de l'empreinte prise dans le cabinet du dentiste pour confectionner, sur le modèle qu'il en prend, le dentier ou la pièce de quelques dents dont on lui confie l'exécution;

Attendu qu'ainsi défini, comme il convient, le rôle du mécanicien pour dentiste est exclusif même de la prise d'empreinte, parce que si elle ne consiste en apparence qu'à placer dans la bouche du client une substance plastique (cire, plâtre ou préparation spéciale se ramollissant à la chaleur) pour obtenir un modèle en creux de la mâchoire qui doit recevoir les dents artificielles, en réalité cette opération comporte toujours l'examen de la bouche, souvent l'extraction des dents qu'on ne peut conserver, et le limage des racines afin que l'ajustage de la pièce puisse se faire correctement;

Attendu que, sous cet aspect qui est le véritable, la prise d'empreinte est une opération délicate exigeant des connaissances techniques et par là même interdite aux mécaniciens pour dentistes;

Attendu qu'on ne saurait les autoriser à y procéder même sous la surveillance de chirurgiens-dentistes le plus souvent plus apparente que réelle, et surtout parce qu'il s'agit d'une intervention directe étroitement liée à l'habileté manuelle plus ou moins grande de l'opérateur échappant au moment précis où elle se produit à l'examen immédiat du praticien qualifié et faisant ainsi courir grands risques au malade;

Attendu qu'en décider autrement serait faciliter l'inobservation de la loi, parce que la prise d'empreinte serait une trop favorable occasion pour le mécanicien pour dentiste de se substituer au chirurgien-dentiste dont il ne peut être que l'aide au même titre que l'infirmier pour le médecin, pour des soins insignifiants, caractère que n'ont pas ceux donnés par les inculpés;

Attendu, en ce qui concerne M..., qu'il convient de mieux préciser que ne l'ont fait les premiers juges en quoi ont consisté les actes qui lui sont reprochés et d'indiquer, à cet effet, qu'il a pratiqué des pointes de feu, fait application de teinture d'iode, préparé des dents en vue de leur plombage (déposition de X...). »

Cet arrêt nous paraît très bien rendu. Ce qu'il convient de retenir, c'est que la Cour, après le tribunal, a condamné les deux chirurgiens dentistes qui ont connu les faits reprochés à leurs mécaniciens et qui ont couvert leurs agissements contraires à la loi, comme complices du délit d'exercice illégal de la médecine.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 30 janvier 1926.

NOTES DE PRATIQUE

TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE

Agir sur les centres nerveux et le nerf pneumogastrique par la compression de la région cervicale, sur le trajet de la carotide gauche, et par des pulvérisations de chlorure de méthyle à la nuque.

A titre de médicament vasculaire et vaso-constricteur : sulfate de quinine (1g50).

Proscrire le thé, le café, le tabac, les aliments excitants. Enfin, appliquer, de façon suivie, le traitement antitoxique par la Théosalvose pure ou phosphatée (2 cachets de 0g50 par jour).

LIVRES NOUVEAUX

Les Paranoïaques (1), par Génil-Perrin.

Les paranoïaques constituent une masse de psychopathes dont l'anomalie va du simple travers mental au délire confirmé et dont la physionomie clinique est faite de quatre éléments cardinaux :

1° La *surestimation du moi*;

2° Un *sentiment de méfiance et d'hostilité à l'égard de l'ambiance*;

3° La *fausseté du jugement*;

4° L'*inadaptabilité sociale.*

Le paranoïaque est donc un vaniteux, un aigri, un esprit faux et un solitaire parmi les hommes. C'est lui dont M. Génil-Perrin nous fait le portrait dans une étude aussi brillante que solide.

Après quelques mots d'*historique*, montrant comment, petit à petit, s'est dégagée la notion du persécuté interprétateur, du paranoïaque, du persécuté halluciné de la psychose hallucinatoire chronique (et comment ne pas rappeler ici les noms de Sérieux et Capgras?), l'auteur étudie la *forme classique de ce délire d'interprétation*, en analysant d'abord ses symptômes : *a.* les interprétations délirantes envisagées dans leur délimitation, dans leurs modalités, dans leur nature; *b.* le fond mental : le délire d'interprétation évolue indépendamment de tout affaiblissement intellectuel; les réactions variables, certains, comme Jean-Jacques, rédigeant des écrits justificatifs; — l'*évolution* de ces variétés cliniques, très difficiles à schématiser, en raison du polymorphisme des aspects cliniques; une seule notion formelle, c'est que le délire d'interprétation dure toujours, sans jamais conduire à la démence; — le *diagnostic*, qui doit être double : séméiologique et nosologique. Au premier de résoudre les questions suivantes : le sujet est-il délirant? est-il un interprétateur? et c'est là, surtout, que se pose la question de la distinction entre syndromes interprétatifs et syndromes hallucinatoires; les *rapports du délire d'interprétation* avec les mêmes psychoses; à la psychose hallucinatoire appartiennent les sujets qui marquent une tendance nette à l'automatisme mental, à la désagrégation de la personnalité; aux délires d'interprétation, ceux qui présentent un fond paranoïaque prédominant, et avec le délire de revendication, souvent mélangé au délire d'interprétation; — l'*étiologie et la pathogénie*, encore mal connues, bien que l'on sache toute l'importance de la tare dégénérative, et que l'on commence à entrevoir le rôle de la perversion instinctive qui, chez le paranoïaque, le force à s'isoler, à l'empêcher de s'adapter.

Telle est la première partie du livre. Dans la seconde, l'auteur étudie la *constitution paranoïaque*, analysant ses tendances essentielles : orgueil, méfiance, fausseté du jugement, inadaptabilité. A signaler un chapitre qui plaira aux lettrés sur le « bovarysme » et ses rapports avec la constitution paranoïaque.

Troisième partie : les *paranoïaques atypiques*; qu'il s'agisse de *revendicateurs* : processifs, persécuteurs, fauteurs de scandale, pamphlétaires, d'*hypochondriaques*, d'*inventeurs* et d'auto-didactes, comme tous ceux qui, pendant la guerre, ont dirigé un Centre neuro-psychiatrique en ont vu tant d'exemples, de *réformateurs* : régicides, anarchistes, utopistes, mystiques, ou de jaloux, d'érotomanes que, contrairement à M. de Clérambault, l'auteur range parmi les paranoïaques.

La dernière partie, consacrée *aux rapports du paranoïaque et de la société*, n'est pas la moins intéressante. Elle termine heureusement un livre dont chaque page est pour le lecteur le sujet d' « interprétations » et de méditations passionnantes.

L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 482 pages. — Paris 1927, N. Maloine.

INFORMATIONS

(SUITE)

HÔPITAUX DE PARIS (*suite*). — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (nomination). — Le jury est provisoirement composé de MM. Trémolières, Bensaude, Achard, Laubry, Chabrol, Loeper, qui acceptent; Coyon, Lesné, Herscher, Gougerot, Roux-Berger, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 5 avril. — MM. Soupault, 5; Thalheimer, 3; Huet, 4.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Concours de l'internat.* — Voici la liste des questions qui ont été posées :

ECRIT. — *Pathologie interne et externe.* — Questions sorties : « Symptômes, diagnostic et complications de la scarlatine. — Diagnostic et traitement de la hernie crurale étranglée. »

Questions restées dans l'urne : « Diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale aiguë. — Examen clinique d'un typhique au second septénaire. — Diagnostic et traitement du cancer du rectum. — Diagnostic et traitement de l'hémothorax traumatique. »

Anatomie. — Question sortie : « Pédoncule cérébral (anatomie et physiologie). »

Questions restées dans l'urne : « Voies optiques. — Lobe temporal. »

ORAL. — *Question de garde.* — Question sortie : « Œdème aigu du poumon (diagnostic et traitement). »

Questions restées dans l'urne : « Hématémèses (diagnostic et traitement). — Hématuries (diagnostic et traitement). »

Le concours de l'internat en médecine des Asiles de la Seine s'est terminé par les nominations suivantes dans l'ordre ci-après : MM. Vié, Lacan, Courtois, Pottier, Rondepierre, Briau, Szumlanski et Dupont (*ex æquo*), Migault.

HÔPITAL DE ROMANS (DRÔME). — Un concours pour deux places de médecin de l'hôpital s'ouvrira le 2 mai 1927, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Un concours pour deux places de chirurgien de l'hôpital s'ouvrira le 5 mai 1927, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Pour ces deux concours, le registre d'inscription sera clos cinq jours avant l'ouverture du concours.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'hôpital de Romans, quai des Orphelines.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Weber-Bauler (de Genève), M. Le Noblet du Plessis.

VIe CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE DU 11 AU 14 AVRIL 1927 A LYON. — PROGRAMME. — *Lundi 11 avril.* — 9 h. : séance solennelle d'ouverture du Congrès au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, quai Claude-Bernard, 16, sous la présidence de M. Herriot, ancien président du Conseil, ministre de l'Instruction publique, maire de Lyon.

Allocution du docteur Mouisset, président du Congrès.

Allocution de M. le président Herriot.

Rapports et discussion : « Bases expérimentales des réactions allergiques dans l'infection pulmonaire ». Rapporteur : professeur Paul Courmont (de Lyon).

14 h. 30 : « Les facteurs de terrain autres que l'allergie dans l'infection tuberculeuse ». Rapporteurs : professeur E. Sergent et docteur Turpin (de Paris).

Le soir : réception des membres du Congrès à l'Hôtel de Ville.

Mardi 12 avril. — 9 h. 30 : Rapport et discussion : « La thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ». Rapporteurs : professeur Léon Bérard (de Lyon) et docteur Dumarest (d'Hauteville).

14 h. 30 : « Valeur séméiologique de l'examen bactériologique des crachats dans la tuberculose pulmonaire ». Rapporteur : docteur Cordier (de Lyon).

Mercredi 13 avril. — 9 h. 30 : Rapports et discussions : « Préventoriums et placement familial ». Rapporteurs : professeur Léon Bernard et docteur Poix (de Paris). « Collaboration du corps médical avec le dispensaire ». Rapporteur : professeur Jacques Parisot (de Nancy).

14 h. : Rapports et discussions. « De l'infirmière chef départementale, son rôle social ». Rapporteur : Mlle Delagrange (de Paris). « La part de l'initiative dans le travail des infirmières visiteuses antituberculeuses ». Rapporteur : Mme Delafontaine (de Paris). « De l'importance de la formation hospitalière pour les visiteuses d'hygiène sociale et du rôle des infirmières polyvalentes ». Rapporteur : Mlle Hervey (de Rouen).

16 h. : séance de clôture du Congrès.

Pour les adhésions au Congrès, s'adresser chez M. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), et envoyer la somme de 40 fr. en mandat-carte.

JOURNÉES MÉDICALES MARSEILLAISES ET COLONIALES (21-24 avril 1927). — Rappelons que ces Journées, dont l'attrait scientifique est exceptionnel, seront accompagnées d'un programme d'excursions remarquablement organisées.

L'excursion en Corse aura lieu du 24 au 28 avril. Le prix extrêmement réduit est fixé à 600 fr. tout compris, sauf la boisson.

Une excursion sur la Côte d'Azur aura lieu du 24 au 27 avril, sous la direction de la Société médicale du Littoral méditerranéen. Le prix en est fixé à 375 fr. tout compris.

Des excursions en Provence sont également prévues dans les meilleures conditions.

S'inscrire au plus tôt auprès du docteur Piéri, trésorier des Journées médicales. — Adresser la correspondance au docteur André Sauvan, secrétaire général, 40, allées Gambetta, Marseille.

SOCIÉTÉ ROYALE D'ANTHROPOLOGIE DE BRUXELLES. — Au cours de la dernière séance, la Société royale d'anthropo- de Bruxelles, a élu comme membre titulaire, M. Henri Fischer (de Bordeaux), membre de la Société d'anthropologie de Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE, 121, boulevard de Port-Royal. (Professeur : A. COUVELAIRE.) — *Vacances de Pâques.* — COURS ÉLÉMENTAIRES DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE. — Cours élémentaire d'une durée de deux semaines, du lundi 11 avril au samedi 23 avril, sous la direction de MM. Lacomme et Ravina, chefs de clinique, avec la collaboration de MM. Seguy, Risacher et Sureau, anciens internes; Hidden, ancien chef de clinique adjoint; Allard, aide de clinique.

Droit d'inscription : 150 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 5 avril. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Duval, Lejars et Lecène. — M. SÉJOURNET (Jean). Cent quarante-neuf cas de fractures de l'humérus traités par l'appareil de P. Séjournet.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux (nomination). — Le jury est définitivement composé de MM. Trémolières, Bensaude, Achard, Laubry, Chabrol, Loeper, Coyon, Lesné, Herscher, Gougerot, Roux-Berger.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 7 avril. — MM. Michon, 9 ; Gaume, 6.
Admissibles : MM. Michon, 53 ; Fey et Soupault, 47 ; Talheimer, 45 ; Huet, 42 ; Reimbold, 40.

— Un concours pour la nomination à quinze places au maximum d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux sera ouvert le jeudi 12 mai 1927, à 16 h. 30, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine désireux de concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de 14 à 17 h., du mercredi 20 avril au lundi 2 mai 1927 inclusivement.

LES ÉTRANGERS DANS LES HÔPITAUX. — Répondant à une question de M. Adolphe Girod, député, le ministre de l'Hygiène vient de faire connaître que les hôpitaux dépendant de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris ont hospitalisé, en 1926, 1.035 malades de nationalité suisse, dont 134 seulement taxés à tarif intégral ou partiel. (*J. O.*, 8 avril 1927.)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Un emploi d'agrégé d'anatomie est déclaré vacant.

LE CENTENAIRE DE VILLEMIN. — On célébrera en octobre le centenaire de la naissance de Villemin, professeur au Val-de-Grâce, qui en 1865 démontra l'inoculabilité de la tuberculose.

GUERRE. — Le Comité consultatif de santé pour l'année 1927 est ainsi composé :

Président. — M. le médecin inspecteur général Toubert.

Membres titulaires. — MM. les médecins inspecteurs généraux Jacob, Fournial et Lanne.

MM. les médecins inspecteurs Rigollet, Baron, Marotte, Dopter, Audibert et Sacquépée.

M. le pharmacien inspecteur Gautier.

Membres consultatifs. — MM. les professeurs Roger, Quénu, Walther et Bezançon.

Membres militaires. — M. le médecin inspecteur Rouvillois.

MM. les médecins principaux Lahaussois et Rubenthaler.

M. le pharmacien principal Breteau.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur en argent est décernée à M. le médecin de 1re classe de la marine Duliscourt.

PRIX DE MÉDECINE NAVALE. — Le prix de médecine navale pour 1927 est attribué à M. le médecin chef de 2e classe Cazamian.

Des mentions sont accordées à MM. Lucas, Hederer, Guermeur, Vallery, Hamet et Pirot.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE SURVEILLANCE DES EAUX DESTINÉES A L'ALIMENTATION DE L'ARMÉE. — Sont désignés pour faire partie de ce Conseil en 1927 :

Président : M. le docteur Emile Roux.

Membres civils : MM. Bonjean, le sénateur Chauveau, les professeurs Paul Courmont et Pinard.

Membres militaires : MM. Savornin (ministère de la

Guerre), Gastinel (ministère de la Marine), Toubert, Vincent, Rouget, Sacquépée, Gautier, Lévy.
Secrétaire : M. le médecin-major Coudra.

SANATORIUMS. — M. le docteur Augé a été nommé médecin directeur du sanatorium de Montfaucon (Lot).

BUREAU D'HYGIÈNE. — Le poste de directeur du bureau d'hygiène de Valence est déclaré vacant.

BANQUET DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le Banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu le mercredi 4 mai 1927, à 7 h. 1/2, dans les Salons de l'Hôtel Lutetia, sous la présidence de M. le professeur Cunéo. Une soirée dansante avec attraction suivra le Banquet.

Tous les parents et amis des membres du S. M. S. y sont cordialement invités. Demander des cartes d'entrée au Secrétariat du S. M. S., 28, rue Serpente (VIe).

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE LYON. — Au sein de l'Association générale des étudiants de Lyon vient de se fonder l'Association corporative des étudiants en médecine de Lyon, sous la présidence de M. Denis, interne des hôpitaux.

Cette section florissante déjà groupe plus de deux cents étudiants. Elle a pour but la défense des intérêts corporatifs des étudiants en médecine dont elle est la seule représentante auprès de l'Union nationale des étudiants. Elle envisage la création de bibliothèques scientifiques et salles d'études et l'organisation d'un service de remplacements de médecins.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. P. Ravon, secrétaire de la section de médecine de l'A. G. E. L., 20, rue François Garcin, Lyon, tél. V. 12-77.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. (Hôpital Saint-Louis.) — Tous les samedis, à 10 h. 1/2, leçons de dermatologie par M. le professeur Jeanselme et ses collaborateurs.

CHAIRE D'HYGIÈNE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE. — M. le professeur Léon Bernard commencera le cours le vendredi 29 avril 1927, à 17 h., au petit amphithéâtre, et continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : « Prophylaxie des maladies infectieuses. »

Les démonstrations pratiques, réservées aux étudiants de 5e année, seront dirigées par M. Robert Debré, agrégé, chef des travaux, et auront lieu au Laboratoire d'hygiène les mardis et jeudis, à 17 h.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. — *Cours de perfectionnement.* — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. les professeurs agrégés Zimmern et Velter, de MM. Sainton, Dupuy-Dutemps, Hautant, Cousin, Liébault, Joseph, Castéran, Favory, Ostwalt, Veil, Goulfier, commencera, le jeudi 28 avril, un cours de technique ophtalmologique en deux séries.

Cet enseignement, en 40 leçons, aura lieu matin et soir et sera terminé le 1er juin.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine avant le 28 avril. — Droit d'inscription : 250 fr. par série.

COURS DE PHYSIQUE MÉDICALE. — *Conférences complémentaires.* — M. Dognon, agrégé, commencera ces conférences le mercredi 27 avril 1927, à 17 h., à l'amphithéâtre de physique, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Objet des conférences : « Physique moléculaire; chaleur animale. »

AVIS RELATIF A L'OUVERTURE D'UN CONCOURS DE MATÉRIEL SANITAIRE ORGANISÉ PAR LE COMITÉ INTERNATIONAL DE LA CROIX-ROUGE. — Le Comité International de la Croix-Rouge organise à Genève, du 15 au 31 octobre 1927, un concours portant sur les objets suivants : brancard de campagne, paquet de pansement individuel, fiche médicale, brassard de neutralité, billet d'hôpital.

Le programme général du concours est déposé :

1° A Paris, à la section technique du service de santé, 66, rue de Bellechasse (7e);

2° En Province, à la direction du service de santé de chaque corps d'armée;

3° En Rhénanie, à la direction du service de santé à Mayence;

4° En Algérie, à la direction du service de santé du 19e Corps d'armée;

5° En Tunisie, à la direction du service de santé de la division de Tunisie;

6° Au Maroc, à la direction du service de santé des troupes du Maroc;

7° Au Levant, à la direction du service de santé des troupes du Levant, où les intéressés pourront le consulter ou en demander communication.

Tous les envois devront être adressés au Comité International de la Croix-Rouge à Genève, pour l'Institut international de matériel sanitaire et devront lui parvenir avant le 30 juin 1927 au plus tard.

La mention sur les colis « Institut International de matériel sanitaire » est nécessaire pour que ceux-ci puissent bénéficier de la franchise douanière accordée par la Suisse.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 27 avril. — Jury : MM. Sebileau, président; Strohl, Dognon et Mauclaire. — M. VALAT. Etude sur le cancer de la bande ventriculaire du larynx. — M. DESGREZ. De l'utilisation des lampes valves pour la mesure de la chronaxie chez l'homme.

Jeudi 28 avril. — Jury : MM. Jeanselme, président; Sergent, Terrien et Lereboullet. — M. BLANCHARD. Etude de la pathogénie des syphilides. — M. LANGUMIER. Kystes hydatiques du poumon. — M. JOSSET. Sphacèle des paupières à la suite de phlegmon.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Balthazard, président; Guillain, Robin, Coquot et Moussu. — M. DEGAUD. Etude de jurisprudence vétérinaire. — M. SAVIGNÉ. La méningite des agneaux.

Samedi 30 avril. — Jury : MM. Carnot, président; Jeannin, Lejars et Vaudescal. — M. ROLAND-LEHOUX. Thyroïdites aiguës suppurées. — M. JARRIN. Etude thérapeutique du rhumatisme chronique. — M. LAVERDET. Nouvel essai d'analgésie obstétricale.

C. R., 18.000 Seine

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

LA RADIOLOGIE EN 1926

PAR

Louis DELHERM
ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ

et

P. THOYER-ROZAT
ÉLECTRO-RADIOLOGISTE ADJOINT DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ

I. OS. ARTICULATIONS

Étude sur les affections de la colonne vertébrale. (A. Léri. Un volume, Masson, édit.) — L'auteur étudie d'abord les anomalies et les troubles du développement de la colonne qui comportent :

Les *anomalies d'occlusion* avec les spina bifida dont la forme latente (spina bifida occulta) est à la base de nombreux troubles étiquetés autrefois d' « essentiels » et rapportés à leur véritable cause grâce à la radiographie (trophœdèmes, sclérodermies, incontinences d'urine, paralysies tardives, etc.).

Les *vices de différenciation régionale* dont la sacralisation de la Ve lombaire est un des exemples les plus typiques. Dans ce cadre rentrent également la lombarisation de la Ire sacrée et la dorsalisation de la VIIe cervicale avec les côtes cervicales.

Il passe ensuite en revue les maladies acquises du rachis : traumatismes avec leurs conséquences tardives, cyphose hérédo-traumatique, compressions post-traumatiques.

Un troisième chapitre a trait aux maladies ankylosantes de la colonne : spondyloses rhizoméliques, spondyloses traumatiques, infectieuses, rhumatismales.

Le quatrième chapitre se rapporte aux rhumatismes vertébraux (lombarthrie, arthrite sacro-iliaque, sciatique radiculaire, rhumatisme cervical).

Un dernier chapitre, enfin, est consacré à l'infantilisme pottique, puis à la « vertèbre opaque » ou « vertèbre de marbre ».

Cf. — Le diagnostic radiologique du spina bifida occulta lombo-sacré. (Roederer et Lagrot. *Journ. de radiol.*, juin 1926.)

Spondylites infectieuses et spondylites de croissance. Contribution à l'étude des faux maux de Pott. (J. Montagné. *Th. de Montpellier*, 1926.)

La radiographie latérale de la hanche. (H. Béclère et P. Porcher. *Journ. de radiol.*, mars 1926.) — Les auteurs exposent les différentes méthodes que l'on peut utiliser pour obtenir une radiographie de profil de la hanche. La meilleure reste sans contredit celle d'Arcelin car elle donne un profil rigoureux sans que l'on ait à mobiliser la hanche à radiographier, ce qui est très important en particulier dans les fractures du col dont on veut connaître le décalage antéro-postérieur.

Les autres procédés sont excellents également en ce qu'ils donnent, suivant la position choisie, des aspects variés de la hanche de profil. C'est au radiologiste à choisir, suivant les cas d'espèce qui se présenteront à lui, celle de ces techniques qui lui paraîtra la plus appropriée et la plus apte à fournir les renseignements demandés.

Cf. — Radiographie latérale du bassin et des organes pelviens. (H. Béclère, Porcher et Ameline. *Journ. de radiol.*, juillet 1926.)

L'exploration radiologique des sinus de la face. (A. Blondeau. *Th. de Paris*, 1926; Legrand, édit.) — La radiographie des sinus de la face doit être systématiquement pratiquée, concurremment avec les autres méthodes d'exploration clinique, chaque fois que l'on soupçonne une altération d'un sinus. Cet examen radiologique doit entrer désormais dans la pratique journalière de l'oto-rhino-laryngologiste et comportera :

1° Un radiogramme suivant l'incidence nez-menton-plaque qui montre l'état des sinus frontaux et maxillaires.

En cas de lésions de l'un ou l'autre de ces sinus on complétera cette première radiographie d'ensemble par un radiogramme en incidence front-nez-plaque (donnant une meilleure image des sinus frontaux) et des radiogrammes de profil, à la fois pour les sinus frontaux et pour les sinus maxillaires. Il sera également très utile, en cas de lésion d'un sinus maxillaire, de s'assurer de l'état des arcades dentaires, au moins au voisinage du sinus intéressé.

2° Un radiogramme de base suivant l'incidence menton-vertex-plaque pour l'étude des sinus postérieurs. Ici encore il sera nécessaire de compléter cette vue d'ensemble par la prise de films intrabuccaux (pour l'étude des sinus postérieurs également) et par des clichés de profil de la région ethmoïdo-sphénoïdale.

Enfin, en cas de troubles oculaires, il faut pratiquer la radiographie des trous optiques et grands ronds.

L'auteur insiste également, et avec raison, sur l'utilité de la stéréoradiographie, si intéressante chaque fois que l'on étudie une cavité en raison du relief donné par ses parois, et qui devient même indispensable en cas de corps étranger intra ou parasinusien.

Il préconise, enfin, l'injection des cavités à étudier avec du lipiodol, surtout lorsqu'il s'agit d'une tumeur dont les contours sont mal définis et dont on veut connaître le degré de développement dans le sinus : l'injection de lipiodol sera naturellement suivie de la prise de radiogrammes suivant les différentes incidences déjà indiquées.

Cf. — Radiographie des sinus postérieurs par film intrabuccal. (Aimé et Blondeau. *Journ. de radiol.*, juin 1926.)

Radiographie des sinus sphénoïdaux, nouvelle technique. (Surrel et Meyer. *Soc. de radiol.*, janv. 1926.)

II. CŒUR

Le pédicule vasculaire du cœur. (A. Cerné [de Rouen]. *Journ. de radiol.*, janv. 1926.) — Déjà sujette à des causes d'erreurs, sur le cadavre injecté, l'étude radiologique du pédicule vasculaire du cœur est, sur le vivant, plus délicate encore, en raison de la superposition des nombreux organes du médiastin dont il devient alors très difficile d'individualiser les ombres.

Toutefois en s'aidant des données de l'anatomie topographique (et l'auteur illustre son article de schémas très instruc-

tifs) on arrive à des conclusions assez précises sur les points encore en discussion.

En position frontale : la veine cave supérieure reste pratiquement invisible et le bord droit est constitué par l'aorte dont les battements sont à ce niveau nettement perceptibles dans la plupart des cas et quels que soient l'âge et le sexe.

Du côté gauche l'arc supérieur est dû à la portion terminale de la crosse et l'arc moyen, dans sa presque totalité, à l'artère pulmonaire.

En position oblique antérieure droite, suivant que la rotation est plus ou moins accentuée on projette l'une sur l'autre ou on dissocie plus ou moins les portions ascendante et descendante de l'aorte thoracique : mais les autres vaisseaux ne donnent pas d'images suffisamment précises pour être convenablement interprétées et on ne peut, en particulier rattacher à la veine cave une ombre nettement individualisée.

En position oblique antérieure gauche on ne voit de l'aorte que sa portion ascendante, mais le médiastin n'en est que plus dégagé et rend plus favorable l'examen de l'œsophage.

L'auteur termine en rapportant aux artères pulmonaires l'ombre des hiles normaux : il estime que les parois des bronches viennent aussi renforcer l'image des artères et constituer par leur entrecroisement certaines des taches visibles à ce niveau.

Cf. — L'aorte thoracique radiologique. (Bonnamour, Badolle et Beaupère [de Lyon]. *Journ. de radiol.*, fév. 1926.)

Les syndromes d'aortite postérieure. (Laubry, Mougeot, Walser, 1 vol., Doin éditeur.)

Le contour droit de l'ombre du cœur. (Bordet. *Prat. méd. franç.*, janv. 1926.) — *A l'état normal*, lorsque le bord droit est modérément développé, il limite l'oreillette droite dans toute sa longueur ; s'il est exagéré il répond à sa partie inférieure, au ventricule droit : enfin, s'il est très court il ne révèle que la portion supérieure de la paroi auriculaire.

A l'état pathologique on doit tenir compte de la conformation du sujet pour interpréter les modifications du bord droit : mais d'autres facteurs interviennent pour exagérer les déformations, en dehors des causes extracardiaques d'attraction à droite. Ce sont : le refoulement de l'organe par hypertrophie du ventricule gauche ; la dilatation du ventricule droit, de l'oreillette droite ou de ces deux cavités à la fois ; enfin le développement à droite, de l'oreillette gauche dilatée.

Étude anatomo-radiologique des cavités cardiaques, applications à l'examen des insuffisances ventriculaires. (Ch. Laubry et R. Chaperon. *Journ. méd. franç.*; avril 1926, t. XV, n° 4.) — Dans cet article fondamental d'anatomo-radiologie du cœur, les auteurs étudient les cavités cardiaques d'après de très nombreuses radiographies obtenues sur des sujets opacifiés sous radioscopie. Ils décrivent séparément les cavités gauches, les cavités droites, les rapports en projection antérieure des cavités cardiaques entre elles et les points de repère communs.

Des figures originales permettent de comprendre la situation des différentes cavités qui viennent se recouvrir en projection ; les auteurs opposent et analysent minutieusement les images si dissemblables du cœur gauche, du cœur droit, et des vaisseaux qui en émanent ; puis par un effort de synthèse ils groupent ces cavités, décrivent les points fixes, les rapports constants nécessaires qui vont permettre en quelque sorte d'articuler entre elles les cavités droite et gauche pour construire le contour cardiaque dans lequel les cavités vont s'intriquer et se recouvrir en partie.

Ils en déduisent les positions dans lesquelles on peut le mieux apprécier les augmentations de volume des cavités cardiaques ainsi que les modifications apparentes liées aux insuffisances ventriculaires.

Dans l'ensemble : analyse et synthèse des cavités cardiaques et des vaisseaux avec construction schématique du cœur, d'où découle un ensemble de notions nouvelles pour la radiologie cardiaque.

Etude radiologique du hile et des vaisseaux pulmonaires à l'état normal et pathologique. (Ch. Laubry, Robert Chaperon et Marcel Thomas. *Ann. de méd.*, sept. 1926, t. XX, n° 3.) — Après avoir brièvement résumé les descriptions du hile normal et ses principaux types, les auteurs exposent les caractères du hile normal et les causes d'erreur dans l'appréciation d'un hile normal liées aux superpositions d'ombres, aux suppressions d'ombres et aux hiles masqués. Ils décrivent les symptômes de modifications hilaires pathologiques, les types d'adénopathie et insistent sur le tronc de l'artère pulmonaire et la face antérieure du cœur avant d'aborder les modifications pathologiques des vaisseaux pulmonaires.

Les stases veineuses pulmonaires s'accompagnent d'un syndrome radiologique constant : ombres hilaires énormes à contours flous, estompés, impossibles à dessiner avec précision, de structure irrégulière, constituées presque en totalité par des entrecroisements vasculaires, en outre paradoxe de la visibilité anormale des bronches droites et diminution accusée de la transparence de la partie moyenne des deux poumons. Ces stases veineuses s'observent très fréquemment en particulier dans le rétrécissement mitral, les péricardites avec épanchement, dans certaines insuffisances du cœur gauche, et on peut suivre leur évolution et parfois leur régression à l'écran.

Le syndrome d'hypertension artérielle pulmonaire est caractérisé par une augmentation de longueur et saillie de l'arc moyen qui devient turgescent, tendu, vertical, montant haut et formant une saillie en plateau, en marche d'escalier qui va couper en dedans l'arc aortique ; en outre augmentation manifeste du volume des ombres hilaires artérielles qui restent nettes, facile à dessiner avec battements parfois accusés. Ce syndrome se rencontre au cours de nombreuses cardiopathies : affections congénitales, affections mitrales, symphyses pleuro-péricardiques, insuffisances cardiaques, au cours des pneumopathies chroniques, bronchites, emphysème, sclérose pulmonaire, tuberculose fibreuse.

Les auteurs insistent sur les cas où ces symptômes s'associent aux artérites, scléroses et athérome de l'artère pulmonaire.

III. POUMONS

L'examen radiologique pulmonaire par le lipiodol : 1° au cours des abcès du poumon ; 2° après la thoracoplastie extrapleurale. (J. Forestier [Aix-les-Bains], *Soc. méd. des Hôpit.*, mai 1926.) — L'injection de lipiodol dans les bronches se fait de plus en plus par la voie laryngée, à l'aide d'une sonde molle qui porte directement dans la trachée la solution de novocaïne d'abord, puis le lipiodol.

On peut également introduire le lipiodol dans telle ou telle bronche grâce au bronchoscope poussé jusque dans une bronche secondaire.

Dans les abcès du poumon, on observe d'abord, au début, un arrêt net du lipiodol dans la bronche obstruée au voisinage de l'ombre radiologique de l'abcès.

Puis quand l'abcès se trouve en large communication avec la bronche, le lipiodol donne une image complète de la cavité.

Enfin, après thoracoplastie extrapleurale, on peut, grâce à l'injection de lipiodol, contrôler si les cavités pulmonaires sont collabées ou non : en règle générale, plus les cavernes sont rapprochées du hile, moins elles s'affaissent.

Cf. — Diagnostic radiologique des abcès du poumon. (Henry K. Pancoast [Philadelphie], *Amer. Journ. of Radiol.*, mai 1926.)

Exploration radiologique de l'appareil respiratoire par la méthode des injections intratrachéales de lipiodol. (S. DE VILLEGAS, *Revue méd. de Malaga*, sept. 1926.)

Classification radiologique des dilatations des bronches après lipiodol. (BONNAMOUR et BADOLLE [Lyon], *Congrès pour l'avanc. des sc.*, Lyon, août 1926.) — La description classique des anatomo-pathologistes, qui distinguent deux formes de dilatation, l'ampullaire et la cylindrique, trouve sa pleine confirmation dans les données fournies par les injections de lipiodol dans les bronches chez le vivant :

Dilatations ampullaires : se présentent sous forme d'images arrondies en grappe de raisin, en nid de pigeon, disséminées dans le poumon et appendues à l'extrémité des bronches, sans que celles-ci soient elles-mêmes dilatées. On les observe presque toujours chez des syphilitiques acquis ou héréditaires.

Dilatations cylindriques. Les auteurs les divisent en dilatations en tubes creux et dilatations en tubes pleins, suivant que le lipiodol n'en dessine que les parois ou les remplissent en totalité.

Les dilatations en tubes creux s'observent uniquement chez les anciens gazés et cette forme particulière de dilatation correspond, par conséquent, à une étiologie bien définie.

Les dilatations en tubes pleins sont entièrement remplies de lipiodol et se présentent avec un calibre élargi mais uniforme rappelant l'aspect des images en doigt de gant. Ces dilatations se rapportent à des scléroses pulmonaires plus ou moins anciennes, mais d'origine variable : ce sont elles que l'on observe couramment chez les vieux emphysémateux ou bronchitiques.

Cf. — Sur la dilatation bronchique. (A. REVERDIN, *Presse méd.*, 14 août 1926.)

Aspect radiologique de la dilatation des bronches sans lipiodol. (DUHEM et LEMAITRE, *Société de Radiol.*, fév. 1926.)

Emploi de l'huile iodée dans le diagnostic et le traitement des affections bronchiques. (STUART PRITCHARD, BRUCE WHYTE, et K.-M. GORDON [Battle Creeck], *Journ. of Americ. Med. Assoc.*, avril 1926.)

IV. TUBE DIGESTIF

Le duodénum au ralenti. (M. DELORT, *La clinique*, déc. 1926.) — La rapidité du transit duodénal et, par suite, la difficulté que l'on éprouve à saisir tous les détails de l'image radioscopique du duodénum, a conduit l'auteur à essayer de ralentir ce transit et à favoriser le remplissage permanent du duodénum pour permettre de mieux en étudier les contours. Il y est parvenu en provoquant une compression duodéno-jéjunale à l'aide d'une ceinture appropriée, au moment du passage d'une bouche opaque : l'arrêt de la substance opaque, dans le duodénum le rend aisément visible pendant un long moment et permet d'en faire un examen complet et approfondi analogue à celui de l'estomac (examen sous différentes incidences, recherche des points douloureux, prises de calques et de clichés).

La radiologie duodénale en dehors de l'ulcus. (H. BÉCLÈRE et PORCHER, *Journ. de Radiol.*, juillet 1926.) — La pathologie du duodénum ne tient pas tout entière dans l'ulcus du bulbe et l'examen radiologique du duodénum peut révéler des troubles de fonctionnement et des images anormales indépendantes d'un ulcus duodénal.

Il s'agit généralement ici d'affections extrinsèques et dont les principales sont : *la périduodénite extrinsèque*, consécutive dans la majorité des cas à une péricholécystite.

Les *compressions* et les déformations qui en résultent, dues soit à une vésicule hypertrophiée ou calculeuse, soit à un côlon dilaté par des matières ou surtout par les gaz ; il peut y avoir compression encore par les vaisseaux mésentériques qui sous tendent la IIIe portion, par des ganglions mésentériques hypertrophiés, par des tumeurs pancréatiques.

Les *brides* extraduodénales consécutives, parfois, à des interventions gastriques, les *coudures*, en particulier celles qui siègent au niveau de l'angle duodéno-jéjunal et qui troublent profondément le transit duodénal (dilatation du duodénum, anti-péristaltisme).

Enfin, l'examen du duodénum doit comporter l'étude de la situation du bulbe par rapport au pylore, l'antéposition ou la rétroposition du bulbe recherchées de profil étant presque toujours anormales.

Cf. — L'antipéristaltisme duodénal. (Aristide DE BARBAZZA. *Th. de Paris*, 1926.)

Troubles duodénaux d'origine aérocolique. (DARBOIS et HUET. *Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, janv. 1926.)

Diagnostic clinique et radiologique des appendicites chroniques. (J. BAUMEL [de Montpellier]. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, mai 1926.) — Lorsque l'appendice n'est pas visible, même après une préparation rigoureuse du malade, le diagnostic reste délicat. On peut toutefois s'appuyer sur les signes extra-appendiculaires (fixité du cæcum, stase iléale).

Quand l'appendice est visible un des signes qui imposent le diagnostic c'est la douleur provoquée par la palpation de l'appendice, sous réserves toutefois que la douleur se retrouve au même point aussi bien en décubitus que dans la station debout.

D'autres renseignements intéressants également sont donnés par la situation de l'appendice (position basse, haute, latéro ou rétro-cæcale), par sa fixité, par son aspect (coudé, enroulé, sinueux, inégalités de remplissage, vacuoles, concrétions).

L'auteur étudie ensuite les signes extra-appendiculaires (signes intestinaux, pyloriques, duodénaux), de retentissement à distance, si fréquemment observés au cours des appendicites chroniques.

Cf. — Nouveau procédé d'exploration de l'appendice : son application au diagnostic de l'appendicite chronique. (CAMBIÈS. *Soc. de méd de Paris*, 23 janv. 1926.)

Les signes radiologiques de l'appendicite chronique. (A. MAIRE. *La Clinique*, déc. 1926.)

Radiologie des périviscérites. (JOULIA. *Journ. méd. franç.*, fév. 1926.). — La radiologie apporte au diagnostic des périviscérites digestives adhésives un appoint capital.

Pour les affections à prédominance stomacale ou duodénale on utilisera le repas opaque unique.

S'il s'agit, au contraire, d'affection intestinale le procédé des trois repas préalables pris dix-huit, quatorze et dix heures auparavant sera préférable.

L'auteur passe ensuite en revue les divers types de périviscérites en étudiant leur symptomatologie radiologique.

Périgastrites. — La perte de la mobilité de l'estomac en est le principal signe : il s'y ajoute de la douleur à la palpation et certaines déformations de l'image gastrique dont la plus fréquente est la biloculation.

Périduodénites. — Les plus fréquemment observées sont les périduodénites par péricholécystite où l'on voit les déformations désormais classiques du bulbe : ce sont elles aussi qui donnent les signes indirects duodénaux et en particulier le déplacement du bulbe vers la droite. Les périduodénites sous-mésocoliques sont sténosantes et s'accompagnent de dilatation duodénale, de stase et d'antipéristaltisme. Il existe, enfin, un groupe de périduodénites essentielles sans étiologie reconnue, et caractérisées par la présence de brides fibreuses plus ou moins épaisses enserrant le duodénum.

Il va sans dire que l'étude radiologique des périduodénites sera à la fois radioscopique et radiographique avec prise de radiographies en série.

Les *périviscérites du grêle* donneront les images caractéristiques hydro-aériques des sténoses iléales.

Les *périviscérites du côlon* s'accompagneront de fixité cæcale pour le carrefour inférieur, d'aspect en « canons de fusil » réductibles ou irréductibles pour les angles coliques, de fixité en position rétro-pubienne pour le transverse. Dans ces différents cas il importe d'étudier, non seulement la morphologie de l'intestin, mais aussi son fonctionnement, et de répéter les examens jusqu'à évacuation complète de la gélobarine.

Radiographies de la vésicule biliaire à l'aide de la phénolphtaléine tétraiodée. (M. LABBÉ et LOMON. *Soc. de gastro-entérol.*, 11 janv. 1926.) — Les auteurs donnent depuis longtemps leur préférence à l'ingestion de la phénolphtaléine plus commode à tous points de vue que l'injection intraveineuse. Après de nombreuses recherches et essais ils ont obtenu une forme pilulaire qui donne toute satisfaction tant par son innocuité absolue que par les excellents résultats qu'elle donne pour l'opacification de la vésicule qui est visible dans les trois quarts des cas. Dans ces conditions, l'examen à l'écran, complété par la prise de radiographies, donne des renseignements très précieux aussi bien dans l'étude des cholécystites calculeuses que des cholécystites avec adhérences. Il y a tout intérêt à associer l'examen de la vésicule par ce procédé avec celui de la région pyloro-duodénale par ingestion de substance opaque : on met ainsi mieux en évidence les rapports de la vésicule et du duodénum et les déformations bulbaires d'origine vésiculaire.

Cf. — **La radiologie dans le diagnostic des maladies de la vésicule biliaire.** (Auguste NEMOURS. *Monde méd.*, oct. 1926.)

Radiographie de la vésicule biliaire à l'aide de la phénolphtaléine de soude. (M. LABBÉ et LOMON. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, fév. 1926.)

A propos de l'examen de la vésicule biliaire par cholécystographie. (MOREL-KAHN. *Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1926.)

Etudes sur la cholécystographie. (MANOËL DE ABREU. *A. Folha. med.*, 16 août 1926.)

La cholécystographie « per os » avec ou sans radiographies en série du duodénum. (CHIRAY. *Soc. méd. des hôpit.*, janv. 1926.)

Recherches sur la cholécystographie : observations sur le fonctionnement de la vésicule biliaire. (L. R. WHITAKER [de Boston]. *Journ. of med. Assoc.*, janv. 1926.)

La cholécystographie. (Otto GEYIER [de Munich]. *Forts. auf d. geb. der Rœntg.*, juin 1926.)

Quelques observations à propos de la cholécystographie pratiquée à l'aide de la phénolphtaléine tétra-iodée. (VASSELLE [d'Amiens]. *Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1926.)

Valeur de la cholécystographie. (GOSSET et LŒWY. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juin 1926.)

Expériences sur la cholécystographie. (WHITAKER. *Journ. of amer. med. Assoc.*, janv. 1926.)

Cholécystographie (description de la méthode de Graham et Cole et d'un rapport sur leurs résultats). (E. MOLLER et D. OTTOSEN. *Acta radiol.*, 30 août 1926.)

La valeur relative de la cholécystographie et des méthodes directes ou indirectes d'exploration rœntgenologique de la vésicule biliaire. (J. T. CASE. *Amer. Journ. of radiol.*, sept. 1926.)

V. APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Examen radiologique de l'utérus et des annexes. (GRÉGOIRE, Cl. BÉCLÈRE et DARBOIS. *Journ. de chir.*, juin 1926.) — C'est grâce aux injections de lipiodol que le radiodiagnostic gynécologique, préconisé par les auteurs, entre dans une phase réellement pratique. L'huile iodée, très opaque aux rayons X, est admirablement tolérée par l'organisme et son pouvoir antiseptique rend la méthode tout à fait inoffensive : injecté sous pression le lipiodol pénètre aisément dans les plus petites cavités ou anfractuosités : sa progression est suivie radioscopiquement, après quoi, on prend une série de clichés destinés à fixer les images observées.

Cette exploration est indiquée dans trois ordres de faits bien différents :

1° En cas de tumeur pelvienne où le diagnostic hésite entre fibrome, kyste ou tumeur salpingienne. Si les trompes sont injectées et perméables, le diagnostic de tumeur salpingienne est écarté; si la cavité utérine est agrandie, déformée, c'est un fibrome, mais si restant de dimensions normales, elle est déviée, c'est qu'il s'agit vraisemblablement d'une tumeur kystique;

2° En cas de métrorragies, chez une femme dont le col est sain, on peut hésiter entre un polype utérin et un néoplasme du corps. L'injection de lipiodol donnera une image lacunaire (due à une saillie intra-utérine), dans le cas de polype et des anfractuosités avec contours frangés, irréguliers s'il s'agit d'un néoplasme;

3° L'injection de lipiodol, enfin, donnera des renseignements tout à fait intéressants, dans tous les cas où l'on voudra étudier la perméabilité tubaire chez les femmes stériles.

Cf. — **Exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol en cas de stérilité ou de dysménorrée.** (COTTE et BERTRAND. *Soc. de chir. de Lyon*, janv. 1926, et *Journ. de Méd. de Paris*, août 1926.)

Exploration radiologique du cul-de-sac de Douglas par l'injection de lipoiodine. (BERTRAND, VILLEMUR et BAILLAT [Toulouse], *Presse méd.*, sept. 1926.)

Exploration radiologique des organes génitaux de la femme au lipiodol. (F. MASMONTEIL. *Soc. de méd. de Paris*, 8 janv. 1926.)

Examen radiologique de l'utérus et des trompes. (E. OWMANSKY. *Th. de Paris*. 1926, Jouve édit.].

VI. RADIOTHÉRAPIE

Résultats et techniques de la rœntgenthérapie dans les cancers du col de l'utérus. (H. COUTARD et Cl. REGAUD, *Journ. de Radiol.*, avril 1926.) — Lorsque le processus néoplasique a dépassé l'utérus, par l'infiltration du tissu conjonctif lâche paramétral ou par la voie lymphatique, la curiethérapie seule reste insuffisante et il y a lieu de lui associer ou d'utiliser seule la rœntgenthérapie qui, depuis les progrès réalisés dans l'appareillage et les techniques employées, permet d'obtenir une amélioration considérable du pronostic dans le traitement des cancers inopérables du col de l'utérus.

A la méthode des petits champs multiples, mais d'entrecroisement délicat et peut-être insuffisant, puisqu'on ne connaît généralement pas exactement l'étendue des lésions pelviennes, les auteurs préfèrent les larges portes d'entrée qui nécessitent, en revanche, un rayonnement plus épuré et plus électif (filtration sur 2 millim. 5 de zinc ou de cuivre avec distance peau-anticathode de 0,50 à 0,75 centimètres). Cette méthode exige de longues irradiations et impose un étalement du traitement sur vingt-cinq jours environ, temps qu'il y aurait sans doute avantage à réduire à quinze jours si les tubes actuels le permettaient.

Dans ces conditions, les réactions locales et générales sont réduites au minimum et la rœntgenthérapie curative du cancer cervico-utérin est une indiscutable réalité. « Mais, disent les auteurs en terminant, c'est une méthode extrêmement difficile, laborieuse et d'un faible rendement

quantitatif : nous craignons qu'elle ne réserve en général plus de déboires que de satisfactions. »

Cf. — Radiothérapie du cancer du col de l'utérus. Statistique des années 1921 à 1926. (S. Laborde et Y. Wickham. *Bull. de l'Assoc. Franç. pour l'étude du cancer*, juillet 1926.)

Traitement des cancers de l'utérus par les radiations : idée sommaire des méthodes et des résultats; indications thérapeutiques. (Cl. Regaud. *Arch. d'Electr. méd.*, avril et mai 1926.)

La radiothérapie préventive post-opératoire des cancers du sein. (A. Gunsett [de Strasbourg]. Rapport au *Congr. pour l'avanc. des sc.*, Lyon 1926.) — Cette méthode considérée autrefois et à bon droit comme inopérante et même dangereuse lorsque, à l'exemple de l'école allemande, on faisait une séance unique et intense avec un rayonnement très pénétrant, semble au contraire donner des résultats intéressants depuis que l'on fait des irradiations à doses modérées et renouvelées tous les mois par exemple pendant une très longue durée de temps. Dans ces conditions toutefois un écueil est à éviter c'est la radiodermite tardive possible lorsque l'on atteint au total une dose élevée avec une filtration relativement faible. Il faut donc être très prudent, filtrer sur 0,5 de zinc ou de cuivre, et ne pas dépasser au total la dose de 8.000 R. par champ irradié pour toute la durée du traitement.

Cf. — Contribution à l'étude du traitement du cancer du sein par la radiothérapie pénétrante. (Chambacher et Rieder. *Presse méd.*, 21 avril 1926.)

Traitement par la radiothérapie des tumeurs de la région infundibulo-hypophysaire. (Roussy, Laborde, Levy, Bollack. *Soc. de neurol.*, 6 mai 1926.) — Se basant sur les cas précédemment observés et publiés par eux et sur trois autres cas plus récents de tumeurs hypophysaires traités par eux, les auteurs émettent l'opinion suivante :

1° Il ne faut pas actuellement attendre une guérison définitive de ce mode de traitement mais seulement des améliorations parfois très longues cependant;

2° C'est dès le début du traitement que se manifestent les améliorations que l'on peut attendre du traitement. Les bienfaits du traitement vont ensuite en s'atténuant ce qui confirme la loi biologique bien connue des radiothérapeutes : toute cellule en activité néoplasique devient peu à peu réfractaire à l'action élective qu'exercent sur elle les radiations;

3° Des accidents sont à redouter au cours de l'irradiation des tumeurs de l'hypophyse surtout lorsque l'on atteint des doses élevées de rayonnement : accidents mécaniques d'hypertension intracranienne que l'on évitera en n'irradiant qu'après trépanation décompressive préventive : accidents toxiques par réaction méningée.

La radiothérapie reste jusqu'à présent le traitement de choix des tumeurs de la région infundibulo-hypophysaire et il y a tout intérêt à instituer le traitement dès l'apparition des premiers symptômes.

Cf. — Traitement des tumeurs cérébrales par la radiothérapie. (Bremer [de Bruxelles]. Communication au *Cours de perfection. sur le cancer*, Strasbourg, oct.-nov. 1926.)

Résultats éloignés du traitement radiothérapique d'une tumeur de l'hypophyse. (Parès [de Montpellier]. *Congr. pour l'avanc. des sc.*, Lyon, juillet 1926.)

L'intervention chirurgicale doit-elle constituer un traitement d'exception des tumeurs hypophysaires? (de Saint-Martin. *Presse méd.*, 28 avril 1926.)

La radiothérapie dans le traitement des névralgies. (Zimmern et Cottenot. Rapport au *Congr. pour l'avanc. des sc.* in *Journ. de radiol.*, juillet 1926.) — La radiothérapie radiculaire peut être considérée comme un véritable traitement causal puisqu'elle a pour objectif d'atteindre le nerf précisément dans la région où il subit le processus irritatif si du moins on accepte comme pathogénie des névralgies dites essentielles, idiopathiques ou primitives, l'irritation du cordon nerveux à son passage dans le trou de conjugaison. A ce titre elle agit ou sur les lésions inflammatoires de l'arthrite des articulations du rachis ou sur les infiltrations (cellulite) qui compriment le nerf.

Elle s'adresse par conséquent, non seulement aux sciatiques quelle que soit leur origine mais aussi aux névralgies du plexus brachial et même à des névralgies diverses (occipitale, intercostale, coccygienne).

La technique suivie par les auteurs n'a pas varié depuis 1912. Les applications de rayons X sont faites sur la région vertébrale correspondant à l'émergence des nerfs atteints. Le rayonnement utilisé est moyennement pénétrant et correspond à une étincelle de 20 à 25 centimètres. Une filtration de 5 millimètres d'Al. est pratiquement suffisante. La méthode des petites doses (400 R. par séance) répétées tous les deux jours pendant dix jours est préférable à celle des doses plus fortes mais plus espacées. Après un repos de dix jours on refait une nouvelle série d'irradiations analogue à la première (quatre à cinq séances).

Dans l'ensemble, les résultats obtenus sont extrêmement satisfaisants, et la statistique des auteurs ne comporte que 15 p. 100 d'échecs.

La radiothérapie radiculaire est donc un des traitements les plus efficaces des névralgies; elle réussit souvent là où d'autres thérapeutiques ont échoué.

C'est en tout cas un traitement absolument sans dangers en raison des très faibles doses de rayonnement nécessaires.

Cf. — A propos du traitement des névralgies. (Delherm et Morel-Kahn. *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Lyon, juillet 1926.) — Les auteurs préconisent la radiothérapie, non seulement rachidienne, mais encore loco dolenti, qui leur a donné de nombreux succès.

A propos du traitement électro-radiologique des sciatiques. (Gauducheau [de Nantes]. *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Lyon, juillet 1926.)

Traitement par les radiations du goitre exophtalmique. (Douglas Webster. *Brit. med. Journ.*, 12 juin 1926.) — L'auteur considère la radiothérapie du goitre exophtalmique comme un traitement de grande valeur et estime que les basedowiens qui n'ont pas été guéris par le traitement médical seront presque tous améliorés et beaucoup même guéris par le traitement radiothérapique. La statistique de l'auteur porte sur 168 malades dont 88 p. 100 ont été nettement améliorés.

La technique qu'il utilise diffère un peu des méthodes françaises; il fait bien dans certains cas les séances hebdomadaires à faible dose qui sont de règle chez nous. Mais il semble donner la préférence aux doses voisines de la dose érythème mais répétée seulement toutes les trois ou quatre semaines. La filtration, dans sa technique, varie avec le volume de la glande (de 1 millimètre d'Al. à 0,5 de zinc). Les portes d'entrée sont naturellement variables également avec le volume du corps thyroïde.

Cf. — La radiothérapie dans les formes graves de la maladie de Basedow. (Gauducheau [de Nantes]. *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Lyon, juillet 1926.)

Etude suivie de 48 cas de goitre exophtalmique traités par la radiothérapie. (B. J. Sanger. *Arch. of intern. med.*, 15 mai 1926.)

Traitement radiothérapique des états thyroïdiens (P. Lehmann. *Œuvre méd.*, mai 1926.)

NOTES POUR L'ITERNAT

ÉTIOLOGIE, ANATOMIE PATHOLOGIGUE, SIGNES DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

FRACTURES DU COL DU FÉMUR

Ce sont des fractures *graves, difficiles à traiter*.

Elles comprennent plusieurs variétés divisées classiquement par rapport à la capsule en intra et extracapsulaires.

La division actuelle est basée sur le siège anatomique de la fracture que les rayons X ont permis de préciser.

Deux grands types :

1. **Fractures cervicales vraies** :
   - *a*. Sous-capitales ;
   - *b*. Transcervicales.

2. **Fractures cervico-trochantériennes**.

Cette division anatomique est confirmée par l'étude physio-pathologique.

Les *fractures cervicales vraies* évoluent vers la *pseudarthrose fibreuse*.

Les *fractures cervico-trochantériennes* vers le *cal osseux*, dans la règle.

Ces notions sont d'une importance capitale dans le *pronostic*, dans la *thérapeutique* de ces fractures.

ÉTIOLOGIE

1. **Causes prédisposantes**. — La notion d'âge. — L'opinion classique est controuvée. Ces fractures sont aussi fréquentes chez les adultes que chez les vieillards.

La variété de fracture est en rapport avec l'âge.

Classiquement : le vieillard fait une fracture sous-capitale, l'adulte une cervico-trochantérienne.

Actuellement : Au-dessous de quarante-cinq ans, la sous-capitale est plus fréquemment observée.

— De quarante-cinq à soixante-quinze ans, fréquence à peu près égale des deux variétés habituelles.

— Après soixante-quinze ans, la cervico-trochantérienne prédomine (Basset).

Deux causes efficientes. — La structure du col l'explique.

a. Classiquement : Tissu spongieux.

Tissu compact sur la partie inféro-interne du col avec un prolongement de la compacte interne.

Arc d'Adams ou *épine de Rodet* d'où se détache une lame qui va vers la face postérieure du col : *éperon de Merckel*.

b. Delbet-Basset : 1° Un système ogival rayonne des deux corticales diaphysaires dans le grand trochanter ;

2° Un éventail de sustentation rayonne de la lame de Rodet dans la tête ;

3° Un éventail supérieur part de la compacte sus-cervicale, s'entrecroise avec le précédent : *noyau central de la tête*.

— La fracture de l'adulte se fera au point faible, entre l'ogive et le noyau central : fracture cervicale vraie, pas de pénétration, puisque tissu compact.

La fracture du vieillard sera cervico-trochantérienne à la faveur des *géodes* qui se développent dans l'ogive trochantérienne ; l'éperon de Merckel pénètre, mais l'engrènement n'est pas fatal, à cause de ces mêmes géodes.

3. **Causes occasionnelles**. — Le traumatisme.

Ce n'est pas le trauma violent des luxations de la hanche ou des fractures du bassin.

Dans la règle, il s'agit d'un trauma peu important ou même minime.

— Soit de cause directe :

Chute latérale,
Choc sur le grand trochanter.

La fracture se produit par :

Flexion du col,
Fermeture de l'angle cervico-diaphysaire.

— Soit de cause indirecte :

a. Chute sur les genoux, les fesses, les pieds, cause exceptionnelle, agissant par flexion ou par *tassement.*

b. Mouvement d'adduction ou d'abduction violente, parfois même de rotation (mécanisme des fractures au cours de la réduction d'une luxation de la hanche par ouverture de l'angle cervico-diaphysaire).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Envisager successivement les trois variétés.

A propos de chacune d'elles :

Le siège,
La direction du trait,
Le déplacement,
L'éventualité de la pénétration et sa fréquence.

Ce qui est le caractère majeur au triple point de vue : anatomo-pathologique, clinique et thérapeutique.

A. **Adulte.** — I. Fracture sous-capitale par décapitation. — 1. Siège du trait : A la limite du col et de la tête.

Empiétant parfois un peu sur le col.

2. Direction : *perpendiculaire à l'axe du col,* c'est-à-dire oblique *en bas* et *dedans.*

3. Déplacement, dans la règle :

a. La *tête* rote en *bas* et en *arrière* (coxa vara sus ou juxta-capitale).

b. Le *col monte, adduction* et *rotation externe.*

4. La *pénétration est exceptionnelle,* toujours partielle, postéro-inférieure, l'extrémité interne du col dans la tête.

Dans la règle, il n'y a pas de pénétration, la fracture à *fragments libres* est le type habituel.

a. La tête *bascule,* la surface cartilagineuse regarde *en dedans, en bas,* tourne un peu *d'arrière en avant,* la surface cartilagineuse tend à venir en *dehors.*

b. Le fragment externe, sous l'action du psoas et des pelvi-trochantériens, *rote en dehors.* La surface fracturée regarde en *avant,* va *en dedans* et *en haut,* d'où chevauchement, avec raccourcissement du membre inférieur.

Ainsi se trouvent réalisées les conditions optima pour la production des *pseudarthroses.*

— Les fragments se chevauchent.
— Les surfaces fracturées ne se correspondent plus.

II. Fractures transcervicales. — 1. Siège du trait : coupe le col à sa partie moyenne, rétrécie.

2. Direction : soit perpendiculaire, soit oblique en *bas* et *dehors,* rarement en dedans, parfois très oblique, de la fossette digitale à la ligne intertrochantérienne.

Dans ce cas :

Intracapsulaire en avant,
Extracapsulaire en arrière.

3. Le déplacement est identique à celui de la forme précédente.

4. La pénétration est *nulle,* dans la règle.

III. Fractures basi-cervicales ou cervico-trochantériennes. — 1. Siège du trait :

— Au niveau de la base d'implantation du grand trochanter;
— De la fossette digitale à la fossette sous-trochantérienne;
— C'est la fracture intertrochantérienne de Kocher.

2. Direction oblique en *bas* et *dedans.*

3. Déplacement.

a. Exceptionnellement la fracture est libre; il n'y a ni pénétration, ni engrènement.

— La diaphyse monte en *haut* et en *arrière,* rote en *dehors.*
— Le fragment cervico-capital se met en *abduction forte,* devient *horizontal.*
— Il y a angulation à sinus postérieur.
— Le trait bâille en avant et en haut.

b. La caractéristique de cette fracture est bien plutôt la *pénétration* :

α. *Partielle* : exceptionnelle à l'angle inféro-externe, à la faveur de l'existence de la lame de Rodet, de l'éperon de Merckel.

β. *Totale* dans la règle, mais *maximum* pour les mêmes raisons anatomiques.

1. A l'angle inféro-externe, l'existence de géodes favorisant cette pénétration, s'opposant à l'enclàvement des fragments.

2. A la face postérieure, d'où angulation à sinus postérieur; rotation externe du membre.

Cette pénétration est *essentielle.* Elle conditionne :

1. *L'attitude vicieuse.* — Le col est *horizontal* (car pénétration à *angle droit*); il y a fermeture de l'angle cervico-diaphysaire (car pénétration *postérieure*); déplacement du col en avant, angulation à sinus postérieur : *coxa vara traumatique.*

2. L'évolution possible vers le *cal osseux.*

3. Enfin, la production des autres lésions :

Fractures à trois et quatre fragments.

a. A trois fragments par :

Eclatement du grand trochanter;

Détachement d'un fragment osseux postérieur, supérieur et externe;

A la faveur d'un trait de refend.

La fracture comprenant ainsi : un fragment cervico-capital; le grand trochanter; la diaphyse et le petit trochanter.

b. A quatre fragments : le petit trochanter est détaché (fracture bi-trochantérienne), le trait passe au-dessus ou au-dessous de lui, parfois existe un copeau diaphysaire.

B. **Enfant.** — Quelques particularités.

1. Les fractures *complètes* :

a. Les *basitrochantériennes* sont les plus fréquentes, à *fragments libres* le plus souvent.

b. Les sous-capitales se confondent avec le décollement épiphysaire.

2. Les fractures *incomplètes* : infraction ou fracture en bois vert; se complètent secondairement; parfois aboutissent à un *affaissement progressif du col.* *(A suivre.)*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Pratique thérapeutique en clientèle, par le docteur Ch. Fiessinger. Collection *Comment guérir?* In-8 de 342 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, N. Maloine.

Les Corps immunisants. Le mécanisme de la vaccination, par Mary Laurent. In-8 de 146 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, N. Maloine.

Pathologie et méthodes d'examen du liquide céphalo-rachidien, par le docteur B. Borchewsky, ancien interne des hôpitaux. Une brochure de 56 pages. — Prix : France et étranger, 7 fr. sans majoration. — Paris, Masson et Cie.

Guérison de la tuberculose par l'ail, par le docteur Cuguillère (de Toulouse). In-8. — Prix : 6 fr. — Paris, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et littérature
Produits: F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges . PARIS
CACHETS "ROCHE" DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0gr50 DE THIOCOL "ROCHE"
Sirop Roche
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL



CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Schwartz et Arrou, qui acceptent; Riche, Chevrier, Bazy, Cadenat, Jousset, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Sont nommés agrégés :

Médecine, MM. Chabrol, Donzelot, Hutinel, Pasteur Vallery-Radot ; chirurgie, MM. Brocq, Quénu, Gatellier ; physique, M. Dognon ; dermatologie et syphiligraphie, M. Sézary.

— ALGER. — Les décrets nommant MM. Cabanes et Gernet professeurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie et à la Faculté des lettres de l'Université d'Alger auront effet du 1er janvier 1927.

Sont nommés agrégés :

Anatomie, M. Ribet; physiologie, M. Hermann; chirurgie, M. Duboucher; chimie, M. Wunschendorff; obstétrique, M. Houël.

— BORDEAUX. — Sont nommés agrégés :

Médecine, MM. Aubertin et Damade; chirurgie, MM. Charrier et Loubat; histoire naturelle et pharmaceutique, M. Fourment.

— LILLE. — Sont nommés agrégés :

Médecine, M. Legrand (René); chirurgie, M. Swynghedauw; histoire naturelle médicale et parasitologie, M. Lavier; dermatologie et syphiligraphie, M. Bertin.

— LYON. — Sont nommés agrégés :

Anatomie, M. Gabrielle; physique médicale, M. Chevallier (André); médecine, MM. Dumas (Antoine), Dufourt, Devic; chirurgie, MM. Rochet et Wertheimer; anatomie pathologique, M. Martin (Joseph); histoire naturelle pharmaceutique, M. Manceau.

— MONTPELLIER. — Est nommé agrégé :

Obstétrique, M. Coll de Carrera.

— NANCY. — Sont nommés agrégés :

Médecine, M. Simonin (Pierre); chimie, M. Sannié.

— TOULOUSE. — Sont nommés agrégés :

Médecine, MM. Riser et Roques.

FACULTÉS DE PHARMACIE. — PARIS. — Sont nommés agrégés :

Pharmacie chimique, MM. Delaby, Picon et Fabre (René); pharmacie galénique, M. Mascré.

— MONTPELLIER. — Est nommé agrégé :

Pharmacie chimique, M. Canale.

CENTENAIRE DE VOLTA. — On célébrera cette année, à l'occasion du Congrès international des physiciens qui se tiendra à Côme et à Rome à partir du 8 septembre prochain, le Centenaire de la mort d'un des plus illustres physiciens des temps modernes, Alessandro Volta, l'inventeur de la pile voltaïque.

Volta est né à Côme en 1745, il mourut en 1826. Pendant trente ans il occupa la chaire de physique de l'Université de Pavie. Napoléon le fit comte et sénateur.

L'Académie des sciences, dont il fut membre associé étranger, se fera représenter aux fêtes du Centenaire.

CENTENAIRE DE L'UNIVERSITÉ DE TORONTO. — Du 6 au 8 octobre 1927 auront lieu à Toronto (U. S.) des fêtes à l'occasion de la célébration du Centenaire de l'Université.

CONGRÈS ANGLAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le Congrès annuel de l'Association des oto-rhino-laryngologistes de Grande-Bretagne vient de s'ouvrir à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Sir Saint-Clair Thomson, président de l'Association et président de la Société royale de Londres, a été reçu par M. le doyen Sigalas, assisté de MM. les professeurs Portmann, Jeanneney et Picqué.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 9e décade, du 21 au 31 mars, 1.311 décès, au lieu de 1.218 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.398, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La variole et la varioloïde n'ont causé aucun décès ; 1 cas nouveau a été déclaré par les médecins, au lieu de 2 pendant la décade précédente (moyenne 0).

La rougeole a causé 32 décès, au lieu de 19 pendant la décade précédente (moyenne 27).

La scarlatine a causé 6 décès, au lieu de 8 pendant la décade précédente (moyenne 3).

La coqueluche a causé 16 décès, au lieu de 5 pendant la décade précédente (moyenne 7).

La diphtérie a causé 11 décès, au lieu de 9 pendant la décade précédente (moyenne 7).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. Fernand WIDAL.) — *Cours de perfectionnement*, sous la direction de M. le professeur Lemierre et de MM. Abrami, Brulé, et Pasteur Vallery-Radot, agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle et oscillométrie : Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° Etude des ictères : recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. — Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses et de l'auto-agglutination des hématies.

2° Insuffisance hépatique : rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation et de floculation (1 leçon). — Syphilis, maladie hydatique, lèpre, peste, mycoses.

Les cuti-réactions (1 leçon). — Asthme, rhume des foins, urticaire, etc.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Transfusion du sang (1 leçon). — Technique et indications.

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 heures, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 2 mai et seront terminés le 25 mai 1927.

Le droit d'inscription est fixé à 200 fr. pour chacun des cours.

Prière de retirer les bulletins de versements relatifs à ces cours au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 25 avril 1927, à 21 h., à l'amphithéâtre de l'Ecole supérieure de guerre, 43 c, avenue de la Motte-Picquet.

La conférence sera consacrée à : « Un exercice pratique », sous la direction de M. le médecin principal de 1re classe Spire, médecin chef et professeur à l'Ecole supérieure de guerre.

Avis important. — **Trois conférences militaires suivies chacune d'un exercice pratique auront lieu le dimanche précédant le troisième lundi des mois de : avril, mai, juin, à 9 h. du matin, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine.**

Les conférences communes aux quatre écoles seront faites :

Le 24 avril, par M. le médecin principal de 1re classe Spire, adjoint au cours de tactique générale à l'Ecole supérieure de guerre.

Le 15 mai, par M. le médecin principal Schickelé, de la section technique du Service de santé.

Le 19 juin, par M. le médecin-major de 1re classe Schneider, du 3e bureau de l'état-major de l'armée.

Nos confrères auront le plus grand intérêt à assister à la conférence et à l'exercice pratique du dimanche matin, ce qui leur permettra d'avoir en deux jours trois présences à l'Ecole de perfectionnement, soit neuf présences en avril, mai et juin.

UNION TOURANGELLE A PARIS. — Le prochain dîner amical de l'Union aura lieu le mercredi 27 avril 1927, au Palais d'Orsay. MM. Courteline, Henry-Robert, J.-H. Rosny y assisteront. Les confrères d'origine tourangelle sont priés d'adresser leur adhésion à M. Jean Gorce, 16, rue Moncey, Paris (IXe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Auguste Frémicourt (de Lohéac), Gustave Weil (de Paris), Cuisset (de Tourcoing), Auguste Lefebvre (de Courtrai).

CENTENAIRE DE LA NAISSANCE DE LORD LISTER

Discours prononcé à Londres le 5 avril 1927

Par M. le Professeur Henri HARTMANN

AU NOM DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

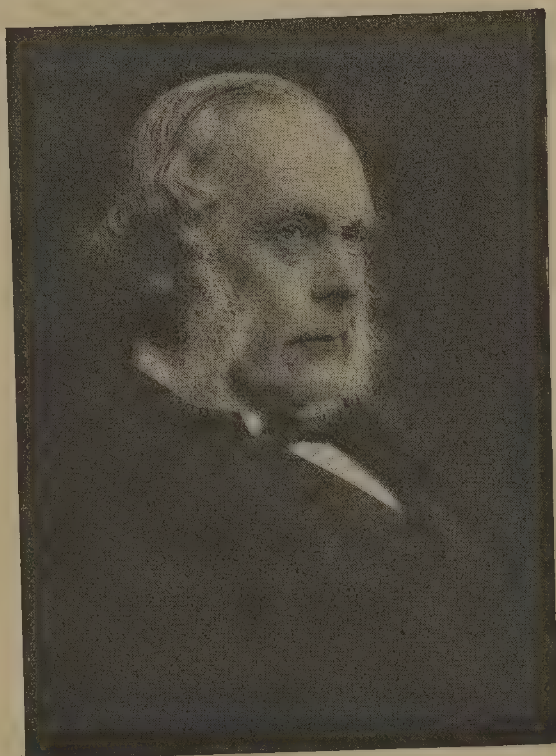
Lorsque l'Académie de médecine m'a désigné pour la représenter au centenaire de la naissance de Lord Lister, qu'elle avait eu l'honneur de compter au nombre de ses membres associés, j'ai accepté avec empressement, heureux de pouvoir apporter l'hommage du corps médical français à la mémoire de celui qui a révolutionné la chirurgie.

Au milieu du siècle dernier un de nos plus grands chirurgiens, Nélaton, écrivait : « Si un homme se rencontrait qui donnât le moyen de supprimer l'infection purulente, il faudrait lui élever une statue d'or. » Cette statue, Lister l'a méritée. Avant lui, toute intervention sanglante exposait à des complications dangereuses. En 1865, Gosselin n'osait même plus inciser les abcès du sein par crainte de l'érysipèle et attendait leur ouverture spontanée.

Du jour où les idées de Lister se sont imposées, le changement a été complet, les interventions sanglantes ont perdu leur gravité, la pratique chirurgicale a été complètement modifiée.

Avant Lister, des Français Déclat, Lemaire, Maisonneuve, Demarquay, avaient bien utilisé l'acide phénique dans le pansement des plaies. Les résultats qu'ils avaient obtenus avaient été médiocres. Si Joseph Lister, en employant le même agent, dont l'action désinfectante sur les eaux d'égout l'avait frappé, a obtenu des résultats qu'on n'aurait même pas osé espérer, c'est qu'il ne s'en est pas servi simplement comme agent de pansement, c'est qu'il a édifié une *méthode reposant sur une base scientifique.*

De 1860 à 1866 Pasteur, par une série d'expériences rigoureusement conduites, avait établi que les fermentations étaient déterminées par un agent vivant, qu'il y avait des ferments spécifiques pour les diverses fermentations, qu'il n'y avait pas de génération spontanée, que ce qui déterminait le trouble produit dans des bouillons, c'était des germes apportés par l'air. Lister eut l'immense mérite de voir tout le parti qu'on pouvait tirer de ces expériences pour le traitement des plaies. Adoptant les idées de Pasteur, refaisant ses expériences en les modifiant quelque peu, il acquit la conviction que les complications des plaies étaient dues à la présence de germes contenus dans l'air.



LORD LISTER O. M.

(5 avril 1827 — 10 février 1912)

Dès 1867, il commençait la série des publications qui ont immortalisé son nom. Il ne se sert pas simplement d'un agent désinfectant, il édifie une méthode, il montre que, pour éviter les accidents des plaies, il faut et il suffit de les mettre à l'abri des germes. Aussi prend-il soin de désinfecter tout ce qui touche la plaie : les mains, les instruments, les éponges, les objets de pansement; il cherche même à détruire les germes de l'air en opérant sous un spray phéniqué. En même temps, il substitue, aux anciennes ligatures, les ligatures perdues faites avec un fil résorbable préalablement désinfecté, ce qui aurait suffi à faire la gloire d'un chirurgien, enfin il fait systématiquement la réunion des plaies, les drainant lorsqu'il craint une exsudation et une rétention de liquide.

Les résultats ne se font pas attendre. Alors que dans la Royal Infirmary de Glascow, la mortalité des fractures compliquées était de 40 p. 100, elle tombe à 3 p. 100 dans le service de Lister. L'érysipèle, l'infection purulente, la septicémie, la pourriture d'hôpital, complications si fréquentes partout ailleurs, disparaissent des salles qu'il dirige.

En 1868, un an après la publication du premier mémoire de Lister, un jeune interne des hôpitaux de Paris, Just Lucas-Championnière part à Glascow. Il voit à son grand étonnement les plaies guérir sans suppuration, leur réunion se faire par première intention avec une rapidité que l'on n'avait pu prévoir jusque-là; il voit des opérations regardées comme dangereuses évoluer sans la moindre complication. Il ne voit ni érysipèle, ni septicémie, ni infection purulente, ni pourriture d'hôpital, ni même de suppuration. Aussi, rentré enthousiasmé, il publie, en janvier 1869, un premier article sur la mé-

thode de Lister, alors qu'elle était encore inconnue dans la plupart des pays. Il relate ce qu'il a vu, et qui tient, dit-il, du merveilleux. Pendant les années suivantes, il prêche d'exemple, il se rend chez une série de ses maîtres, exécutant dans leurs salles des opérations en suivant d'une manière précise la pratique de Lister. Enfin, lorsqu'il est lui-même à la tête d'un service hospitalier, il y applique d'une manière rigoureuse la méthode listérienne. Ses amis Berger, Périer, Terrier mènent avec lui le bon combat. La différence des résultats obtenus avec ceux que l'on avait antérieurement apparaît bientôt tellement évidente aux yeux de tous, que le Lister, comme on dit, est bientôt pratiqué partout en France. Continuant son apostolat, en 1876, Lucas-Championnière publie sa *Chirurgie Antiseptique* qui est le premier ouvrage didactique paru sur la méthode de Lister. Ce livre fut traduit en anglais avant même l'apparition du beau Traité de chirurgie antiseptique de sir Watson Cheyne. Comme on le voit, par ce que nous venons de dire, la France est un des pays où la méthode de Lister fut le plus rapidement acceptée.

A la suite de son adoption, on assista à une véritable rénovation de la chirurgie. Il suffit, pour s'en rendre compte, de lire les bulletins de notre Société de chirurgie, qui donnent une idée du mouvement chirurgical en France. A partir de 1875, les discussions diffèrent complètement de ce qu'elles étaient auparavant. On n'y parle plus que d'opérations nouvelles. Les procédés de traitement sanglant de diverses maladies prennent une place qu'ils n'avaient jamais occupée, la chirurgie est complètement transformée. La cure des hernies, la suture de la rotule, les résections articulaires, la trépanation, les ostéotomies, etc., sont l'objet de communications nombreuses. Chaque chirurgien vient apporter à la tribune de notre société les succès qu'il obtient, tant ces succès paraissent étonnants, tant ils diffèrent de tout ce qu'on avait vu jusque-là.

En 1892, lors du Jubilé de Pasteur, Lister, qui était venu se proclamer son disciple, est acclamé à Paris. Pendant une période d'une dizaine d'années, son pansement a régné en maître dans nos hôpitaux. Tous nous étions de fervents adeptes de la méthode listérienne, tous nous étions désireux de connaître l'homme qui avait si profondément modifié la chirurgie. Aussi, en 1883, au moment où je venais d'être nommé interne des hôpitaux, je suis, comme Championnière quinze ans auparavant, parti en pèlerinage à Londres et ai été voir à King's College celui qui venait de transformer la chirurgie. C'est toujours avec un sentiment d'admiration et de reconnaissance que je me souviens de l'accueil que, jeune étudiant, j'ai reçu de ce maître bienveillant dont je venais suivre les leçons.

Depuis lors la chirurgie s'est modifiée, tant il est vrai que tout doit constamment évoluer. Sous la vigoureuse impulsion de Terrier, adepte comme Lister des doctrines pastoriennes, l'asepsie a été substituée à l'antisepsie. A la destruction des germes par l'acide phénique, on a, à l'exemple des bactériologistes dans leurs laboratoires, substitué leur destruction par la chaleur qui permet d'obtenir une stérilisation absolue et n'expose pas aux inconvénients que présentent, dans certaines circonstances, les antiseptiques au contact des tissus vivants. On a attaché moins d'importance que Lister à l'arrivée dans la plaie des germes contenus dans l'air. On a continué néanmoins à suivre les principes qu'il avait posés et qui restent définitivement acquis, la nécessité de mettre les plaies à l'abri des germes qui peuvent la contaminer, la possibilité de les réunir et de faire des ligatures perdues.

Aussi le nom de Lister restera-t-il dans l'histoire comme celui de l'homme de génie qui, en appliquant au traitement des plaies une méthode reposant sur une base scientifique, a permis à la chirurgie de faire, en une courte période d'années, des progrès tels qu'on n'en avait jamais vu de pareils dans les siècles antérieurs.

CÉLÉBRATION
DU
CENTENAIRE DE LA NAISSANCE DE LISTER

Londres, 4, 5 et 6 avril 1927

Le centenaire de la naissance de Lister a été célébré à Londres par des cérémonies officielles qui se sont déroulées les lundi 4, mardi 5 et mercredi 6 avril.

Le programme comportait dans la matinée du 4 avril une réception du roi d'Angleterre au palais de Buckingham; et le soir une invitation de la Société royale de médecine pour entendre sir Saint-Clair Thomson prononcer un discours sur Lister et la Maison des chirurgiens.

Le 5 avril au matin, réception par le premier ministre dans la grande salle de la Maison de l'Association médicale britannique au cours de laquelle ont pris la parole les professeurs Hartmann (de Paris) et Max Ritter von Gruber (de Munich); dans l'après-midi, entretiens au Collège royal des chirurgiens et le soir un dîner dans le hall de la Compagnie des marchands tailleurs dont Lister fut membre honoraire en 1903.

Le mercredi matin 6 avril, dans la matinée, un service en mémoire de Lister a été célébré à l'Abbaye de Westminster; dans l'après-midi trois discours ont été prononcés à la Société royale de médecine par sir Charles Sherrington, le professeur Bulloch et sir Berkeley Moynihan, baronnet; enfin, le soir une réunion à la Société royale terminait les cérémonies.

En outre, la Société listérienne s'est réunie au King's College Hospital le lundi après-midi : Lister avait été trente-cinq ans chirurgien de cet hôpital, neuf allocutions furent prononcées. Enfin le même jour, en Yorshire, un service avait été célébré à Upton Cross, dans l'église Saint-Pierre, dont le presbytère actuel est la maison natale de Lister.

Réception royale. — Le lundi matin, la réception royale a eu lieu dans la salle du trône; cent délégués environ étaient réunis. Ces délégués représentaient l'Argentine, l'Autriche, la Belgique (professeur Ch. Willems), le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France (docteur Pierre Bazy, professeur A. Calmette, membre étranger de la Société royale, professeur Henri Hartmann), la Hollande, la Hongrie, l'Italie, la Norvège, la Pologne, la Russie, la Suisse et les Etats-Unis d'Amérique. Puis venaient les délégués des Dominions d'outre mer : Australie, Canada, Indes, Nouvelle-Zélande et Afrique du Sud. Enfin, les délégués anglais des sociétés savantes, des universités, des services de santé de la marine,

de l'armée et de l'intérieur, et enfin les représentants des principaux hôpitaux. Le Roi s'est fait présenter chacun d'eux et leur a serré la main. Sir Ernest Rutherford, président de la Société royale, a présenté au Roi une adresse dans laquelle il décrivait Lord Lister comme un des plus grands bienfaiteurs de l'humanité, et montrait que ses brillantes qualités de chercheur et son dévouement exclusif à la science l'avaient amené, en utilisant pour les questions chirurgicales les découvertes de son grand contemporain Pasteur, à découvrir les causes cachées des inflammations, à trouver le moyen de les prévenir, et en conséquence à inaugurer un âge nouveau pour la science et la pratique chirurgicales.

« On peut vraiment douter, a continué sir Ernest Rutherford, que l'activité scientifique de tout autre homme ait jamais contribué autant à l'épargne des vies humaines, à la prévention et à la guérison des souffrances physiques qui affligent l'humanité. »

Discours de S. M. George V. — Le Roi, en réponse, s'est exprimé ainsi : « Je vous remercie pour les paroles que vous avez prononcées. C'est avec plaisir que je reçois les délégués présents ici aujourd'hui et qui prennent ainsi part à la commémoration du centenaire de la naissance de Lord Lister. Tout pays pourrait être fier de revendiquer pour sien Lord Lister; et moi et mon peuple accueillons cordialement les représentants de la médecine et de la chirurgie, des Dominions d'outre mer comme de tous les pays du monde civilisé qui sont venus se joindre à nous pour honorer sa mémoire.

« C'est très justement que vous avez placé Lister parmi les plus grands bienfaiteurs de l'humanité. Parmi les nombreux changements observés pendant les cent dernières années, aucun n'est plus frappant que la révolution opérée dans les esprits en ce qui concerne la chirurgie. Nous comprenons difficilement maintenant la terreur ou les appréhensions avec lesquelles étaient autrefois considérées les interventions chirurgicales, mêmes minimes. Ce changement de l'opinion est dû à la découverte des anesthésiques et plus encore peut-être aux travaux de Lister. Lister nous a débarrassés de l'horreur de la gangrène opératoire, et pour cela on peut à bon droit le dire père de la chirurgie moderne. Les principes qu'il a découverts et exposés sont aujourd'hui appliqués par ses successeurs et sont encore susceptibles de porter de nouveaux fruits.

« On pense d'abord au succès final et aux bienfaisants effets des travaux de Lister, il faut cependant se rappeler qu'ils ne sont pas le résultat d'un accident heureux ou d'une inspiration soudaine, mais d'une étude longue et patiente, d'expériences personnelles, et enfin d'une vaste science, et d'un coup d'œil pénétrant lui permettant de discerner l'importance et la portée pratique d'observations qui, pour quelques cerveaux, seraient demeurées des travaux académiques.

« C'est mon très vif désir et mon espoir que la célébration du centenaire de Lister soit en tout point réussie, et que cette assemblée d'hommes de science de toutes les parties du globe ait pour résultat d'alimenter et de renforcer la coopération de toutes les nations dans les progrès de la science pour le bénéfice commun de la race humaine. »

Après ce discours, le roi s'est entretenu quelques minutes avec les membres de la délégation.

Séance de la Société royale. — Le discours prononcé lundi après-midi par Sir Saint-Clair Thomson a retracé la carrière de Lister, ses études à Londres, son arrivée à Edimbourg à vingt-six ans, en 1853, sa nomination sept ans plus tard, à une chaire de chirurgie à l'université de Glasgow. C'est à Glasgow qu'il posa les bases de la chirurgie antiseptique. En 1869 il retourne à Edimbourg. Appelé en 1877 au King's College Hospital de Londres, il accepte par sentiment du devoir pour convaincre un plus grand nombre de personnes; ses auditeurs qui étaient 400 à Edimbourg tombèrent cependant à 20, 10 et au-dessous lorsqu'il fut à Londres... cette négligence semble aujourd'hui inexplicable... mais alors l'enseignement de Lister n'était pas fait pour aider à passer les examens et à conquérir un diplôme... il y a cinquante ans la bactériologie était dans l'enfance... cependant vers 1883, les étrangers affluèrent au King's College Hospital de tous les coins de la terre; Sir Saint-Clair Thomson quitta Londres à cette époque, lorsqu'il y revint dix ans plus tard, l'atmosphère était changée : l'asepsie régnait; Lister âgé de soixante-six ans prenait sa retraite, il présidait alors la Société royale et ne sentit le poids de l'âge qu'en 1903, il s'arrêta alors complètement et en 1912 il s'éteignit doucement à Walmer, petit village de pêcheurs, il était dans sa quatre-vingt-cinquième année.

Réception par le premier ministre. — Mardi, dans le grand hall de l'Association médicale britannique, une très brillante assemblée de délégués, en robe professorale, entourait le premier ministre, Sir Ernest Rutherford présidait la réunion, il s'est félicité que M. Baldwin ait pu venir en personne montrer que l'Etat n'oubliait pas ce qu'il devait à l'un des plus grands de ses citoyens.

M. Baldwin a rappelé que Lister était venu à Londres il y a cinquante ans pour convertir ses propres compatriotes. Deux ans après il était acclamé à Amsterdam où le président d'un Congrès l'assurait de la gratitude des nations participant à ce Congrès, et plus tard un ambassadeur d'Amérique le saluait non pas au nom d'une profession ou d'une nation mais au nom de l'humanité elle-même.

M. Baldwin a rappelé ensuite la méthode de travail de Lister, l'élévation de son caractère, sa parfaite courtoisie, sa charité profonde, et il termina en proclamant que si le corps de Lister repose en paix, son nom est vivant à jamais.

Chaque délégué est alors allé serrer la main du Premier, puis, prenant la parole, le professeur Hartmann a prononcé le bel éloge de Lister que nous sommes heureux de publier en tête de ce numéro (voir page 509).

Enfin le professeur Ritter von Gruber raconta comment Munich fut la première ville à glorifier Lister lors du voyage qu'il y fit en 1875, il parla de l'influence profonde de la méthode de Lister sur toute la biologie, et termina en rappelant que les dernières années de Lister lui parurent très adoucies par la satisfaction, qui lui semblait si consolante, de connaître que tant de douleurs avaient été évitées grâce à ses travaux.

Le banquet des Marchands tailleurs. — Le soir du mardi 5 avril, un banquet réunissait environ 200 convives dans la grande salle de la Compagnie des Marchands tailleurs.

Cette corporation, comme plusieurs autres dans la cité de Londres, remonte au moyen âge : elle a été autorisée dès 1326 par Edouard III. On peut être surpris d'apprendre que Lister en fut membre honoraire, mais il faut savoir qu'au cours des siècles cette corporation, qui ne s'occupait à sa naissance que des intérêts professionnels de ses membres, s'est transformée en une puissante société dont l'activité est surtout tournée vers la bienfaisance; plusieurs rois d'Angleterre ont fait partie de cette compagnie, et parmi les membres actuels figurent Georges V, le duc de Connaught, Lord Balfour, le maréchal Haig, le prince de Galles et le présent premier ministre, M. Stanley Baldwin.

A la fin du repas, Mr. A. L. F. Cook, maître de la corporation, a porté divers toasts : l'Eglise et le Roi, les membres de la famille royale appartenant à la corporation et les autres, le lord maire, la mémoire de Lister.

Puis le comte de Crawford et Balcarres, chevalier du Chardon et membre de la Société royale, a bu à la santé des délégués, le professeur G. Nicolaysen, norvégien, et le professeur Irving H. Cameron lui ont répondu.

Enfin, Sir John Rose Bradford, président du Collège royal des médecins de Londres, a porté à la santé du Maître de la Corporation.

Ce banquet, où les convives étaient en tenue de cérémonie, pendant lequel une musique militaire s'est fait entendre, offrait un très beau coup d'œil, il s'est terminé par la mise en pratique d'une pittoresque coutume : tous les assistants ont à tour de rôle bu avec un curieux cérémonial dans deux « loving cups » en argent offertes en 1680 par John Brett, qui faisait partie du conseil d'administration de la Compagnie.

LE SERVICE DE WESTMINSTER. — Le service célébré à la mémoire de Lister, le mercredi matin, dans l'abbaye de Westminster, a été particulièrement imposant : le caractère si impressionnant de l'admirable église, qui, on le sait, contient les tombeaux des plus grands hommes d'Angleterre, et dans laquelle, à ce titre, repose Lister, convenait admirablement à la cérémonie.

Les délégués avaient revêtu leurs robes, et de nombreuses couronnes furent apportées sur la tombe de Lister, les délégués français, pour leur part, déposèrent trois couronnes : celle de l'Institut de France présentée par M. Bazy, celle de l'Académie de médecine par M. Henri Hartmann et celle de l'Institut Pasteur par M. Pasteur-Vallery-Radot.

RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ LISTÉRIENNE. — Le lundi après-midi, au cours de la réunion de la Société listérienne, Mr Arthur Cheatle, président, dit la joie, la fierté et la reconnaissance des membres du personnel du King's College Hospital, où Lister avait si longtemps pratiqué ses recherches et réalisé ses découvertes.

Sir Watson Cheyne montra que l'œuvre de Lister avait répandu ses bienfait dans le monde entier. Il retraça le séjour de Lister à l'hôpital, la fidélité de quelques-uns de ses élèves, et l'admiration d'autres qui, leurs examens passés, revenaient étudier auprès de lui.

Sir George Lental Cheatle dit que Lister était en tout point le plus grand homme qu'il ait rencontré. Il admirait la dévotion de Lister à son travail et sa courtoisie. Lister considérait l'hôpital comme un temple ; un jour que ses élèves n'avaient pu se retenir de l'applaudir (il avait fait une difficile opération en trente-deux secondes), Lister se retourna et leur dit : « Messieurs, messieurs, rappelez-vous où vous êtes. » On racontait qu'au début de sa carrière, Lister avait fait remarquer à ses élèves qu'une fracture simple se réduisait sans complications, alors qu'on avait de la suppuration et d'autres inconvénients dans une fracture ouverte... l'homme qui en trouverait la raison serait fameux dans la chirurgie... plus tard, cette prophétie fut remplie par Lister lui-même, et Sir George L. Cheatle ne put s'empêcher de demander à Lister si cette histoire était vraie : Lister lui répondit affirmativement.

Le lieutenant-colonel R. P. Bond, parla de la valeur des méthodes de Lister qu'il constata lors de l'expédition de Souakin et pendant la guerre des Boërs.

Le docteur Dustin rappela la hardiesse de Lister lorsqu'il fut appelé à opérer la reine Victoria : il avait ouvert un abcès axillaire et n'était pas satisfait de la suite, le lendemain il coupa un tube de caoutchouc et lui fit passer la nuit dans l'acide phénique; au matin, il le plaça sous l'aiselle de la reine et eut la joie de voir sortir de la blessure non du pus mais du sérum ordinaire. C'était la première fois qu'un tube de caoutchouc était utilisé comme drain.

EXPOSITION LISTÉRIENNE. — Pendant le mois d'avril, à l'occasion du centenaire de Lister, le Musée historique médical Wellcome a organisé une exposition spéciale consacrée à Lister; elle est ainsi divisée :

Vie familiale de Lister;
Sa vie professionnelle;
Ses recherches expérimentales;
Expériences sur les antiseptiques;
Travaux originaux en chirurgie;
Ses partisans en Grande-Bretagne et à l'étranger;
Reconnaissance de la Grande-Bretagne et du monde scientifique.

Cette exposition contient beaucoup de manuscrits de Lister. L'influence de Pasteur sur Lister y est représentée par de nombreux exemples. R. S.

—En terminant ce bref compte rendu, nous tenons à adresser nos sincères remerciements à M. le professeur Hartmann, qui a bien voulu nous en faciliter la rédaction en mettant à notre disposition divers documents. N. D. L. R.

UNE VISITE DE PÉAN A LISTER

A peine Lucas-Championnière venait-il de faire paraître son volume sur la *Chirurgie antiseptique* (1) que Péan décida d'aller à Londres. J'eus l'honneur de l'accompagner et je m'empressai au retour de publier dans la *Gazette* une note sur cette visite (voy. *Gaz. des hôpit.*, 22 nov. 1879).

Convaincu par ce que nous avions vu, Péan appliqua immédiatement au traitement de ses opérés la méthode de Lister. Si Lucas-Championnière fut le premier à la préconiser et à l'appliquer, Péan fut le second. Il en put constater rapidement les bons résultats.

Toutefois nous ne tardâmes pas à observer quelques accidents d'intoxication phéniquée, malgré le rigoureux emploi du protective, placé sous la gaze phéniquée, recouverte elle-même de Mackintosch.

Les solutions employées par Lister étaient très concentrées (solutions au 1/20 pour les instruments, au 1/40 pour les mains de l'opérateur et de ses aides, au 1/100 pour les compresses introduites dans la cavité abdominale. Nous dûmes étendre fortement ces solutions. Si, en effet, on ajoute à cela le spray qui inondait la salle de vapeurs phéniquées on peut se rendre compte de la quantité énorme d'acide phénique absorbé, non seulement par l'opéré mais aussi par l'opérateur et ses aides. Ceux qui, comme nous, ont passé par cette période de l'ère antiseptique se rappelleront dans quel état étaient leurs mains et quelle odeur ils répandaient autour d'eux dans les voitures publiques ou les loges de théâtre. Il est vrai qu'après l'acide phénique vint l'iodoforme qui, à ce point de vue, était encore pire.

Ainsi qu'il l'a reconnu lui-même, Lister eut des précurseurs dans l'emploi de l'acide phénique. Etant enfant, j'ai eu l'occasion de connaître un chimiste du nom de Bobœuf qui inventa le phénol Bobœuf et acquit rapidement une certaine vogue. Il y eut aussi Déclat, Maisonneuve, Demarquay. Mais cela n'enlève rien au grand mérite de Lister qui a fait de l'emploi de l'acide phénique « un principe et une méthode », ainsi que l'écrivait la *Gazette des hôpitaux* dès 1867.

Il nous souvient que Reclus dans sa leçon inaugurale à la Faculté, après avoir tracé un tableau lamentable des résultats de la chirurgie antérieure à l'antisepsie, s'écria : « Grâce aux dieux, j'entends par là Lister et Pasteur, les choses ont changé et la chirurgie s'est heureusement transformée. »

Nous ferons remarquer que Reclus cita Lister avant Pasteur. Saluons-les aussi bas l'un que l'autre et rappelons encore une fois le beau geste de Lister embrassant Pasteur à la Sorbonne, lors de son Jubilé, au moment où il y entrait au bras du Président de la République.

Cette première entrevue des deux grands chirurgiens qu'étaient Lister et Péan m'a laissé une très vive impression.

(1) *La Chirurgie antiseptique; principes, modes d'application et résultats du pansement de Lister*, par Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Dans la 2ᵉ édition, parue en 1880 chez Baillière, on trouvera la liste complète des publications de Lister et l'index des travaux publiés dans le monde entier sur la méthode.

Elle n'alla pas cependant sans un fâcheux incident. Lister nous avait donné rendez-vous à 2 heures à King's Hospital. En sortant de notre hôtel, Péan jeta au cocher du cab : King's College. Nous roulâmes, nous roulâmes longtemps, nous franchîmes une barrière de Londres, nous nous trouvâmes en pleine campagne, enfin nous arrêtâmes devant un grand établissement rempli de jeunes gens en veste rouge et en pantalon vert. Un officier, d'ailleurs fort correct, nous apprit que nous étions à King's College et non à King's Hospital. Nous dûmes donc refaire la longue promenade et nous arrivâmes à 4 heures à l'hôpital. Lister nous avait patiemment attendus, et ce retard, par trop incorrect, ne diminua en rien l'extrême courtoisie avec laquelle il nous fit les honneurs de son service.

A. BROCHIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 AVRIL 1927)

Vaccination préventive de l'homme contre le typhus exanthématique par emploi de petites doses virulentes répétées (cerveau de cobaye). — MM. Charles NICOLLE, H. SPARROW et E. CONSEIL. Parallèlement aux recherches qu'ils poursuivent sur l'emploi du sérum d'animal de forte taille convalescent de typhus expérimental, les auteurs ont fait d'autres recherches dans le but d'arriver à la vaccination par le virus lui-même. Le sang étant irrégulièrement actif ils lui ont substitué le cerveau de cobaye qui a permis de vacciner deux sujets de façon efficace. La seule objection qu'on pourrait faire à la méthode est le temps qu'elle demande. Ce temps pourra être amélioré, mais personne ne pourra reprocher aux auteurs d'avoir agi avec la plus grande prudence.

Radiations mitogénétiques et genèse des tumeurs. — M. Joseph MAGROU et Mme Madeleine MAGROU.

Essais de vaccination antirabique du lapin par la voie méningée. — MM. A.-C. MARIE et S. MUTERMILCH.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1927).

Déclaration de vacance. — M. le président déclare vacante la place occupée dans la première section (médecine) par M. Gilbert, décédé.

Centenaire de Lister. — M. Hartmann lit une relation de son voyage à Londres où il a représenté l'Académie aux cérémonies du centenaire de Lister. Il donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie de médecine et que nous publions in extenso en tête de ce numéro.

Les pratiques funéraires dans l'islam de l'Afrique du Nord et leur répercussion sur l'hygiène et la santé publique. — M. DINGUIZLI (de Tunis). Les inhumations en Tunisie sont actuellement soumises à la même réglementation que dans la Métropole : déclaration réglementaire des décès, constat médical et permis d'inhumer, alors qu'avant le Protectorat on hâtait les inhumations sans se rendre compte du danger qui consistait à inhumer des corps dont la mort pouvait être apparente et non réelle. Les cimetières étaient souvent dans les villes. Il était aussi toléré d'enterrer chez soi. Aujourd'hui les cimetières musulmans se trouvent tous hors des villes et ceux qui existaient au milieu des agglomérations humaines sont désaffectés et transformés en squares.

Les corps sont transportés au cimetière sur une civière. Ceux des hommes sont à peine couverts de linceuls et d'un châle en cachemir, ceux des femmes, pour les masquer aux regards indiscrets, sont placés dans une sorte de bière mal fermée.

Le lavage des corps est une obligation du culte musulman. L'eau qui en provenait et qui est impure, d'après la loi religieuse, coule partout dans la chambre mortuaire où a lieu cette opération. Elle peut être la source de contagions diverses.

L'usage veut que la literie du mort et ses vêtements soient offerts aux laveurs des morts en plus de leurs rémunérations. Ces derniers les font porter au plus tard le lendemain des funérailles sur un marché spécial et là on procède à leur vente *à la criée*. On conçoit l'étendue de la propagation par contage de certaines affections épidémiques ou contagieuses.

M. Dinguizli demande qu'à l'avenir :

1° Le transport des corps ait lieu dans une bière hermétiquement close ;

2° Qu'on observe rigoureusement les décisions administratives imposant la désinfection des hardes et autres objets similaires ayant appartenu aux morts.

La table à lavage, et la civière seront recouvertes d'une couche de zinc pour faciliter leur désinfection par la chaleur, car elles servent à plusieurs usages.

M. Dinguizli soumet à l'Académie des réductions du matériel mortuaire.

La question de l'inhumation proprement dite étant conforme aux prescriptions hygiéniques n'offre rien de particulier à noter, les tombes sont d'une construction étanche de sorte qu'aucun dégagement putride n'est possible.

Nouvelles contributions à la pathogénie et à la physiologie pathologique du zona zoster. — MM. MARINESCO et DRAGANESCO.

Action d'un certain nombre d'eaux minérales et de solutions salines sur l'imbibition colloïdale. — MM. VIOLLE et DUFOURT. (Présentation faite par M. DESGREZ.)

Nouvelle classification des eaux minérales. — MM. Allyre CHASSEVANT et Marcel VALLS.

Insuffisance mitrale due à l'existence d'un foramen congénital de la valve interne de la valvule mitrale. — MM. MUSSIO-FOURNIER, FIGARI-LEGRAND, A. GARRA et CASTIGLIONI.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 MARS 1927)

A propos de la grippe chez les vieillards. — M. BRELET (de Nantes), à propos de la communication de M. Renaud à la séance précédente, relate quelques observations de vieillards ayant résisté à une attaque sévère de grippe, et constate combien il est malaisé d'établir le pronostic de la grippe chez les personnes âgées.

Sténose mitrale aphone, crises convulsives d'origine asphyxique. — MM. L. BABONNEIX et J. MORNET présentent les pièces d'un sujet mort d'asystolie, et chez lequel l'autopsie a révélé un rétrécissement mitral très serré, avec infiltration calcaire. La maladie n'avait jamais donné lieu au moindre signe physique caractéristique.

Création d'un pneumothorax artificiel sur le côté opposé à une thoracoplastie. — M. P. AMEUILLE présente une malade chez laquelle une thoracoplastie a été créée sur ses instances par Lardennois il y a deux ans, qui a fait une localisation cavitaire du côté opposé à la thoracoplastie et à laquelle il a pratiqué un pneumothorax sur cette cavité.

Les résultats sont satisfaisants depuis deux mois que dure ce pneumothorax.

Un cas d'anémie grave postarsénobenzolique. — MM. P.-Emile Weil et Isch-Wall rapportent une observation d'anémie grave postarsénobenzolique qui se présentait sous l'aspect d'une anémie pernicieuse cryptogénétique et qui survint de façon tardive un mois après la fin d'une cure minime de sulfarsénol (six injections sous-cutanées bien supportées de 0g18 de sulfarsénol).

Ce cas très grave chez un tabétique guérit complètement après cinq transfusions; les premières n'apportèrent qu'une amélioration de l'état général, comme cela est la règle dans de tels faits, mais à partir de la troisième la réparation sanguine s'opéra.

Angine de poitrine d'effort améliorée à l'occasion d'hémorragies hémorroïdaires. — MM. Mussio Fournier et Figari Legrand (de Montevideo).

Asthme, œdème de Quincke et kyste hydatique du foie. — MM. M. Fournier et Sévane.

Paragangliomes de la surrénale avec hypertension paroxystique. — MM. Ch. Oberling et G. Jung présentent l'observation d'une femme de vingt-huit ans atteinte d'hypertension intermittente et paroxystique. La malade meurt quelques heures après un accouchement normal. L'autopsie montre un gros cœur (450 grammes) et un paragangliome de la surrénale gauche de la grosseur d'un poing d'homme adulte. Cette observation confirme donc le fait mis en évidence par MM. M. Labbé, Tinel et Doumer, à savoir que les paragangliomes de la surrénale déterminent une hypertension d'un type spécial.

L'immunité antidysentérique. Une forme de l'immunité antitoxique. — M. Chr. Zoeller recherche, au moyen de l'intradermoréaction à la toxine dysentérique, la présence d'antitoxine dans le sérum sanguin de certains sujets. Cette antitoxine peut reconnaître plusieurs origines : une infection minima occulte, une dysenterie clinique franche, une vaccination par l'anatoxine dysentérique.

La proportion des sujets réceptifs est, chez les sujets adultes, de 83 p. 100 environ. L'auteur étudie les rapports de cette antitoxine spécifique avec l'immunité antidysentérique. Il rapproche ces données de celles qu'il a obtenues antérieurement dans le domaine de la diphtérie, de la scarlatine, du tétanos.

Ictère infectieux fébrile à type pseudo-palustre d'origine colibacillaire. — MM. Melnotte et Farjot.

Syndrome azotémique et dysentérique aigu d'origine colibacillaire probable. — MM. Melnotte et Farjot.

L'artérite juvénile. — M. Guillaume pense qu'il faut, jusqu'à plus ample informé, considérer la thrombo-angéite oblitérante comme une variété juvénile des artérites.

Syndrome d'Avellis obscur spontanément guéri. — MM. Lenoble et Pineau (de Brest) présentent l'observation d'un sujet ayant des signes de paralysie pharyngo-laryngo-vélo-palatine avec troubles de la parole, de la déglutition et inégalité pupillaire.

Ils localisent la lésion au niveau du noyau ambigu et l'expliquent par une hémorragie qui s'est traduite par des maux de tête et de l'insomnie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 26 février 1927)

Présentation d'ouvrage. — MM. Nègre et Boynet présentent un ouvrage intitulé : *Antigénothérapie de la tuberculose par les extraits méthyliques de bacilles de Koch*, dans lequel ils ont réuni les travaux originaux qu'ils ont effectués depuis plusieurs années sur la préparation de ces extraits, sur leur emploi dans la recherche des anticorps tuberculeux, sur leur action dans la tuberculose expérimentale et dans la tuberculose humaine.

Sur l'inoculation et la culture du spirochæta dentium. — M. H. Vincent. Par l'examen microscopique et par l'inoculation en culture protégée, on peut constater l'existence de *Spirochæta dentium* dans un certain nombre de cas d'angines à fuso-spirochètes, et beaucoup plus souvent dans la bronchite de même nature (bronchite de Castellani). Il y existe à titre d'agent microbien surajouté, de même que dans la gangrène pulmonaire, sa végétation étant favorisée par la présence d'autres bactéries d'activité plus grande et spécialement par celle des fuso-spirochètes.

Le cobaye et le lapin sont inoculables sous la peau ou dans le poumon. Mais on peut également constater cette propriété pathogène en insérant dans le péritoine du cobaye un tampon de coton non hydrophile complètement imbibé de crachat de bronchite à fuso-spirochètes ou de tartre dentaire en suspension dans l'eau physiologique. Le matériel inoculé doit être abondant, car *S. dentium* peut y être rare.

L'animal meurt d'une péritonite polymicrobienne. Le liquide péritonéal renferme une grande quantité de spirochètes fins à spires très régulières (6 à 10), très mobiles. On peut inoculer avec succès le même tampon en séries successives.

En tube ou en pipette et à la température ordinaire, *S. dentium* se conserve vivant pendant trois à quatre semaines dans ce liquide péritonéal. L'eau de Javel et l'iode très dilués le tuent instantanément ainsi que la dessiccation.

M. Vincent a vacciné des cobayes contre les bactéries diverses associées à *S. dentium* en vue de limiter leur multiplication dans le péritoine du cobaye. Mais, dans ces cas, l'inoculation du spirochète en culture protégée n'a pas donné d'effet satisfaisant. L'association de ces microbes semble donc favoriser la végétation expérimentale du spirochète *in vivo*.

En conséquence, dans l'interprétation du résultat donné par les cultures comme par l'inoculation de produits pathologiques originaires de la bouche, des bronches ou du poumon, il conviendra de tenir compte de l'existence de ces spirochètes adventices.

Action préventive du tellure dans la syphilis expérimentale. — M. Levaditi étudie l'action préventive du tellure dans la syphilis expérimentale. Des lapins ont reçu, par voie intramusculaire, du tellure en suspension glycosée et de l'oxyde de tellure en suspension huileuse, à des doses variant de 0g025 à 0g1 de Te-élément par kilogramme. Les animaux ont été inoculés sous la peau du scrotum avec le virus Truffi de huit à vingt-sept jours après le traitement préventif. Les expériences ont montré que le tellure, administré à des doses suffisantes avant l'inoculation d'épreuve, exerce une action prophylactique effective à l'égard de l'infection syphilitique expérimentale. Afin de déterminer la durée de la prévention, les mêmes animaux ont été réinfectés de cent huit à cent seize jours après l'injection tellurique. Sur un total de 14 lapins réinoculés, 6 ont résisté à la seconde inoculation, alors que 8 ont contracté la syphilis dans les délais habituels. Les sujets ayant résisté sont précisément ceux qui avaient reçu la dose la plus considérable de tellure. L'auteur conclut que, à la condition d'injecter aux animaux des quantités suffisantes de Te, la prévention peut s'exercer de cent sept à cent seize jours après une unique injection tellurique préventive.

Mécanisme de la prévention de la syphilis par le tellure. — MM. C. Levaditi et Y. Manin. Les résultats des réinfections syphilitiques pratiquées longtemps après l'administration du tellure sont en fonction de la teneur tellurique des tissus, par conséquent de la quantité de tellure administré et du degré de son élimination. L'examen microscopique des

reins a montré que l'état réfractaire coïncidait presque toujours avec la présence du Te-réduit dans les cellules rénales. Cependant, certains animaux peuvent contracter la syphilis, malgré l'existence de quantités appréciables de Te dans leurs organes. Ainsi, il ne suffit pas que l'élément (Te ou Bi) soit présent dans les tissus pour qu'il y ait action préventive ou curative efficace; encore faut-il que sa concentration puisse atteindre un taux donné. Ce taux minimum que nous appellerons « potentiel métallique tissulaire », au-dessous duquel aucun effet préventif ou thérapeutique n'est possible, peut être déterminé expérimentalement.

Spléno-contraction et polyglobulie par l'adrénaline et l'extrait de genêt. — MM. Léon Binet, H. Cardot et Mlle B. Fournier rapportent des expériences effectuées sur la rate *in vitro* et *in vivo*, permettant l'étude analytique de la spléno-contraction et de la polyglobulie déclanchées par l'adrénaline et l'extrait de genêt. L'adrénaline et l'extrait de genêt ont *in vitro* un pouvoir spléno-contracteur considérable, et *in vivo* déclanchent une polyglobulie remarquable par son intensité et sa précocité. L'yohimbine supprime *in vitro* le pouvoir spléno-contracteur de l'adrénaline et de l'extrait de genêt et *in vivo* s'oppose à la détermination de la polyglobulie que ces substances engendrent normalement.

La réaction de fixation dans les complications articulaires de la gonococcie. — MM. H. Mondor et Achille Urbain montrent que dans les complications articulaires de la gonococcie la réaction de fixation paraît utile ; ses réponses positives sont presque toujours vérifiées ; ses réponses négatives ne sont pas sans appel ; si elle ne leur a pas encore paru capable, à elle seule, d'éclairer décisivement un cas obscur, elle est une des recherches dont on peut escompter le secours et dont il faut encore perfectionner la technique.

(Séance du 5 mars 1927)

Vaccination du lapin contre le liquide d'œdème. — MM. Achille Urbain et L. Rossi montrent que : 1° le lapin peut être vacciné contre le charbon au moyen du liquide d'œdème, quelle que soit la voie d'introduction employée : sous-cutanée, veineuse ou cutanée, à la condition d'utiliser des doses élevées de ce liquide; 2° la voie cutanée confère à cet animal une immunité beaucoup plus solide puisqu'elle lui permet de résister à des doses de virus beaucoup plus élevées que le lapin vacciné par la voie veineuse ou sous-cutanée; 3° la durée de l'immunité consécutive à la cuti-vaccination par le liquide d'œdème est plus longue que celle qui suit l'injection sous-cutanée; chez le lapin, elle atteint au moins huit mois.

Réactions vaso-motrices du rein aux injections d'aldéhyde formique. — Mme Olympia Vechiu. La chute de pression sanguine provoquée par le formol est accompagnée d'une vaso-constriction marquée du rein. Cette dernière trouve surtout son origine dans l'excitation du pneumogastrique et le ralentissement du cœur et est conditionnée par la sécrétion surrénale.

Présence des formes filtrables du bacille tuberculeux dans les épanchements de pleurésie sérofibrineuse. — M. Nasta. L'inoculation de liquides de pleurésie sérofibrineuse, filtrés sur Chamberland L2 à des cobayes, détermine chez ceux-ci une hypertrophie généralisée du système ganglionnaire avec présence de bacilles acido-résistants dans les ganglions, ce qui prouve l'existence des formes filtrables du bacille de Koch dans ces épanchements.

Rôle de la lumière dans certains phénomènes de chocs. — MM. J. Risler et A. Philibert montrent que les substances étrangères injectées dans l'organisme et susceptibles de déterminer le choc latent, voient leur action s'accroître en présence de la lumière.

Les auteurs ont expérimenté sur trente-deux souris en présence de lumière diffuse et de lumière de grande intensité (lumière à néon, brûleur à vapeur de mercure, lampe infra-rouge).

Les résultats montrent la différence de temps considérable pour obtenir la mort des sujets d'expérience. A la lumière diffuse les animaux meurent en trois ou quatre jours; sous l'émission des lampes ci-dessous, ils meurent très rapidement. La rapidité des phénomènes mortels croît avec la fréquence des rayonnements incidents et aussi l'intensité de ces rayonnements.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA RÉGION DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

(Séance du 16 janvier 1927)

Le traitement des fractures par l'ostéosynthèse. — M. Larjet. L'ostéosynthèse qui a donné lieu à des discussions passionnées dans diverses Sociétés savantes est encore frappée d'ostracisme par de nombreux chirurgiens. Ses adversaires lui reprochent notamment des retards de consolidation — la nécessité de transformer une fracture « fermée » en fracture temporairement « ouverte », — la mauvaise tolérance de l'os pour le matériel métallique de prothèse. Or, il résulte d'une enquête faite par Larjet, lorsqu'il était interne de M. Dujarier, que ces arguments s'évanouissent lorsqu'on étudie les résultats éloignés de la méthode. Celle-ci, d'autre part, offre des avantages certains : réduction mathématique, — lésions de voisinage (nerfs, vaisseaux et muscles) traitées au cours de l'intervention, — mobilisation précoce des articulations voisines. Cependant, Larjet assure qu'il faut être éclectique dans le traitement et il préconise la conduite suivante vis-à-vis de l'ostéosynthèse : Il faut traiter par ce procédé toutes les fractures articulaires, les fractures de l'avant-bras (diaphyse), les fractures de la diaphyse fémorale. Pour les fractures de l'humérus, de la clavicule, de la diaphyse tibiale, on donnera la préférence à l'ostéosynthèse si on en connaît bien la technique. C'est là une opération difficile qui ne peut donner de bons résultats qu'entre les mains de chirurgiens entraînés à l'employer. Pour ce qui est du mode de prothèse, les plaques sont préférables aux agrafes et aux cercles. Chez l'enfant, on doit *toujours* enlever la prothèse après la consolidation. Chez l'adulte, l'ablation ne doit pas être systématique.

M. Lamare pense comme Larjet qu'il faut être éclectique et ne pas adopter ni rejeter en bloc l'ostéosynthèse. Elle est surtout indiquée dans les fractures de l'avant-bras et les fractures de cuisse à grand déplacement. Il fait quelques réserves à propos de l'ostéosynthèse dans les fractures de jambe et propose d'éliminer le facteur infection par la peau par l'emploi, avant l'intervention, de pansements au bouillon-vaccin staphylo-streptococcique.

(Séance du 6 février 1927)

Un cas de maladie de Hodgkin à manifestations discrètes. — M. André Martin.

Le propidon dans l'érysipèle généralisé. — MM. Chéréchewski et Paulin.

Sur un kyste spermatique. — M. Lamare.

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1926)

Réflexion sur le traitement de la tuberculose. — MM. FESQUET et PAULIN.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1927)

Acrodynie de l'enfance. — MM. PAUL et Pierre BÉZY.

Etranglement du pénis. — MM. SUC, SANIÈRES et GRAZIDE.

Deux cas de hernie médiastinale au cours du pneumothorax. — M. PETIT.

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1927)

Péricardite tuberculeuse traitée par la ponction et les injections d'air et de lipiodol. — MM. Raymond SOREL et GADRAT estiment, en se basant sur cette observation, que l'injection de lipiodol constitue un moyen de contrôle diagnostique précieux et qu'elle évite, pour une part, la symphyse, mais qu'elle peut hâter la généralisation de l'infection tuberculeuse.

Corps étranger intra-vésical. — MM. BOULARAN et CAFFORT.

Action remarquable du salicylate de soude dans un cas de chorée aiguë. — MM. Jean TAPIE et JOUANE rapportent une observation de chorée récidivante remarquablement améliorée par la médication salicylée; celle-ci devrait être beaucoup plus souvent utilisée lorsque la chorée s'accompagne de manifestations articulaires. La maladie de Sydenham et le rhumatisme articulaire aigu sont deux maladies bien distinctes; mais il ne faut pas nier l'existence de chorées aiguës d'étiologie variable : syphilitique, encéphalitique, rhumatismale, etc... La thérapeutique doit s'inspirer du diagnostic étiologique.

Cholécystogastrostomie pour ictère par rétention. — MM. DAUNIC et BERNARDBEIG, à propos d'une observation personnelle, font la critique des diverses interventions palliatives qui se proposent de réaliser une anastomose bilio-digestive. Celle-ci peut se faire au niveau du duodénum, du côlon ou de l'estomac; la cholécystogastrostomie, préconisée par Hartmann, paraît être l'opération de choix.

LIVRES NOUVEAUX

Les Curiosités de la médecine : **Le Sixième sens [sens génésique]** (1), par le docteur CABANÈS.

En 1925, le docteur Cabanès publiait un volume sur les *Cinq sens* dont le brillant succès n'a pas été oublié.

Ce volume nous faisait espérer une suite : Cabanès, répondant à notre attente, consacre le dernier tome des « Curiosités de la médecine » au *sixième sens* : le sens génésique.

Voilà un sujet bien délicat à traiter si on ne veut pas tomber dans la vulgarité. Mais Cabanès se joue de toutes les difficultés, et personne mieux que lui n'arrive à braver l'honnêteté sans la froisser.

L'anatomie de l'appareil de la génération lui permet de mettre au point un nouveau genre bien différent de l'anatomie

(1) In-8. — Paris, Le François.

descriptive de Testut ou de l'anatomie topographique de Tillaux. C'est l'*anatomie anecdotique*. Cabanès y déploie ses dons de narrateur en ne craignant pas d'émailler son texte de mots à la Ricord et une fois de plus il trouve le moyen de nous éblouir par son incomparable documentation.

Son anatomie aurait été incomplète s'il n'y avait ajouté, toujours sous la forme anecdotique, un chapitre de physiologie sur les fonctions génitales et des considérations de pathologie sur les aberrations et les anomalies de l'appareil génito-urinaire.

Dans quelques passages le conteur reprend son rang d'historien quand il nous montre, par exemple, Napoléon ou Louis-Philippe donnant des recettes pour procréer à volonté des garçons ou des filles.

Sur ce sujet, Cabanès est inépuisable, il rappelle notamment la recette proposée en 1877 par le docteur Guillon. D'après une statistique très sérieuse, notre confrère concluait que la position tenue et gardée par la femme pendant comme après la copulation exerce une influence décisive sur le sexe du produit de la conception. L'enfant, écrivait-il, est un garçon toutes les fois que la mère s'est trouvée placée sur le côté droit pendant et après le rapprochement sexuel ; c'est une fille, si la mère pendant la copulation a été couchée sur le côté gauche.

Cette explication, au milieu de tant d'autres, semble reposer sur une croyance assez ancienne.

Dans « *la Callipédie, ou la manière d'avoir de beaux enfants, poème didactique, traduction libre en vers français du poème latin de Claude Quillet* » (Amsterdam 1774), nous relevons, en effet, les curieux vers suivants consacrés à une description de l'utérus :

> ... Ce sac, ou bien cet antre, à l'amour si propice,
> Fut toujours appelé le fond de la matrice :
> Par un mince rempart, en deux sacs séparé,
> Le *droit* du fœtus *mâle* est le palais sacré,
> Le *gauche* est le berceau de l'embryon *femelle*...

Nous n'avons pas la prétention d'apprendre à Cabanès, auquel rien n'échappe, l'existence de cet ouvrage. En citant ce passage nous avons simplement voulu marquer avec quel intérêt et quel soin nous avons lu son très curieux volume.

F. L. S.

La Pratique chirurgicale illustrée [fasc. 10] (1), par Victor PAUCHET.

Un dixième fascicule vient s'ajouter à la *Pratique chirurgicale illustrée*, par Victor Pauchet.

Fidèle à la manière adoptée dès le début, l'auteur fait appel à quelques-uns de ses collègues pour traiter les questions dans lesquelles ils sont passés maîtres. C'est ainsi que, dans ce fascicule 10, Léon Bérard (de Lyon) traite la question de la phrénocotomie et de la phrénicectomie, et Tavernier (de Lyon), celle des lésions des ménisques du genou.

Victor Pauchet s'est réservé le traitement du goitre lingual dont la technique chirurgicale est illustrée de 26 dessins pris, comme toujours, d'après nature, par S. Dupret. Nous trouvons, également décrites par l'auteur, des interventions sur l'estomac (gastro-jéjunostomie, résections gastriques en deux temps, gastrectomie totale et sur le rectum (radium-chirurgie).

En chirurgie du foie un chapitre a été écrit par Pierre Mornard sur le traitement des kystes hydatiques du foie, et un autre par Le Roy des Barres sur les abcès du foie.

Figures abondantes, texte schématique, formules lapidaires et pratiques, sans bibliographie, ni vues théoriques, telle a toujours été la manière de faire de l'auteur qui est avant tout un chirurgien d'action, à l'esprit pratique et didactique.

L. G.

(1) In-8 de 250 pages avec 235 figures dessinées par S. Dupret. — Prix : 40 fr., plus hausse de 40 p. 100, soit 56 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Service de santé militaire du temps de paix et du temps de guerre (1).

L'ouvrage que MM. JACQUEMART et CLAVELIN viennent de faire paraître chez Charles Lavauzelle et Cie, peut être considéré comme le vade-mecum du médecin militaire d'active et de réserve. C'est un guide précieux pour les étudiants en médecine, candidats au brevet de préparation militaire supérieure et à l'examen de médecin auxiliaire, qui y trouveront notamment, pour faciliter leur tâche, un index alphabétique détaillé. C'est une mise au point de règlements parus depuis la guerre sur le service de santé à l'intérieur et sur le service de santé en campagne, règlements qu'il faudrait aller chercher dans de multiples volumes du *Bulletin officiel* du ministère de la guerre.

A ces questions, purement administratives, s'ajoutent des chapitres techniques donnant les grandes lignes des règles d'hygiène et d'épidémiologie en milieu militaire et indiquant les caractéristiques principales des blessures de guerre et la conduite à tenir vis-à-vis de chacune d'elles.

L. G.

REVUE DES THÈSES

L'allonal dans les états mélancoliques (2), par le docteur F. FOURNIER.

Déjà, de nombreux travaux ont paru sur l'isopropylallyl-barbiturate de diméthyl-amido-antipyrine ou allonal. MM. Tellier et Beyssac ont particulièrement étudié ses effets comme analgésique renforcé en pratique stomatologique, ce qui a fait aussi l'objet de la thèse si remarquée de M. Petiteau ; MM. Villaret, Justin-Bezançon et Fauvert l'ont surtout expérimenté au point de vue de la médecine générale, de même d'ailleurs que MM. Chausset et Mounot (th. *de Lyon* et *de Bordeaux*, 1925). Tous ces auteurs ont constaté les bons effets de ce médicament comme analgésique, sédatif et hypnogène. Voici que M. J. Vinchon et plus récemment Mad. Fournier ont repris les expériences bien connues de M. Combemale, Courteville et Nayrac et ont étudié l'allonal en neuro-psychiâtrie. De même que le sédobrol, bromure dissimulé, semble être le médicament de choix de tous les états d'hyperexcitabilité ou de dépression d'origine nerveuse, de même que le somnifène, infiniment maniable, soluble et injectable, donne les meilleurs résultats comme sédatif et hypnotique dans les services de nerveux et dans les asiles, dans les maisons de santé comme dans la pratique journalière ; de même, l'allonal paraît être surtout un calmant remarquable, indiqué tout particulièrement dans les algies de toute origine et un sédatif progressivement hypnogène, très utile dans les insomnies déterminées ou conditionnées par la douleur. L'auteur a étudié les effets de ce médicament chez les mélancoliques, dans le service de M. le professeur Euzière et de M. le docteur Pagès et à l'asile de Font d'Aurelle. Chez les mélancoliques, deux éléments sont à considérer : l'anxiété, d'une part et, d'autre part, les troubles cénesthésiques et les idées hypocondriaques, ceux-ci conditionnant souvent celles-là. En relisant les observations, on voit que l'hypocondrie et les troubles cénesthésiques sont toujours influencés, tandis que l'angoisse est peu touchée. Au surplus, contre l'élément douleur, l'allonal est assez efficace pour être substitué à la morphine et à la scopolamine-morphine et il a calmé notamment les douleurs provenant d'une arthrite cervicale, rebelles à tous les analgésiques ; au point de vue hypnotique, l'allonal a donné également des résultats constants ; dans tous les cas, il a agi surtout en frénateur du sympathique ; bref, selon les conclusions de l'auteur, l'allonal est d'un emploi indispensable en neuro-psychiâtrie, de même qu'en pratique journalière, on peut utiliser constamment les propriétés toutes spéciales de cet analgésique renforcé.

(1) Prix : 12 fr., plus majoration de 20 p. 100. — Paris, Charles Lavauzelle et Cie.
(2) *Th. de Montpellier*, 1926.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : **65** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : **75** *fr.*, valable pour tous les autres pays. (*Sauf variations.*)

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Schwartz, Arrou, Riche, Bazy, Jousset, qui acceptent; Chevrier, Cadenat, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours de l'internat. — La première épreuve écrite du concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1927-1928) et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 5 janvier 1928, aura lieu le mercredi 29 juin 1927, à 9 h.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'administration, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., depuis le lundi 30 mai jusqu'au mercredi 15 juin 1927 inclusivement. Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve écrite. — Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours. — Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — La Faculté vient de décerner le titre de docteur *honoris causa* à M. le professeur François Henrijean (de Liége). Nous sommes heureux d'adresser nos bien vives félicitations à l'éminent savant qui est un grand ami de la France. M. Henrijean est déjà docteur *honoris causa* des universités de Lyon et de Toulouse.

— Bordeaux. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er avril 1927, à MM. Dupérié, Leuret et Micheleau, agrégés près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux. (*J. O.*, 15 avril 1927.)

— *Secrétariat des facultés de médecine.* — Sont proposés pour une promotion au choix pour l'année 1927 :

M. Magnin, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris.

M. Grangaud, secrétaire des facultés de l'Université d'Alger.

M. Lionnet, secrétaire des facultés de l'Université de Clermont.

M. Boury, secrétaire des facultés de médecine et sciences de l'Université de Nancy.

M. Pacaud, secrétaire de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

Mmes Gordinot, Hildt et Lorthioir, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

Mme Costes, secrétaire adjointe; MM. Artiguelong et Darrieusec, commis au secrétariat des facultés de l'Université de Bordeaux.

MM. Dupras et Donnart, commis au secrétariat des facultés de l'Université de Lille.

Mme Chaumonnot, commis au secrétariat des facultés de Lyon.

M. Viala, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier.

FACULTÉS DES SCIENCES. — Lille. — M. Pauthenier, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de l'Université de Lille, est nommé, à compter du 1er avril 1927, professeur de physique à ladite Faculté (chaire vacante : M. Bruhat, dernier titulaire).

— LYON. — M. Cardot, préparateur à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er avril 1927, professeur de physiologie générale et comparée à la Faculté des sciences de l'Université de Lyon (chaire vacante : M. Couvreur, dernier titulaire). (*J. O.*, 15 avril 1927.)

PRIX BOOKMAN. — Le prix de littérature Bookman pour 1925-1926 vient d'être décerné au docteur Etienne Burnet, directeur adjoint de l'Institut Pasteur de Tunis, pour son étude intitulée « la Porte du Sauveur ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Noël Hallé, ancien interne des hôpitaux de Paris (premier de la promotion 1882), chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-Joseph. Nous prions son frère le docteur Jean Hallé, médecin des hôpitaux de Paris, de recevoir l'expression de notre bien vive et affectueuse sympathie.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Ernould (de Liége), Verhaeghe (de Lille), Justus Papegaay (d'Amsterdam), Prat (de Saverdun, Ariège), Forraz (de Tanger), James Maxtone Thom et Robert Bruce Young (de Glasgow).

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. — DIX LEÇONS SUR LES ICTÈRES. — Le docteur Etienne Chabrol, agrégé, médecin des hôpitaux, fera sur les ictères une série de dix leçons cliniques, le dimanche matin à 10 h. 1/2, dans l'amphithéâtre Trousseau de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. La première aura lieu le dimanche 24 avril 1927. Les leçons seront accompagnées de présentations de malades, de projections histologiques et d'examens chimiques.

Première leçon. — La classification actuelle des ictères.

Deuxième leçon. — Les ictères pigmentaires. L'origine de la bilirubine; le problème de l'urobilinurie. Les ictères choluriques et les ictères acholuriques.

Troisième leçon. — Les sels biliaires en pathologie hépatique. L'ictère total et les ictères dissociés. Le cycle de la cholestérine dans les ictères. Les données du tubage duodénal.

Quatrième leçon. — Les ictères par rétention. Diagnostic et traitement de l'ictère lithiasique.

Cinquième leçon. — Les ictères par polycholie et les ictères mixte. Le rôle de l'hyperhémolyse dans les ictères.

Sixième leçon. — Les ictères acholuriques familiaux. L'ictère chroniques splénomégalique et les anémies pernicieuses ictérigènes. Les indications de la splénectomie.

Septième leçon. — Les ictères du nouveau-né. Les ictères de la grossesse. Les ictères toxiques.

Huitième leçon. — Les ictères de la syphilis. Les ictères syphilo-thérapeutiques.

Neuvième leçon. — Les ictères des maladies infectieuses. L'ictère catarrhal et les ictères infectieux.

Dixième leçon. — Les ictères graves. La conception moderne de l'insuffisance hépatique.

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF. — COURS DE PERFECTIONNEMENT POUR INFIRMIÈRES SPÉCIALISÉES. — Un cours de perfectionnement pour infirmières désirant se spécialiser dans les soins de l'appareil digestif sera fait à l'hôpital Saint-Michel, sous la direction du docteur Maurice Delort.

Il comprendra 7 leçons faites chaque mercredi, de 11 h. à midi, du mercredi 27 avril au mercredi 8 juin inclus. Des démonstrations pratiques y seront adjointes.

INSTITUT DU RADIUM (Fondation Curie). — ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE. — Le docteur A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera, le lundi 2 mai, à 9 h. du matin, au Dispensaire de la Fondation Curie, 26, rue d'Ulm (Ve), et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences sur les *premières notions de Radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.*

Ces conférences, librement ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, seront complétées par des exercices pratiques dans le laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de MM. les docteurs Solomon, Aimé, Paul Gibert, Proust et Blondeau; le droit d'inscription pour ces exercices, qui commenceront seulement le lundi 9 mai, est de 250 fr. et sera acquitté entre les mains du docteur Solomon, chef du laboratoire.

ŒUVRE SOCIALE DU BON LAIT. — L'Œuvre sociale du bon lait, reconnue d'utilité publique, qui vient d'avoir son assemblée générale annuelle, a son siège social, 17, rue de Valois.

Pendant l'année 1926, ses dispensaires ont reçu 5.257 enfants qui ont donné lieu à 39.873 pesées. Les œuvres de bienfaisance ont pris à son siège 85.610 litres de lait en bons et ont reçu 20.000 litres de lait gratuits. Quant à son laboratoire, il a procédé à 7.481 analyses.

LA SECTION DE MÉDECINE DE L'A. G. DES ÉTUDIANTS DE PARIS tient à la disposition des médecins désirant s'absenter pour une durée quelconque des remplaçants expérimentés, étudiants en fin de scolarité, externes, internes, docteurs en médecine présentant toutes garanties; elle peut également procurer des étudiants en médecine et externes pour assurer toutes gardes, tous soins, piqûres, etc., qui leur seraient confiés.

Ecrire ou télégraphier : Section de médecine de l'A. G., 13, rue de la Bûcherie, Paris. Téléphone Gobelins 65-74.

CONGRÈS

VIe CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE (Lyon, 11 avril 1927). — C'est lundi dernier que, devant un auditoire particulièrement brillant de près d'un millier de congressistes, s'est ouvert, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Lyon, le VIe Congrès national de la tuberculose.

La séance a été ouverte par M. le docteur Mouisset, président du Congrès, qui a rappelé la part importante qui revient à l'Ecole lyonnaise dans l'acquisition des connaissances actuelles sur la tuberculose.

Après un discours de M. le ministre Herriot, maire de la Ville, qui a montré la nécessité d'une collaboration toujours plus étroite entre le Corps médical et les Pouvoirs publics pour intensifier la lutte contre la tuberculose, a commencé l'exposé des différents rapports inscrits au programme, dont nous donnerons ultérieurement le compte rendu détaillé.

Cette journée s'est terminée par une réception des congressistes par M. le maire Herriot dans le cadre merveilleux des salons de l'Hôtel de Ville.

H. DESPEIGNES (de Lyon).

L'OSSIFICATION DES CICATRICES OPÉRATOIRES

Par le docteur ROBERT DIDIER.

La formation d'ostéomes dans les cicatrices opératoires, connue depuis 1900 à la suite des travaux d'Askanazy, est encore à l'heure actuelle une extrême rareté.

C'est Lecène qui, le premier en France en a présenté une étude complète à l'occasion d'un nouveau cas observé chez un de ses opérés, et Bouton, dans une thèse récente (Contribution à l'étude de l'ossification hétérotypique dans les cicatrices opératoires, *Th. de Paris*, 1926) a pu en réunir 30 observations; une autre a été publiée par Mornard depuis la thèse de Bouton (*Bull. et Mém. de la Soc. des chir. de Paris*, 1926, n° 13, p. 596), ce qui porte à 31 le nombre des cas actuellement connus. C'est, en effet, bien peu si l'on envisage la grande quantité d'opérations pratiquées chaque jour.



Nous donnons ici la reproduction photographique, déjà publiée dans la thèse de Bouton, d'un os que nous avons pu extraire dans la cicatrice d'un malade opéré quelques mois auparavant pour lésion gastrique, par incision médiane sus-ombilicale. Cet os, fin, grêle, irrégulier d'une longueur de 10 centimètres, constitué par trois tronçons principaux soudés bout à bout et non articulés, ayant dans l'ensemble un aspect en cep de vigne, est la plus longue production osseuse qui ait été publiée, les autres cas n'ayant en général que quelques centimètres, la plupart étant plutôt des nodules osseux que des os vrais.

Tout ce que nous savons à l'heure actuelle de ces formations, c'est que dans l'immense majorité des cas elles apparaissent chez des hommes, que l'âge semble indifférent, et que c'est au niveau de la ligne blanche, et surtout après des opérations gastriques, qu'on les rencontre.

Quelles semblent être les causes de ces ossifications? On a invoqué le traumatisme, comme à l'origine des ostéomes musculaires, traumatisme opératoire, par section, attrition des tissus, leur écrasement dans les mors de la pince, les perforations par les aiguilles. Il ne semble pas y avoir de rapport avec les hématomes ou les suppurations post-opératoires; la nature des fils de ligatures ne semble pas non plus devoir intervenir; en effet les auteurs tendent à croire que les sutures aux fils non résorbables, crins de Florence, soie, fil de lin provoquent de préférence ces ostéomes, et pourtant dans l'observation que nous avons publiée et qui a donné l'os le plus important obtenu jusqu'à ce jour, de même que dans le cas de Mornard, la paroi avait été refaite par des points au catgut. A ce propos, nous rapportons l'hypothèse émise par Bouton et qui semble logique : « nous pensons, ayant constaté sur la pièce osseuse la présence de sortes de noyaux de distance en distance, reliés par de fines travées osseuses, que ces noyaux ont dû se développer au niveau des catguts noués en U de loin en loin, la ligature du catgut ayant déterminé une sorte d'irritation, causant une prolifération du tissu conjonctif aux dépens duquel l'os s'est constitué ou un simple point d'appel pour les matériaux calcaires. »

L'étude de la pathogénie de ces affections a soulevé jusqu'ici des problèmes très complexes. Il n'est pas douteux qu'il existe une certaine analogie entre les ossifications cicatricielles et la production des ostéomes musculaires, des ostéomes des parois vasculaires, de ceux des hématomes anévrismaux enkystés, des nerfs ou des ganglions calcifiés. Il semble bien établi aujourd'hui que ces formations se sont développées aux dépens du tissu conjonctif et non aux dépens du tissu musculaire. Le tissu noble du muscle ne prend nulle part directe dans la formation de l'os qui se développe aux dépens de la trame conjonctive interfasciculaire.

On a pu penser que le tissu conjonctif, étant donné que souvent l'ossification succède à une simple calcification, profiterait des matériaux calcaires mis à sa disposition pour se transformer en tissu osseux; et pourtant, l'examen histologique des cicatrices n'a jamais permis de retrouver à proximité de l'os de dépôt calcaire ni de foyer de calcification.

Il y aurait donc une transformation directe du tissu conjonctif en cartilage ou en os (ou bien en cartilage, *puis* en os, ce qui personnellement nous semble le plus probable) sans aucun dépôt préalable de concrétions calcaires à son contact.

Il semble donc qu'il faut penser à l'intervention

d'autres facteurs que la présence de matériaux calcaires disponibles, ou qu'une lésion locale, et que la lésion est due à un processus cellulaire spécial, déterminé par des causes encore ignorées.

Bouton, après avoir étudié la quantité de théories émises par les auteurs au sujet de ces transformations, en a isolé deux groupes : les théories qui admettent que la cause de l'ossification est une cause locale, et celles qui font intervenir l'action de cellules provenant d'une partie de l'organisme plus ou moins éloignée : théorie hématique par transformation en cartilage et en os du sang provenant des vaisseaux rompus; théorie des os sésamoïdes : hypertrophie irritative née sous l'influence de l'action traumatique et portant sur les sésamoïdes aberrants; prédisposition locale par trouble du développement embryonnaire; théorie de la myosite ossifiante; formation d'ostéomes par l'hypothèse d'un arrachement périostique ou par ensemencement de périoste ou d'ostéoblastes, etc...

(Actuellement d'ailleurs, certains auteurs (Leriche et Policard) ont nié le rôle ostéogénétique attribué jusqu'à présent au périoste; il suffirait pour eux de la juxtaposition d'un milieu conjonctif embryonnaire capable d'ostéogénèse et d'un dépôt calcifié pour aboutir à une ossification hétérotypique.)

Toutes ces théories sont intéressantes, mais leur étude ne semble pas éclaircir ce point : pourquoi les ossifications cicatricielles apparaissent-elles si souvent au niveau de la ligne blanche sus-ombilicale?

Le retour atavique serait assez séduisant pour l'expliquer; certains anatomistes considèrent comme des restes de côtes ventrales les intersections tendineuses des grands droits; de telles ossifications sur la ligne blanche existent chez les crocodiliens et des os ont été étudiés dans la poche des monotrèmes et des marsupiaux; les muscles de cette poche sont homologues du pyramidal de l'abdomen si rudimentaire chez l'homme.

Y a-t-il une prédisposition particulière de la ligne blanche à l'ostéogénèse, ou est-ce la présence de l'appendice xyphoïde dont la ligne blanche peut être considérée comme un prolongement et qui parfois peut atteindre une longueur considérable qui favoriserait ces formations osseuses? (on a d'ailleurs constaté des ossifications de la ligne blanche indépendamment de tout traumatisme opératoire).

Il nous semble qu'il n'est pas douteux (et c'est l'opinion de Bouton et de Mornard) que l'ossification est susceptible de rester en puissance au niveau de la ligne blanche ou dans d'autres régions et qu'il suffit d'une irritation locale pour y réveiller le pouvoir ossifiant des tissus de la région.

Mais encore faudrait-il savoir sous quelle forme il faut irriter la région pour provoquer l'ostéogénèse puisque après les milliers de laparotomies pratiquées chaque année, à peine quelques ostéomes apparaissent; puisque M. Lecène, qui a fait à des cobayes des traumatismes musculaires violents suivis d'injection de solution aqueuse de phosphate de chaux, n'a pu les reproduire?

L'étude de ces questions est du plus haut intérêt; il y aurait lieu, d'une part, de rechercher plus systématiquement dans les cicatrices opératoires indurées, soit au cours des autopsies, soit au cours des réopérations, les foyers osseux éventuels; sans aucun doute la recherche de ces anomalies, macroscopiquement ou microscopiquement, donnerait beaucoup plus souvent qu'on ne le pense un résultat positif; d'autre part, c'est à l'expérimentation, mais faite en série et sur un grand nombre de sujets qu'il faut demander la solution de la question.

Bien des essais expérimentaux ont échoué jusqu'à ce jour, et pourtant Leriche et Policard ont pu obtenir chez l'homme adulte la production expérimentale d'os; et surtout M. Nageotte qui a pu provoquer par greffon cartilagineux mort implanté dans l'oreille du lapin la formation de tissu osseux vrai.

Le pronostic des ossifications de cicatrices est bénin, le processus n'a aucune tendance à l'extension et ces ostéomes ne récidivent pas après ablation.

Ce ne serait donc qu'une simple curiosité anatomique s'il n'y avait le prodigieux intérêt de leur étiologie et de leur pathogénie, dont la mise au point peut apporter une contribution si importante à l'étude des greffes, car le jour où on aura réussi à favoriser la production osseuse dans les différentes régions du corps on aura à n'en pas douter réalisé un progrès chirurgical important.

LA CONSTIPATION PHYSIOLOGIQUE

Par le docteur G. LEVEN.

J'ai étudié la constipation, symptôme artificiel, opposée à la constipation pathologique dans une communication faite à la Société de thérapeutique, en avril 1923. J'ai différencié ces deux états des points de vue clinique et thérapeutique.

Je me propose de montrer, dans ce travail, qu'il existe une troisième variété de constipation qui mérite le nom de constipation physiologique.

Je rappellerai, tout d'abord, que la constipation, symptôme artificiel, englobe toutes les constipations qui ne sont pas des constipations pathologiques liées à des états anatomiques (coudures, adhérences, tumeurs), à des compressions par des organes voisins (position vicieuse de l'utérus, par exemple) aux dystrophies glandulaires (insuffisance thyroïdienne), aux troubles sécrétoires du foie, de l'intestin, à la dyspepsie avec hyperchlorhydrie, avec ou sans ulcus, à la dilatation gastrique et enfin à l'aérophagie.

La constipation, symptôme artificiel, a des causes que j'ai précisées dans cette communication antérieure et qu'il est inutile de rappeler ici.

La constipation physiologique est donc une troisième variété de constipation que le médecin doit connaître, car s'il l'ignore, il la combat plus ou moins activement et ce faisant, il crée une constipation artificielle ou même une constipation pathologique, car les procédés usuels (laxatifs, purgatifs et lavages d'intestin), sont parfois suffisants, chez des sujets sensibles, pour engendrer une constipation pathologique durable.

Je montrerai quelques types de constipation physiologique, en rapportant quelques très brèves

observations, plus suggestives que les plus longs exposés.

Mme R..., vingt ans, grossesse de un mois et demi, m'est confiée par le docteur Rostaine, pour traiter ses vomissements incoercibles. Guérison immédiate comme dans les observations que j'ai publiées à la Société de thérapeutique, en novembre 1925.

Je ne me préoccupe pas de la selle qui se produisit le *sixième jour* : constipation physiologique.

Mme A..., vingt-deux ans, grossesse de trois mois. Vomissements incoercibles, état assez grave pour que le docteur Coudert ait décidé de pratiquer l'avortement. Mon traitement est institué la veille du jour choisi pour l'acte chirurgical. Dès le lendemain, mon collègue Coudert constate un tel changement dans l'état de sa malade qu'il accepte de prolonger le traitement. La malade était guérie le troisième jour. Cette observation, très détaillée, figure parmi celles que j'ai publiées dans la communication, faite en collaboration avec le docteur Coudert et à laquelle j'ai fait allusion plus haut.

La malade resta *six jours* sans selle. Je ne m'en étais pas préoccupé, car il s'agissait d'une constipation physiologique.

Mlle Marguerite F..., vingt ans, a une crise d'appendicite aiguë, avec température à 40 degrés. Mon diagnostic est confirmé par un chirurgien, qui conseille de temporiser pour l'intervention et qui me demande de surveiller de très près le fonctionnement de l'intestin.

La malade eut sa première selle spontanée le *sixième jour*. La température était redevenue normale avant ce moment.

Je n'étais pas intervenu, car j'estimais qu'il s'agissait d'une constipation physiologique.

Mme C..., vingt-cinq ans, grossesse de deux mois et demi. Vomissements incoercibles (six à dix par jour), acétonémie, état grave.

Je l'ai traitée et guérie dans le service du docteur Lévy-Solal à l'hôpital Saint-Antoine.

La première selle apparut le *dixième jour*. J'avais conseillé de ne pas intervenir, car il s'agissait d'une constipation physiologique.

M. C..., soixante-deux ans, a subi la prostatectomie, faite par le docteur Genouville. Je le vois pour ses troubles digestifs. Je demande d'attendre le retour de la selle sans laxatifs, ni purgatifs. Mes confrères Genouville et Cibrie acceptent ma proposition, car je leur avais exposé mes idées sur le sujet. La constipation physiologique ne prit fin que le *neuvième jour*.

Mme L..., cinquante-sept ans, a la grippe en 1919. Je suis appelé auprès d'elle pour conseiller un traitement de sa constipation.

La constipation physiologique ne cessa que le *seizième jour*.

Mme C..., soixante-deux ans, supporte admirablement sa constipation physiologique durant *dix-sept jours*.

M. B..., jeune médecin militaire, est soigné au Val-de-Grâce pour une fièvre typhoïde. Le médecin traitant craint une tuberculose aiguë et n'ose pas faire de prescription violente : le doute sur le diagnostic venait de ce que le malade avait déjà eu la fièvre typhoïde sept ans auparavant.

La constipation physiologique ne prit fin que le *vingt-deuxième jour*.

L'observation est rapportée dans le livre de Burlureaux, *Un danger social : la purgation*; le malade, c'était lui, le médecin était l'illustre Villemin.

***

Dans ces quelques observations, prises au milieu d'un grand nombre analogues, la constipation s'observe chez des malades en état d'hypo-alimentation, expliquée par des vomissements incoercibles, chez des malades en état d'hypoalimentation voulue à la suite d'un acte chirurgical; chez d'autres, atteints d'une maladie fébrile avec hyperthermie prolongée, chez d'autres, à la suite de diarrhées accidentelles ou provoquées par la thérapeutique médicamenteuse, etc.

Dans tous ces cas, la constipation paraît être une réaction, destinée à diminuer les pertes de l'organisme, destinée à utiliser au maximum les produits de la digestion, avant l'élimination des produits non digérés.

Cette constipation semble être une constipation d'épargne, une constipation physiologique, en un mot.

Elle a de grandes analogies avec l'oligurie physiologique observée dans les mêmes conditions, chez les mêmes sujets : dans les observations de vomissements incoercibles de la grossesse, j'ai vu des malades qui n'éliminaient que 2 à 300 grammes d'urine par vingt-quatre heures, dans les premiers jours de réalimentation, concordant avec la suppression des vomissements et des augmentations de poids remarquables, dépassant le kilogramme par jour.

Les tissus déshydratés fixaient au maximum les liquides mis à leur disposition.

Cette constipation physiologique est toujours bien tolérée. Je ne constate jamais les symptômes signalés chez les constipés pathologiques, symptômes principalement dus à l'anxiété que la constipation détermine chez les malades, anxiété dont le médecin est en partie responsable, dus encore à la technique alimentaire et médicamenteuse utilisée pour combattre le symptôme.

Je rappellerai que, durant la période d'attente de la selle, je supprime les légumes verts, les aliments à résidus importants et que je prescris systématiquement l'emploi de bromure de sodium et du carbonate de bismuth aux malades constipés, pour modifier les spasmes du tractus gastro-intestinal.

Nombre d'auteurs ont cité des cas de constipation prolongée, sans incidents d'aucune sorte. Alors même qu'il s'agit de constipation pathologique, la tolérance peut être remarquable : j'ai fait opérer d'urgence, par le docteur Ockinczyc, un malade atteint d'un cancer intestinal que je vis pour la première fois au quarante-quatrième jour d'une constipation absolue.

***

La constipation physiologique dont j'ai tenté de montrer l'existence et d'expliquer l'origine, ne doit pas être combattue violemment au moyen de laxatifs, de purgatifs ou de grands lavements.

Cette constipation appartient au groupe des symptômes qu'il faut respecter, telles certaines diarrhées de défense, certaines sueurs, certaines toux, certaines oliguries même, dans des conditions bien déterminées.

En utilisant laxatifs, purgatifs et grands lavements en présence d'une constipation physiologique, on s'expose à transformer ce symptôme passager en constipation pathologique et durable.

ACTUALITÉS

A PROPOS DU PALUDISME

Avant la guerre de 1914, on ne parlait presque plus, en France, du paludisme; seuls, quelques vieux médecins conservaient, en certains régions, le souvenir des cas qu'ils avaient jadis observés et soutenaient que, dans ces régions, le paludisme imprimait encore une allure particulière à des maladies telles que la pneumonie. Puis la guerre vint; les médecins de l'armée d'Orient eurent à soigner beaucoup de paludéens et publièrent les résultats de leurs observations. Sur le front français même, apparurent des cas de paludisme autochtone (1), chez des soldats cantonnés dans un terrain inondé où abondaient les moustiques et ayant, dans leur entourage, des rapatriés de Salonique ou des coloniaux; dans un hôpital de Noyon, en septembre 1917, j'ai vu plusieurs cas de paludisme indiscutable, le diagnostic ayant été vérifié par l'examen du sang.

Il faut, aujourd'hui, ne pas négliger l'étude du paludisme : il y a toujours, en France, quelques foyers de malaria; des étrangers, venant travailler dans notre pays, peuvent y entrer paludéens et présenter, pendant leur séjour en France, des manifestations de paludisme; enfin, la loi du 31 mars 1919, sur les pensions pour maladies contractées en service, amène encore les experts des centres spéciaux de réforme à donner aux Commissions de réforme leur avis sur les invalidités pouvant résulter du paludisme contracté en Orient, en Syrie, au Maroc.

Il existe toujours en France plusieurs foyers de paludisme; M. Gallais (2) les a bien étudiés dans sa thèse. On peut, avec lui, distinguer le paludisme local, dans lequel l'affection a une source uniquement française; le paludisme importé, qui est le cas d'un individu contaminé dans un pays étranger et continuant à avoir, en France, des accès; enfin, le paludisme autochtone, lorsque les germes sont apportés dans une région au climat favorable par des paludéens contaminés hors de France et y développent un foyer plus ou moins important, atteignant les habitants du pays.

M. Gallais s'occupe surtout de la question du paludisme local, les cas de paludisme autochtone étant beaucoup plus rares. La Corse est, actuellement, le principal foyer de la fièvre des marais; c'est sur les côtes, à l'embouchure des rivières, c'est au voisinage des étangs et, en particulier, de celui de Biguglia (1.800 hectares) que se développent les anophèles et que sévit le paludisme, mais on l'observe même dans les villages élevés des montagnes; en 1921, les cas furent particulièrement nombreux. Aussi le gouvernement français a-t-il demandé, en 1925, au Comité d'hygiène de la Société des Nations la nomination d'une Commission pour l'étude du paludisme en Corse; d'autre part, le professeur Brumpt a été chargé par la fondation Rockfeller de créer à Bastia une station antipaludique; l'assainissement de la Corse est donc commencé.

La Camargue est un autre foyer important de paludisme. D'après Villon (*Thèse de Lyon* 1920), 80 p. 100 des habitants des Saintes-Maries de la Mer seraient paludéens. En divers points du littoral méditerranéen, sur la côte du Roussillon, vers la plage du Canet, on a observé encore, en 1915, en 1917, des épidémies de malaria. Dans les landes de Gascogne, à l'embouchure de l'Adour, il y avait, sous le second Empire, beaucoup de paludéens; actuellement, les cas y sont peu fréquents. Le marais poitevin et la Charente furent autrefois dévastés; c'est à Brouage, au sud-ouest de Rochefort, que le mal fut le plus grand. D'après l'enquête de M. Gallais, l'infection paludéenne existe toujours à Rochefort et dans les localités environnantes, surtout au sud-ouest. Dans les marais vendéens, on trouve encore du paludisme larvé; Neveu-Dérotrie (de Challans), Dugast (de Beauvoir), Voyer (de Saint-Philbert de Grandlieu), observent des névralgies tenaces, des épistaxis à répétition, chez des sujets anémiques, ayant des rates percutables; quelques enfants sont pâles, un peu chétifs, se plaignant de maux de tête, parfois fébriles. Autrefois, dans les bourgs de la Loire-Inférieure et de la Vendée, où sévissait le paludisme, les épiciers vendaient « du quinine »; aujourd'hui encore, les habitants du pays ont sur leur table un flacon de quinine et en prennent aux repas avec la pointe de leur couteau. Continuant notre tour de France avec le docteur Gallais, nous rencontrons quelques rares cas de paludisme dans des régions autrefois très insalubres : Dombes, Sologne, Somme, Flandres. De cette enquête, M. Gallais conclut que, depuis le XVIIIe siècle, le paludisme s'éteint progressivement sur presque tout le territoire de la France, malgré la persistance des anophèles; que la Corse et la Camargue restent seules à constituer de gros foyers de paludisme. Le meilleur procédé prophylactique que nous ayons contre la malaria et son agent vecteur c'est l'assainissement d'une contrée palustre par le défrichement et la culture.

Beaucoup d'étrangers venant depuis quelques années travailler en France, un certain nombre d'entre eux peuvent nous arriver paludéens; il serait fastidieux de signaler tous les pays infestés de maleria. Signalons seulement la thèse de M. Stanoïevitch (1) sur le paludisme dans le royaume des Serbes, Croates et Slovènes. Le paludisme y a pris une extension considérable, surtout depuis la guerre de 1914-1918; en Macédoine, il y a approximativement au moins 100.000 paludéens et en Dalmatie un tiers du nombre total des habitants sont atteints. Depuis 1921, on a entrepris une lutte sérieuse contre ce fléau; la distribution gratuite de la quinine par l'Etat, la destruction des moustiques et des gîtes à moustiques, le comblement des mares d'eau, le drainage du sol commencent à donner des résultats appréciables, et l'on doit espérer voir bientôt baisser la mortalité et la morbidité dues au paludisme.

Voici maintenant d'autres cas de paludisme importé; d'anciens soldats ayant servi à l'armée d'Orient, au Maroc, revenus en France depuis leur démobilisation peuvent présenter encore des troubles ou des lésions en relation d'origine avec la malaria initiale. Un important décret a paru au *Journal officiel* le 30 mars 1926, déterminant le barème des invalidités en ce qui concerne le paludisme et les maladies exotiques; ce barème est précédé de considérations générales sur les différentes phases de l'évolution du paludisme et sur l'avenir de l'infection mala-

(1) RAYMOND et GRYSEZ. *Soc. méd.-chir. de la IIIe armée*, 9 avril 1917. — RAYMOND. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 23 nov. 1917.

(2) GALLAIS. Le paludisme en France autrefois et aujourd'hui, *Th. de Paris*, 1925.

(1) STANOÏEVITCH. Contribution à l'étude du paludisme dans le royaume des Serbes, Croates et Slovènes, *Th. de Paris*, 1925.

rique; l'avenir lointain du paludéen diffère pour les sujets habitant une contrée d'endémie palustre, le littoral méditerranéen par exemple, et pour ceux qui sont revenus dans un pays non palustre. Pour les premiers, le retour périodique de la saison malarique peut entretenir aussi périodiquement l'infection paludéenne chronique par la réinoculation du *plasmodium*; pour les autres, la disparition du *plasmodium* du sang périphérique est habituelle; on admet que le parasite, réfugié dans les organes profonds, y vit d'une vie latente et peut manifester son action par des accès fébriles, parfois très lointains, et par des réactions organiques de degré variable. Un certain nombre d'anciens paludéens auront donc des troubles fonctionnels et des lésions viscérales diverses, c'est-à-dire du paludisme chronique avec anémie plus ou moins marquée, rate percutable, plus rarement hypertrophie du foie avec ou sans insuffisance hépatique, troubles fonctionnels ou lésions d'autres organes. Le décret de mars 1926 règle les conditions de l'expertise pour ces victimes de la guerre; cette expertise doit comporter la recherche du parasite, l'examen clinique général, l'examen particulier de certains organes (foie, rate, recherche du fonctionnement rénal et surrénal, examen du sang). A propos de la recherche du parasite, on recommande à l'intéressé de se présenter au Centre de Réforme le plus tôt possible dans les deux ou trois jours qui suivent l'accès et sans avoir pris de quinine; les experts sauront qu'il ne suffit pas de ne pas avoir trouvé le parasite pour conclure à la non-existence du paludisme. Quant à l'évaluation de l'invalidité, elle est ainsi fixée : paludisme sans lésions viscérales ni troubles fonctionnels 1 à 9 p. 100; paludisme chronique sans lésions viscérales, troubles fonctionnels légers, 10 à 15 p. 100; paludisme chronique avec lésions viscérales légères; troubles fonctionnels de moyenne intensité, 20 à 45 p. 100, troubles fonctionnels sérieux, 50 à 60 p. 100; paludisme chronique avec lésions viscérales graves ou multiples, 65 à 95 p. 100; cachexie palustre 100 p. 100.

Ce décret donne d'excellentes directives aux médecins experts des centres spéciaux de réforme; le texte en a d'ailleurs été élaboré par « une Commission constituée au Ministère des pensions et comprenant des spécialistes éminents de la pathologie exotique » (1). Pratiquement, beaucoup de cas sont assez difficiles à résoudre; ce ne sont pas les cas de paludisme chronique avec lésions viscérales graves; ce sont surtout les séquelles légères de paludisme, sans stigmates de paludisme chronique. Je prends au hasard dans mes notes du C. S. R. de Nantes les faits suivants : A... paludisme en 1918 à l'armée d'Orient; en 1926, encore quelques accès fébriles; à l'examen clinique, rate non percutable, foie normal; bon état général; l'examen du sang est pratiqué par M. le médecin major Grenier : globules rouges 4.800.000; formule leucocytaire normale; pas d'hématozoaires. M..., paludisme à l'armée d'Orient en 1918; dit en 1926 avoir encore des accès fébriles survenant tous les mois environ; 1m69, 65 kilog; rate non percutable, foie normal, examen du sang : pas d'hématozoaires; pas d'anémie. F... paludisme en 1918; en 1923, quelques accès fébriles; 1m62, 61 kilog; teint coloré; foie normal, rate non percutable. V..., paludisme en 1917; encore des accès fébriles en 1925; 1m64; 70 kilog; teint coloré; pas de lésions viscérales. J'ai plus de cent observations de cette forme vraiment discrète de paludisme chronique et seulement un cas de cachexie ainsi qu'un cas de néphrite chronique d'origine palustre. Et alors, pour ces anciens combattants, que décider, en ce qui concerne leurs droits à pension? Qu'il y ait cliniquement des accès fébriles, des malaises, relevant du paludisme chronique même si l'examen de sang ne révèle pas la présence d'hématozoaires, cela n'est pas douteux (1). Mais quand un ancien paludéen conserve un bon état général, ne présente pas de stigmates de paludisme chronique et a seulement de loin en loin quelques accès fébriles, son invalidité est-elle de 9 ou de 10 p. 100? Voilà, pour lui, la question la plus importante, une invalidité inférieure à 10 ne donnant pas droit à pension.

M. BRELET.

(1) Rapport de MM. les ministres des Pensions, de la Guerre, de la Marine et des Colonies, à M. le Président de la République, *Journal officiel* du 30 mars 1926.

(1) Henry G.-S. MORIN. Le problème médico-légal du paludisme, *Marseille méd.*, 25 mars 1924.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 3 MARS 1927)

Traitement des algies simples ou motrices du moignon par les injections locales de lipiodol. — MM. SICARD, HAGUENAU et WALLICH montrent les résultats sédatifs remarquables obtenus par les injections locales de lipiodol dans les algies du moignon, qu'elles soient simples ou qu'elles s'accompagnent de secousses cloniques. Le lipiodol sera injecté profondément au sein des nodules névromateux, dans leur entourage direct, en plein tissu cicatriciel, et au contact même du trait de section osseuse. Il sera réparti en quantité suffisante, par séances hebdomadaires, à la dose de 4 à 6 centimètres cubes, jusqu'au taux global de 30 à 50 centimètres cubes environ. La guérison reconnaît une pathogénie mécanique, le lipiodol protégeant et matelassant les filets névromateux contre les heurts de voisinage. La persistance locale du lipiodol durant de nombreuses années assure le maintien de la guérison.

M. Clovis VINCENT rappelle que, en 1923, il a proposé, contre les douleurs et les spasmes du moignon des amputés, une opération qui, tout récemment, a été reprise par Tinel mais qui n'est applicable qu'à certains cas particuliers : il s'agit de la section simultanée des troncs nerveux principaux et des nerfs contenus dans la gaine artérielle de l'artère principale du membre. Cette opération lui a montré que les fibres des gaines péri-artérielles sont susceptibles de transmettre l'influx centripète sensitif.

A propos des compressions rachidiennes et de l'épreuve lipiodolée. — MM. SICARD et FORESTIER montrent que, si certains auteurs lyonnais ont conclu à l'échec du contrôle rachidien lipiodolé dans deux cas de compression rachidienne, c'est que la technique suivie par eux a été incomplète. Il est nécessaire d'avoir recours à la radioscopie lipiodolée rachidienne, et non pas seulement à la radiographie. On doit examiner la cavité sous-arachnoïdienne au lipiodol comme on inspecte, par exemple, objectivement la cavité œsophagienne au bismuth. Il suffit très simplement d'injecter 1 centimètre cube et demi à 2 centimètres cubes de lipiodol par voie sous-arachnoïdienne lombaire, de placer le malade en position très déclive sur une table radiologique spéciale, et de surveiller radioscopiquement l'aller et retour du transit lipiodolé. Une

radiographie peut, du reste, toujours être prise au moment d'un déplacement ou d'un arrêt de l'huile iodée, fixant ainsi, pour le chirurgien, l'image localisatrice intéressante. Dans ces conditions, on obtient toujours des résultats d'une certitude absolue.

Tumeur intramédullaire cervicale. Repérage par le lipiodol. Incision de la moelle. Enucléation. Guérison. — MM. Sicard, Robineau et Haguenau présentent une malade chez laquelle le diagnostic primitivement porté de syringomyélie fut infirmé par l'épreuve lipiodolée qui permit de préciser à la fois le siège intramédullaire de la tumeur et ses dimensions fusiformes très étendues sur un parcours de 10 centimètres environ. L'ablation de la tumeur fut faite en deux temps, d'abord la moitié inférieure, puis, dix jours après, la moitié supérieure. M. Robineau incisa la moelle dans l'espace intercordonal postérieur, et, après avoir récliné les deux segments antéro-latéraux médullaires très aplatis par la néoformation, il énucléa totalement la tumeur. La malade, complètement quadriplégique avant l'opération, a pu recouvrer, deux mois après, l'usage de ses membres.

Paralysie faciale et ablation du ganglion supérieur du sympathique cervical. — MM. Sicard, Robineau et Haguenau montrent les résultats favorables obtenus dans les cas graves et médicalement incurables de paralysie faciale périphérique, grâce à la résection du ganglion supérieur du sympathique cervical homologue (Leriche). L'énophtalmie, ainsi provoquée par la paralysie des muscles lisses palpébraux et orbitaires, permet à la motricité synergique du nerf facial sain opposé d'agir sur l'occlusion palpébrale de l'hémiface paralysée, puisque le globe oculaire de ce côté reste en retrait après la sympathicectomie cervicale. Dans cette récupération motrice partielle, il s'agit donc d'une pathogénie mécanique par interréaction d'une synergie motrice d'emprunt, mais non d'une récupération de l'activité propre du nerf facial paralysé.

M. Clovis Vincent souligne l'intérêt que présente la persistance d'une certaine contraction de la partie supérieure de l'orbiculaire palpébral droit après section du nerf facial correspondant et ablation du ganglion cervical supérieur du sympathique. Il reste à démontrer que cette contraction est liée à l'existence de fibres nerveuses venues du facial opposé. Ce serait là un fait nouveau très important.

Etudes sur la perméabilité méningée. — M. Mestrezat.

A propos des réflexes vaso-moteurs. — M. André Thomas présente une syringomyélique qui est atteinte, dès qu'elle mastique, de rubescence des joues et de sudation des tempes. Cette malade a été opérée, il y a quatre ans, de parotidite suppurée bilatérale, et l'auteur suppose que la restauration aberrante des fibres lésées au cours des interventions explique les troubles observés par le mécanisme d'une erreur d'aiguillage ou d'un « pararéflexe ».

Maladie sérique, encéphalite épidémique et sclérose en plaques. — MM. de Massary et Mével présentent un malade qui, ayant reçu une injection de sérum antitétanique, fit une maladie sérique légère, à l'occasion de laquelle il commença à se plaindre d'engourdissements des extrémités, sans paralysie ni amyotrophie. Quelque temps après apparut de la somnolence. Une ponction lombaire, qui montra une hyperglycorrachie (0,99 p. 1000), fit soupçonner une encéphalite épidémique. Actuellement, le tableau est celui d'une sclérose en plaques typique qui semble en voie de s'améliorer à la suite d'un traitement de salicylate de soude intraveineux à la dose de 1 gramme par jour.

Les auteurs se demandent quelles relations on doit établir entre les accidents sériques, l'encéphalite épidémique et la sclérose en plaques.

M. Sicard ne croit pas qu'on puisse parler ici de polynévrite postsérothérapique.

M. Guillain estime que toute l'histoire clinique pourrait s'expliquer par la sclérose en plaques. La somnolence s'observe dans cette affection.

Formes mentales de la sclérose en plaques. — M. Targowla présente une femme qui, au cours d'un accès de mélancolie, fut atteinte de symptômes de sclérose en plaques : nystagmus, asymétrie, avec épreuve de l'index positive, labyrinthe inexcitable, abolition des réflexes abdominaux, asymétrie des réflexes tendineux, latéropulsion droite. Les symptômes neurologiques et les symptômes mentaux sont entrés simultanément en rémission. Les signes de sclérose en plaques sont actuellement fréquents dans les asiles d'aliénés.

Gomme du crâne et perforation de la voûte. — M. Maurice Renaud présente un malade de vingt-six ans, atteint d'une lésion cranienne bien localisée, et siégeant dans la région bregmatique. Elle est constituée par une érosion cupuliforme de 3 à 4 centimètres, qui se continue sur la droite par un sillon qui suit la suture fronto-pariétale. Il existe une perforation complète de l'os, car le cuir chevelu est soulevé par une masse liquide, réductible dans le crâne, par laquelle se transmettent les battements du cerveau.

Le malade est, depuis trois ans, atteint d'hémiplégie et de crises convulsives.

La lésion est sans doute purement osseuse et sus-duremérienne. Elle est probablement de nature syphilitique, car, depuis trois semaines, un traitement spécifique sérieux a amené une amélioration considérable. La lésion visible s'atténue de jour en jour. Il n'y a plus de crise convulsive, la marche est devenue presque aisée.

La réaction de Wassermann étant négative, ce malade, jusqu'à présent, n'avait pas été convenablement traité.

M. Clovis Vincent signale un cas d'aspect un peu analogue qu'il a observé. Le malade avait en réalité une tumeur de la faux du cerveau, qui avait soulevé la voûte cranienne, et qui avait en quelque sorte désengrené les os pariétaux.

D'autre part, l'action du traitement spécifique n'écarte en aucune façon l'hypothèse d'une tumeur. M. Cl. Vincent cite l'exemple d'un jeune homme de seize ans, atteint de syndrome d'hypertension très accentué avec stase papillaire, fils de syphilitique, qui présentait lui-même une réaction de Wassermann fortement positive dans le liquide céphalo-rachidien, et qui s'était amélioré considérablement au bout d'un mois de traitement de cyanure et de bismuth. Deux mois après, une poussée nouvelle d'hypertension se produisit, qui enleva le malade, malgré une ponction ventriculaire. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un neuro-épithéliome développé aux dépens de l'épendyme de l'aqueduc de Sylvius. En aucun point on ne retrouvait la moindre trace d'un processus inflammatoire, syphilitique ou autre. MM. Babinski, Roussy appuient les réserves de M. Cl. Vincent.

Eburnation massive du crâne. — M. Maurice Renaud montre une voûte cranienne atteinte d'un épaississement irrégulier et considérable, qui en a fait disparaître toute architecture, et qui la rend semblable à un ivoire massif. La duremère est elle-même épaissie. Il n'y a pas de lésion encéphalique.

Cette altération osseuse a été trouvée à l'autopsie d'un sujet de trente ans, qui avait été atteint de suppurations considérables du cou, du crâne et de l'orbite de nature tuberculeuse. C'est au contact de ces lésions inflammatoires spécifiques que l'os a réagi par ostéite condensante banale. La transformation éburnée des os se rencontre donc dans les processus les plus variés.

Le rôle joué par le nerf facial d'un côté dans l'innervation de l'orbiculaire des paupières du côté opposé. — M. Bourguignon signale que, après section opératoire du nerf facial, des spasmes peuvent reparaître, au bout de quelques

jours, dans l'orbiculaire des paupières. De plus, dans ces conditions, la chronaxie de l'orbiculaire est toujours plus petite que celle des autres muscles faciaux. Le même fait s'observe pour le releveur de la lèvre supérieure. Ces particularités s'expliqueraient par l'existence de filets nerveux ténus qui viennent du nerf facial du côté opposé. Des anomalies analogues des chronaxies après sections nerveuses seraient dues à un filet du musculo-cutané qui aborde le long supinateur, à des filets du cubital qui interviènnent dans l'innervation de l'opposant, à des fibres du médian qui se rendent aux interosseux.

Respiration de Cheyne-Stokes et signe de Babinski périodique. — M. Auguste Tournay a observé, chez une malade urémique, parvenue à un état subcomateux, avec foie gros et douloureux, mais sans signes d'insuffisance cardiaque grave, un curieux parallélisme entre les phases de la respiration de Cheyne-Stokes et le comportement du réflexe plantaire. En coïncidence avec les phases d'apnée se manifestait un véritable signe de Babinski périodique. Sans doute le contrôle d'autres observations est-il nécessaire pour apprécier s'il s'agit d'un phénomène d'ordre général et pour en envisager les conséquences physiologiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1927)

Greffe anastomotique tendineuse pour paralysie radiale inférieure. — M. Dupuy de Frenelle présente une jeune femme chez qui il a pratiqué la greffe des tendons extenseurs du poignet sur les tendons extenseurs des doigts comme traitement d'une paralysie consécutive à la section de la branche postérieure du nerf radial. Après trois ans, le résultat fonctionnel est excellent. L'auteur précise quelques détails de technique qui ont contribué au succès de l'opération.

Trousse hématologique. — M. Bécart présente une trousse avec pipettes spéciales facilitant le mélange sang et liquide de dilution.

Perforation aiguë des ulcères gastriques et duodénaux. — M. Pauchet montre la fréquence de cette perforation, responsable de nombreuses morts rapides mises sur le compte de causes diverses. Cet accident se manifeste par une douleur violente, en « coup de poignard » et des contractures de la paroi abdominale (ventre de bois).

Le traitement préventif consiste à opérer systématiquement tous les ulcères gastro-duodénaux chroniques. En cas de perforation réalisée, il convient d'opérer d'extrême urgence et au plus tard dans les douze premières heures. Au point de vue technique, l'auteur conseille : sur le duodénum, suture simple de l'orifice, ou excision des tissus entourant la perforation, ou résection complète du segment malade; terminer par une gastro-entérostomie, s'il y a lieu. Sur l'estomac : brûlage ou suture pure et simple, ou gastrectomie lorsqu'il s'agit d'une masse prépylorique par ulcus calleux. Dans tous les cas, drainage par boutonnière sus-pubienne. Les soins consécutifs s'imposent : régime, et, au besoin, opération secondaire.

Pigmentation et traitements endocriniens. — M. Léopold-Lévi étudie l'action contre la pigmentation de diverses glandes endocrines, surrénales, thyroïde, ovaires, hypophyse, et montre l'intérêt de faire à ce point de vue un inventaire complet des sujets mélanodermiques. L'interprétation des résultats est complexe et permet d'invoquer des théories diverses : endocriniennes, sympathiques, hématogène, théopexique.

« Collier de Vénus » et troubles endocriniens. — M. J. Sédillot communique ses essais de traitement de ce stigmate syphilitique par l'opothérapie surrénale.

Migraine et jeûne thérapeutique. — M. Natier.

Fibrome kystique géant du sein. — M. Péraire.

La nutrition des tuberculeux. — M. Melamet.

Traitement des adénites cervicales tuberculeuses par les radiations de la lampe à arc. — M. Dausset montre les avantages de cette méthode, surtout quant à la durée, sur les traitements classiques. L'auteur pratique l'irradiation de la région malade tous les jours ou tous les deux jours. Sur une série de trente malades, il ne compte qu'un échec total et un échec partiel. La durée du traitement est de quinze jours à deux mois.

Symptôme d'anaphylaxie au début d'une crise cholélithiasique. — M. Mussio Fournier (de Montevideo) a observé un œdème de Quincke avec asthme, phénomènes jusqu'alors inconnus chez le malade, précéder de douze heures une crise de cholécystite lithiasique fébrile.

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1927)

Tumeur du médiastin traitée par la rœntgenthérapie. — MM. Aubourg et Joly présentent un sujet récemment traité par eux par la radiothérapie pénétrante pour une tumeur du médiastin, vraisemblablement lympho-sarcome. Cliniquement et radiologiquement, on ne note plus, à l'heure actuelle, aucune trace de l'affection.

Radiumthérapie pour un lympho-sarcome chez un chien. — M. H. Legrand, après deux opérations suivies de récidive pour un lympho-sarcome situé derrière la conque de l'oreille, a obtenu un résultat très satisfaisant par l'application de radium. Malheureusement, l'animal est mort d'accident pendant le cours du traitement.

Asthme et épilepsie. — MM. Hartenberg et Sédillot présentent un nouveau cas où les deux ordres de manifestations ont coïncidé chez le même sujet. L'évolution des troubles semble démontrer qu'il n'y a entre eux aucune relation pathogénique directe.

M. Perpère insiste sur la rareté extrême de la coexistence ou de l'alternance asthme-épilepsie, bien qu'elles soient signalées par la plupart des auteurs.

M. Laignel-Lavastine appelle l'attention, dans ce cas, sur une aura épileptique curieuse, l'illusion de fausse reconnaissance, jusqu'ici non signalée.

Gangrène diabétique. Opération après insulinothérapie par voie buccale. Guérison. — M. Petit de la Villéon présente une malade qui fut atteinte de gangrène diabétique grave, d'allure phlegmoneuse, au niveau de la main, avec envahissement d'une grande partie du membre supérieur. Le traitement insulinique *per os* fit rétrocéder progressivement ces troubles au point que l'auteur, qui pensait devoir pratiquer l'amputation du bras, put se contenter, au bout de trois semaines, d'une simple amputation de l'annulaire. Guérison rapide et complète.

M. Lematte fait remarquer que les produits que l'on commence à administrer comme insuline buccale sont, en réalité, des préparations synthétiques.

A propos du poids antérieur maximum. — M. G. Rosenthal pense que la nécessité du retour à ce poids, après une affection aiguë, s'impose même lorsqu'il s'agit d'obèses. L'obésité sera traitée dans un deuxième temps s'il y a lieu.

Sur un cas d'otite latente. — M. Grain appelle l'attention sur la nécessité de surveiller attentivement les infections auriculaires indolentes, à évolution silencieuse. Dans un cas de ce genre, consécutif à un traumatisme local et ayant évolué de façon torpide, l'auteur eut à pratiquer un curettage complet

de la mastoïde, de l'attique, avec résection de la paroi postérieure du conduit transformée en une masse fongueuse et suppurante. La cicatrisation se fit en sept jours.

NOTES DE PRATIQUE

PRÉTUBERCULOSE

Reminéralisation par le phosphate tricalcique (3 cachets de 1 gramme pro die). Médication d'épargne par l'huile de foie de morue.

Antisepsie broncho-pulmonaire par les inhalations d'eucalyptol et d'iodure d'allyle.

Par-dessus tout, se souvenir de cet aphorisme du professeur Robin : « Un prédisposé, qui mange et digère bien, guérit sûrement », d'où l'indication capitale de la médication apéritive : Vanadarsine (v à x gouttes dans un peu d'eau ou de boisson, avant chacun des deux principaux repas).

REVUE DES THÈSES

L'Hérédité musicale (1), par le docteur L. VEZOUX.

Cette thèse, à plus d'un titre intéressante, soulève de nombreux problèmes, et en premier lieu celui concernant ce qu'on est convenu d'appeler les dispositions artistiques ou le *tempérament artiste*. L'auteur rattache celui-ci à la combinaison des deux constitutions émotive et cyclothymique, constitutions qui, étant, par définition, entrées dans la structure, sont héréditaires. « On naît artiste, on ne le devient pas ». Tout ce que peut faire l'éducation est de développer les qualités innées et parfois latentes. Mais la spécialisation de l'artiste dépend du perfectionnement d'un organe des sens particulier, et naturellement de l'oreille, du sens de l'audition pour le musicien, cette qualité se transmettant à peu près suivant les lois de Mendel. Telle est la conception générale que vient étayer l'étude bien documentée de l'hérédité des principaux musiciens depuis le XVIe siècle jusqu'à nos jours. Elle peut prêter à de nombreuses critiques, les constitutions physiologiques n'étant que des abstractions, car tout homme les possède toutes à la fois avec seulement quelques différences en plus ou en moins, ce qui leur enlève toute signification précise; d'autre part, le Mendélisme ne s'applique guère qu'aux qualités ornementales, couleurs, petits détails morphologiques extérieurs; mais on ne retrouve plus la justification de ses règles quand il s'agit des grandes fonctions et surtout des fonctions nerveuses et mentales. Toutefois ces objections de principe n'enlèvent rien au mérite de cette thèse, qui se distingue de la plupart des autres, non seulement par le travail consciencieux dont elle témoigne, mais aussi par son originalité. Félicitons donc chaleureusement M. Vezoux et souhaitons-lui, puisqu'il est musicien, de persévérer dans des recherches qui ne peuvent manquer d'être fructueuses et pour l'Art et pour la Science.

J. L.

(1) *Th. de Paris*, 1926. — Paris, 1926, Le François.

Du Symptôme à la maladie. Tome II : *Séméiologie des spécialités*, par les docteurs CAZALIS, BARTHÈS et COULAZOU. Un volume de 385 pages, 80 figures dont 17 en couleur. — Prix : 35 fr. — Paris, N. Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT

ÉTIOLOGIE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, SIGNES DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

FRACTURES DU COL DU FÉMUR [1]

CLINIQUE

Les signes d'une fracture du col sont à peu près *évidents*. Toute la difficulté consiste à présumer la *variété*.

Il faut envisager :

A. Un ensemble de *signes communs* à toutes les variétés, dont les uns

1. Sont au *membre inférieur*,

les autres

2. Sont à la *hanche*.

B. Les signes traduisant la *non-pénétration* ou la *pénétration*, c'est-à-dire en règle :

I. *La fracture cervicale vraie*;

II. *La fracture cervico-trochantérienne*.

A. Les signes communs. — *L'interrogatoire*, porte sur la nature de l'accident, faux pas. Chute du blessé de sa hauteur, relève :

1. *La douleur* immédiate avec *craquement*.

2. *L'impotence fonctionnelle*, parfois complète. On ne marche pas avec une fracture du col (Delbet).

Parfois variable et progressive.

Examen :

I. Au membre inférieur :

Signes d'inspection : ils attirent l'attention, permettent un diagnostic rapide.

On voit un membre en *rotation externe*, le pied repose par son bord externe sur le plan du lit, la rotule regarde en dehors.

On met en évidence :

1. L'impotence fonctionnelle : Elle varie avec la nature de la fracture, le moment.

Le blessé ne peut soulever son talon du plan du lit.

Quelques mouvements de rotation et de flexion de la cuisse sont parfois possibles. Le blessé peut rapprocher le talon de la fesse, sans le soulever du plan du lit.

2. L'adduction : elle ne se voit pas d'emblée; il faut corriger l'attitude compensatrice du bassin.

3. Le raccourcissement : il est parfois difficile à reconnaître, plus ou moins prononcé,

Il faut placer le membre symétriquement à l'opposé,

Mesurer de l'épine iliaque à la malléole externe,

Rechercher l'ascension du grand trochanter,

Mais c'est là le signe le *plus constant* et le plus typique (Basset).

II. A la hanche : signe de palpation;

1. Au triangle de Scarpa, explorer la tête fémorale et le col; rechercher :

La douleur provoquée en dehors de l'articulation,

La tumeur de l'aine par angulation des fragments.

2. Au grand trochanter, douleur à la palpation.

Compléter l'examen : par l'examen du genou (hydarthrose), par l'examen du bassin et toucher rectal.

L'impotence fonctionnelle, d'une part, l'attitude vicieuse (rotation externe, adduction, raccourcissement), d'autre part, sont typiques de la fracture du col;

Leur degré,

La recherche des signes régionaux,

Enfin et mieux, la *recherche de la réductibilité* de l'attitude vicieuse, vont permettre le diagnostic approximatif de la variété.

I. Les fractures cervicales vraies :

La symptomatologie est dominée par la *non pénétration* des fragments;

L'évolution par la possibilité des *déplacements*, limités au début, exagérés ensuite de par l'action des muscles.

a. La fracture sous-capitale.

1. Au membre inférieur : l'impotence est complète.

— Attitude vicieuse : la rotation externe est incomplète; l'adduction, une fois l'attitude compensatrice du bassin corrigée, se révèle très marquée.

Le raccourcissement *primitif* est *peu marqué* (2 centimètres), mais *progressif*, par distension capsulaire et traction musculaire combinées (4 à 5 centimètres).

La réductibilité existe, l'attitude est *corrigible*, par traction qui supprime raccourcissement et rotation externe,

La reproduction en est *immédiate*. Cette manœuvre met en évidence pour la main, placée au triangle de Scarpa une sorte de crépitation, de frottement au moment de la reproduction de l'attitude : signe du ressaut.

2. A la hanche : tous les signes sont au triangle,

— *Ecchymose tardive du pli de l'aine* (au cinquième jour),

— Peu de tuméfaction (la capsule intacte s'oppose à l'infiltration sanguine).

— Douleur *très nette* à la pression, *en dehors* de l'artère.

— *Tumeur de l'aine* typique, très marquée; rien au grand trochanter, si ce n'est une légère ascension.

b. la fracture transcervicale.

Correspond à peu de chose près à ce tableau clinique.

Signaler la tumeur de l'aine plus externe.

C'est un diagnostic de radio.

II. Les fractures cervico-trochantériennes.

La symptomatologie est dominée par la *pénétration* des fragments, avec *déplacement exagéré* et *fixe*.

1. Au membre inférieur :

— L'impotence est variable : pour les uns moins marquée (flexion, rotation de la cuisse possible); pour Delbet plus marquée, car la douleur est plus vive.

— L'attitude vicieuse : la rotation externe est complète, l'adduction variable,

Le raccourcissement est *immédiat* (3 à 4 centimètres), *fixe* et *définitif*,

L'irréductibilité de cette attitude vicieuse est absolue, signe capital.

2. A la hanche : tous les signes sont au grand trochanter :

Inspection : ecchymose qui descendra sur la face externe de la cuisse, tuméfaction considérable.

Palpation :

Douleur à la pression de la *face externe* à distance (due à la pénétration et l'éclatement).

Elargissement. Signe important pour les classiques, discuté par Hennequin, Delbet : (infiltration secondaire marquée des tissus).

Ascension : à rechercher le blessé étant couché sur le côté sain, la jambe fléchie.

Rien au triangle de Scarpa, peu de douleur à la pression, pas de tumeur de l'aine.

Tels sont les deux grands types cliniques.

Seule, une analyse minutieuse des signes peut faire présumer de la variété.

Mais l'examen est à compléter par une *radiographie* des deux hanches.

1. Elle confirme les données de la clinique, en règle.

Les signes de fracture engrénée relèvent bien d'une cervico-trochantérienne, ceux de fracture non engrénée d'une cervicale vraie sous-capitale ou transcervicale.

2. Elle peut infirmer ces mêmes données.

Il n'y a rien d'absolu dans cette opposition classique des deux types de fracture.

— Certaines fractures du vieillard, quoique cervico-trochantériennes (les plus fréquentes chez lui, d'ailleurs), se traduisent en clinique par des signes de fracture non engrénée, comme s'il s'agissait d'une sous-capitale.

Pénétration ici ne veut pas dire engrènement.

L'existence des géodes osseuses trochantériennes, si particulières, ne permet pas l'enclavement.

— Certaines fractures (à trois et quatre fragments), s'accompagnent d'un véritable éclatement, d'un *écrasement* du massif trochantérien. Dans ces conditions, il ne peut être question de coaptation. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 30, p. 502.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Manuel théorique et pratique de psychologie médicale, par S. KRETSCHMER, professeur de psychiatrie à l'Université de Marburg. Traduit d'après la troisième édition par le docteur S. JANKÉLÉVITCH. Un volume in-8 de la Bibliothèque scientifique avec 24 illustrations. — Prix : 30 fr. net. — Paris, Payot.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili. Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Schwartz, Arrou, Riche, Bazy, Jousset, qui acceptent; Chevrier, Launay, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

Hôpitaux de province. — Lyon. — Le concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Eparvier.

École de médecine. — Aix-Marseille. — La chaire de clinique dermatologique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille (future Faculté de médecine) est vacante.

Les candidats devront adresser leur dossier à M. le Directeur de ladite Ecole avant le 15 mai 1927.

Congrès international de médecine militaire. — Le IVe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires se tiendra à Varsovie, du 30 mai au 4 juin 1927.

Questions à l'ordre du jour :

« L'évacuation dans la guerre de mouvements » ;

» Etiologie et prophylaxie de la grippe »;

« Séquelles des traumatismes du crâne et leur traitement » ;

« Les arsénobenzols ; méthodes d'analyse et d'appréciation chimique ».

Congrès international d'hygiène. — Un Congrès international d'hygiène et de santé publiques aura lieu à Gand (Belgique), du 1er au 6 juin 1927.

Ces assises, fondées à l'initiative du « Royal Institute of Public Health » de Londres, se tiennent pour la seconde fois en Belgique et sont placées sous le haut patronage de Leurs Majestés le Roi d'Angleterre et le Roi des Belges.

Secrétaire : docteur R. Bernard, 117, rue du Trône, Bruxelles.

Congrès international d'urologie. — Ce Congrès se réunira à Bruxelles, du 3 au 6 août 1927, sous la présidence de M. le professeur Verhoogen.

Les questions à l'ordre du jour sont :

1° « Valeur comparative de divers examens du sang et de l'urine dans la chirurgie urinaire. » Rapporteurs : MM. Chabanier (de Paris), Kojan (de Belgrade), Quinby (de Boston).

2° « Traitement des tumeurs de la vessie par les agents physiques. » Rapporteurs : MM. Beer (de New-York), Frysaman (de Varsovie), Heitz-Boyer (de Paris).

3° « Traitement de la tuberculose génitale. » Rapporteurs : MM. Barney (de Boston), Gamberini (de Bologne), Walker (de Londres).

Le secrétaire général est M. le docteur Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris (VIIe).

Concours a l'École dentaire de Paris. — Par décision du Conseil d'administration en date du 15 février 1927 :

Un concours pour un poste de professeur suppléant et deux postes de chef de clinique de chirurgie dentaire, ainsi que pour trois postes de chef de clinique de dentisterie opératoire sera ouvert en mai 1927 ;

Un concours pour deux postes de professeur suppléant d'anesthésie sera ouvert en juin 1927 ;

Un concours pour un poste de chef de clinique de bridges et de couronnes, deux postes de chef de clinique de prothèse et deux postes de chef de clinique d'orthodontie sera ouvert en novembre 1927.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE. — Cette assemblée aura lieu le dimanche 15 mai 1927, à 14 h., dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Seuls peuvent y prendre part les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la Presse médicale invités.

Le soir aura lieu le banquet au Foyer médical, 10, avenue d'Iéna, sous la présidence de M. André Fallières, ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant leur adhésion et le prix du banquet (40 fr.) à M. le docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 5, rue de Surène, Paris (VIIIe), avant le 11 mai.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jules Bœckel, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Strasbourg; Augustin Henry (de Bois-Sainte-Marie), Fage (d'Ambarès).

HÔPITAL DE LR PITIÉ. — CONFÉRENCES SUR LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — Le docteur Clovis Vincent fera, chaque jeudi, à 11 heures, à l'hôpital de la Pitié (salle de consultation du Service 5), une conférence sur les Maladies du système nerveux.

Ces conférences auront lieu pendant le second trimestre de l'année 1927, à partir du jeudi 28 avril.

CHRONIQUE

LE 90e ANNIVERSAIRE DE LA NAISSANCE DU PROFESSEUR W. W. KEEN

Le 19 janvier dernier a été célébré à Philadelphie dans la plus ancienne église baptiste, qui remonte à 1698, un service pour féliciter le docteur W. W. Keen à l'occasion du 90e anniversaire de sa naissance.

Mr. John Langdon Jones, clerc de l'église, a rappelé l'origine suédoise du premier des ascendants du docteur Keen fixé dès 1642 en Amérique, il a montré la foi persévérante du docteur Keen qu'il a comparée à celle de Pasteur et lui a exprimé la profonde affection de ses concitoyens.

Le révérend docteur W. H. P. Faunce, président de l'Université Brown, a retracé la carrière du docteur Keen entièrement consacrée au travail et au bien public.

A son tour le docteur Keen a parlé; après avoir remercié ses amis, il leur a raconté sa vie dans laquelle il a toujours rencontré la main de Dieu; il a rappelé que sa naissance n'était postérieure que de soixante ans et demi à la déclaration de l'Indépendance alors que soixante-deux ans nous séparent maintenant de la fin de la guerre civile en Amérique, a conté son rôle pendant la guerre civile, ses succès et ses échecs universitaires, quelques-uns de ces derniers dus à la Providence car ils l'ont dirigé sur une voie meilleure. Il a montré quels merveilleux progrès ont été réalisés par toutes les sciences pendant les 90 ans de sa vie.

Lorsqu'il débuta dans la carrière médicale régnait « ce capitaine des armées de la mort, *l'infection* ». En chirurgie on voyait une intervention mortelle sur trois... Alors vint Pasteur, sans aucun doute le plus grand bienfaiteur de l'humanité, et tout près de lui Lister qui appliqua les méthodes de Pasteur et y ajouta, puis Koch et des armées de travailleurs arrachant à la mort beaucoup de ses victoires.

Le docteur Keen a terminé sa réponse en disant qu'à 90 ans si on peut regarder avec intérêt le passé on est amené à se tourner vers l'avenir que la science ne peut dévoiler, vers l'avenir qu'une ardente foi chrétienne comme la sienne fait considérer avec confiance et avec espoir. Ce que le professeur Keen n'a pas dit c'est le rôle considérable qu'il a joué lui-même dans l'évolution de la chirurgie, c'est le labeur formidable de sa vie entièrement consacrée à l'action et à l'enseignement. La « Keen's chirurgie » en demeurera le témoin.

Les médecins de France qui savent quel ami indéfectible le professeur Keen fut pour notre pays dans les mauvais jours adressent l'hommage de leur respect et de leur admiration à l'illustre savant américain. F. L. S.

Le Professeur REGNARD

Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre éminent confrère Regnard (Paul-Marie-Léon).

Né à Châtillon-sur-Seine en 1850, Regnard, après de brillantes études, fut nommé interne des hôpitaux en 1874, dans la même promotion que Paul Richer, Déjerine, Letulle, de Beurmann et Gérard-Marchant. Dès cette époque il s'adonna plus particulièrement aux études biologiques et communiqua ses travaux à la Société de biologie, dont il devint vice-président.

Nommé préparateur de Paul Bert il prit une part très active aux recherches de Paul Bert et de Péan sur l'anesthésie au protoxyde d'azote sous pression. C'est sous sa direction que furent construites les cloches et, en particulier, celle de l'hôpital Saint-Louis, où Péan eut recours à ce mode d'anesthésie qui lui a donné de bons résultats.

Nombreux ont été les travaux de Regnard en physiologie, en anatomie, en agriculture. Il fut chargé de nombreuses missions à l'étranger. Il fut un collaborateur éclairé du Prince Albert de Monaco dans ses recherches relatives à l'océanographie. Il fut nommé professeur, puis directeur de l'Institut agronomique, puis directeur de l'Institut océanographique fondé par le Prince de Monaco.

Citons encore de Regnard l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*, *les Maladies épidémiques de l'esprit*, *la Vie dans les eaux*, etc.

Il fut nommé membre de l'Académie de médecine en 1895, dans la section des sciences biologiques. Il était officier de la Légion d'honneur.

Ce fut, comme on le voit, une vie bien remplie que la sienne. Il était doué de toutes les qualités requises pour le professorat : précision dans l'esprit, clarté dans l'exposition, rigueur scientifique dans l'expérimentation.

— Ses obsèques ont été célébrées jeudi matin à Saint-Jacques-du-Haut-Pas. Selon sa volonté, il n'a pas été prononcé de discours.

Nous adressons à son fils et notre collègue le docteur Michel Regnard, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté, médecin de l'hôpital des Invalides, nos bien vives sympathies. A. BROCHIN.

REVUE GÉNERALE

DIAGNOSTIC DES DYSPNÉES DE L'ENFANCE [1]

PAR

ROBERT BROCA et MAURICE LAMY
Chef de clinique à la Faculté Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La dyspnée est un symptôme fréquent des maladies de l'enfance, mais elle se présente parfois avec une telle intensité qu'elle domine le tableau clinique. Les caractères mêmes de la dyspnée revêtent des modalités multiples dont la connaissance facilite la recherche de l'affection en cause. En outre, à ce maître symptôme s'associent souvent d'autres éléments d'importance presque égale, le *cornage*, le *stridor*, le *tirage*, des *modifications de la voix et de la toux* dont la constatation apporte au diagnostic des dyspnées un appoint précieux.

Nous désirons seulement dans cette Revue générale montrer la complexité de cette question; nous n'avons pour but que d'aider ceux qui se trouveront en présence d'un enfant atteint de ces symptômes à orienter rapidement leur examen, car d'un diagnostic exact précoce découlera bien souvent une sanction thérapeutique efficace.

La dyspnée peut relever d'un grand nombre d'affections qui siègent en des points très variés de l'*appareil respiratoire* : larynx, trachée, grosses, petites bronches, alvéoles pulmonaires, plèvres, ou qui retentissent indirectement sur l'appareil respiratoire : espace péri-pharyngien, péri-œsophagien, médiastin.

La dyspnée peut être sous la dépendance de lésions qui atteignent le *système circulatoire* (asystolie, péricardite), le *système rénal*, *nerveux*.

Enfin, la *fièvre*, une *intoxication* provoquent souvent chez l'enfant une accélération du rythme respiratoire d'autant plus marquée qu'il est plus jeune et qui peut, au premier abord, en imposer pour une maladie des voies respiratoires.

Avant d'aborder le point capital de la question, le diagnostic étiologique, il nous faut étudier rapidement les principaux caractères de la dyspnée. Elle peut se présenter sous des aspects cliniques très différents dont l'étude fournit déjà des renseignements précieux.

La dyspnée peut être :

A type inspiratoire. — Elle se produit presque exclusivement dans les obstructions *hautes* de l'appareil respiratoire, comme le fait remarquer M. Marfan. Elle doit faire penser avant tout à un obstacle siégeant au niveau du larynx ou à son voisinage immédiat. C'est le type de la dyspnée que l'on rencontre, par exemple, dans le croup.

Elle s'accompagne, en outre, de :

Tirage sus-sternal et *sus-claviculaire*, qui est assez particulier aux dyspnées laryngées, et de *tirage sous-sternal* qui est moins caractéristique.

Et d'un *bruit laryngé* : sifflement, cornage, bruit serratique.

A type expiratoire. — Elle s'observe surtout, comme le fait encore remarquer M. Marfan dans les compressions *basses* des voies respiratoires, au tout premier rang desquelles il faut placer l'adénopathie tuberculeuse médiastinale. On l'observe aussi dans la crise d'asthme.

Dans ces deux types de dyspnée, la respiration est souvent *ralentie* : c'est alors une *bradypnée.*

La dyspnée peut s'observer aux deux temps de la respiration, c'est presque toujours une *polypnée.* Rappelons que le nombre des respirations est normalement :

Chez le nouveau-né,	de 50	à la minute,
A six mois,	de 40	—
A un an,	de 35	—
De un à deux ans,	de 30	—
De deux à trois ans,	de 25	—
De trois à huit ans,	de 20	—

Il peut, dans certains cas pathologiques, atteindre 60, 80, 90 et même plus, à la minute. La dyspnée s'accompagne alors de *battements des ailes du nez*, d'angoisse, de cyanose, de refroidissement des extrémités, parfois de sueurs froides, d'augmentation de volume du foie. La dyspnée s'accentuant, la respiration devient de plus en plus superficielle. L'enfant refuse de manger et même de boire. Il y a souvent une inversion du rythme respiratoire. L'inspiration est immédiatement précédée d'une expiration brève : c'est la *dyspnée expiratrice* de Bouchut. La pause respiratoire se fait après l'inspiration. De telle sorte que le rythme est le suivant : expiration, inspiration, pause; expiration, inspiration, pause.

On peut observer, enfin, chez l'enfant comme chez l'adulte, des dyspnées d'un type particulier, telles que :

La *dyspnée à type de Cheyne-Stokes* que l'on voit par exemple à la période terminale de néphrites aiguës, subaiguës ou chroniques.

La *dyspnée à type de Küssmaul.*

Il nous faut, enfin, citer l'*apnée*, bien qu'elle soit en réalité une suppression complète de la respiration. On l'observe assez fréquemment chez l'enfant au cours des *spasmes de la glotte* que l'on tend actuellement à rattacher à la tétanie.

Des *modifications de la voix et de la toux* accompagnent souvent les dyspnées de l'enfant. Nous verrons la grande valeur séméiologique qu'il faut y attacher.

Diagnostic étiologique. — *A.* **Dyspnée à type inspiratoire.** — En présence d'une dyspnée de ce type, le problème se pose dans des conditions différentes. Certaines dyspnées sont presque exclusivement l'apanage du NOURRISSON.

Il est tout d'abord deux affections qui ne retiendront guère notre attention.

L'ADÉNOÏDITE AIGUË qui s'accompagne de signes de catarrhe nasal tels qu'ils permettent généralement de faire facilement le diagnostic.

L'ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIEN, qui s'observe surtout de trois à dix-huit mois, se traduit par un symptôme capital, la *dysphagie*, qui est *constante*. La dyspnée est un signe *tardif épisodique*.

Le toucher pharyngien révélera soit un empâtement, soit même la présence d'une collection liquide.

L'HYPERTROPHIE DU THYMUS s'observe d'autant plus fréquemment que l'enfant est plus jeune. On voit le plus souvent un nourrisson de quatre à six mois et la famille signale parfois que le début de l'affection a eu lieu dès la naissance.

La dyspnée n'est qu'une complication de l'hypertrophie du thymus, dont le véritable symptôme est

---

(1) Nous remercions notre ami R. Turquéty des conseils qu'il a bien voulu nous donner pour la rédaction de ce travail.

le *cornage*. C'est dire que dans cette affection, la dyspnée survient *par accès*, mais que, dans l'intervalle, seule l'inspiration, anormalement bruyante, attire l'attention.

Le cornage dans l'intervalle des accès ne s'accompagne pas de gêne respiratoire. Il nous faut donc :

1° Préciser les caractères du cornage, en dehors des accès.

2° Etudier le type de la dyspnée pendant les accès.

3° Décrire les signes qui permettent le diagnostic.

Le *cornage* continu prédomine manifestement à l'inspiration et surtout à la fin de l'inspiration. Il s'accentue lorsque l'enfant est couché et la nuit, pendant le sommeil ou, au contraire, pendant les cris et quand on met la tête de l'enfant en extension, ou lorsqu'on se sert d'un abaisse-langue pour examiner la gorge. Mais la *voix* et la *toux* ne sont pas modifiées. L'occlusion de la bouche ou du nez ne change pas les caractères du cornage. Parfois, il se produit :

Des *accès de suffocation*. Ils sont souvent très marqués, très impressionnants. Ils peuvent, d'ailleurs, se *terminer par la mort*. Ils durent, généralement, de dix à quinze minutes. Mais, ils peuvent persister pendant plusieurs heures. L'enfant rejette alors la tête en arrière; sa respiration est accélérée, le visage est angoissé, puis survient une période d'apnée avec cyanose; enfin, la respiration reprend. Les crises peuvent se répéter les nuits suivantes.

On a décrit de nombreux signes, tous très discutables, pour éclairer le diagnostic : la voussure du manubrium, la perception d'une tumeur molle audessus du sternum (signe de Rehn), la matité du premier et deuxième espace intercostal de chaque côté du sternum.

En réalité, seul l'examen radiologique, dont l'interprétation est, d'ailleurs, souvent délicate, permet d'affirmer le diagnostic.

« L'ombre du thymus *déborde* le sternum à droite et à gauche. Elle *se confond* avec l'ombre cardiaque, elle *efface* le rétrécissement normal sus-cardiaque. Ses contours sont *nets*, sans *sinuosités*, et l'ombre est très homogène (Marfan).

Le cornage, observé dans cette affection, ne devra pas être confondu avec le STRIDOR LARYNGÉ CONGÉNITAL.

Un bruit spécial, perceptible à distance, a été observé par les parents, généralement, *dès les premiers jours* qui suivent la naissance. Ce bruit est inspiratoire, sonore et musical, rappelant le gloussement de la poule ou, parfois, un ronflement. Il persiste pendant le sommeil et pendant les tétées. Il augmente lorsque l'enfant remue ou s'agite. L'expiration est normale. Le tubage amène une amélioration. La position de l'enfant modifie le stridor. Il peut diminuer si on met l'enfant sur le ventre ou la tête basse. Le cri et la voix restent clairs. Parfois, il y a un peu de tirage.

Par moments, ce bruit s'exagère et il peut s'accompagner d'un peu de suffocation et de cyanose.

Le stridor s'accroît pendant les premières semaines de la vie de l'enfant, puis il diminue peu à peu et l'évolution se fait normalement vers la guérison. Il ne dépasse pas la seconde année. L'état général peut rester excellent.

B. Les dyspnées que nous allons maintenant étudier s'observent surtout dans la seconde enfance. Elles sont très importantes à bien connaître, car elles sont très fréquentes et elles se présentent souvent avec un caractère d'acuité impressionnante. Elles demandent à être diagnostiquées d'*urgence*. Le traitement à établir est *totalement différent* pour chacune d'elles. Rationnellement et rapidement appliqué, il sera le plus souvent très efficace.

La LARYNGITE STRIDULEUSE ou FAUX CROUP peut se voir à l'état isolé; *chez un enfant en pleine santé apparente*, souvent cependant porteur de grosses amygdales ou de végétations adénoïdes volumineuses. Elle succède parfois à une rhino-pharyngite catarrhale ou précède quelquefois l'éclosion de l'éruption d'une rougeole (aussi devra-t-on toujours rechercher le signe pathognomonique de Koplik).

Le début est subit, *la nuit*. L'enfant se réveille brusquement, il est angoissé; la dyspnée est intense, l'inspiration sifflante, très pénible avec cornage et tirage. Mais la voix et la toux sont rauques, aboyantes, *jamais éteintes*. Au bout de quelques instants, généralement rapidement, la crise cesse brusquement et l'enfant se rendort. Un nouvel accès peut survenir dans la nuit, ou se produire la nuit suivante.

La respiration est normale dans l'intervalle des accès, la toux et la voix restant plus ou moins rauques. Dans la journée, l'enfant est tout à fait bien portant, ou présente seulement un léger malaise.

Mais il est des cas où la dyspnée persiste entre les accès et c'est alors que le diagnostic avec le croup est particulièrement difficile.

CROUP. — Le diagnostic du croup est facile s'il coexiste avec une angine diphtérique, ou s'il est consécutif à une angine guérie, mais connue. Il peut être très difficile s'il succède à une adénoïdite, à une rhinite diphtérique passées inaperçues. Le croup est dit croup d'*emblée* s'il surprend un sujet paraissant en pleine santé apparente.

Rappelons les principaux signes sur lesquels se base le diagnostic de croup.

Au début, les caractères de la voix et de la toux. — La voix sourde et voilée, s'éteint rapidement, la *toux* restant *rauque* plus longtemps.

L'association de la *toux rauque* à la voix *éteinte* a une valeur considérable.

Puis, au bout d'un ou deux jours *les caractères de la dyspnée*. Elle se présente d'abord sous forme d'*accès de suffocation*. Elle est *intermittente*, puis elle devient *continue*.

Elle est *inspiratoire*. La respiration est *difficile*, mais *pas accélérée*. Elle s'accompagne de :

Tirage : sus-sternal (qui caractérise l'obstacle laryngé) et sous-sternal.

Et de *cornage* : grave ou aigu, sifflant ou serratique (bruit de scie).

Enfin, si le tubage n'était pas pratiqué [on doit tuber, si l'enfant tire depuis une heure (Marfan)] la phase asphyxique surviendrait.

Ajoutons que le *diagnostic positif* peut être singulièrement facilité par :

Le rejet d'une fausse-membrane dans une quinte de toux;

Le signe de l'épiglotte de Variot;

L'examen bactériologique.

Le diagnostic avec la laryngite striduleuse se fera parce que dans ce cas la toux et la voix restent *rauques* et *non éteintes*. Les accès surviennent *brusquement* la nuit et cessent *rapidement*. L'enfant se rendort non dyspnéique.

Mais il est des *cas difficiles*. On peut avoir affaire à :

Un croup à voix claire;

Un croup prolongé;
Un croup intermittent (rémissions après rejets de fausses-membranes).

La dyspnée peut persister entre les accès de faux croup. De plus :

Il faut se rendre compte si le croup est *compliqué* de *broncho-pneumonie*. C'est souvent très délicat. Les signes physiques sont trompeurs. On se basera surtout sur :

L'intensité considérable de la polypnée;
L'élévation de la température;
Le fait que le tubage ne soulage pas le malade.

Le croup peut être *secondaire* à une affection de l'enfance et tout particulièrement à la *rougeole*, rarement à la scarlatine. C'est une complication de la rougeole généralement tardive, survenant souvent alors après l'éruption. Elle est toujours d'une redoutable gravité. Le sérum agit le plus fréquemment très mal dans ces cas. Le diagnostic clinique avec la laryngite ulcéreuse, presque toujours mortelle chez le jeune enfant ne peut jamais être sûr. On doit toujours et sans attendre le résultat du laboratoire, injecter rapidement des doses massives et répétées de sérum, seul et faible espoir qui reste de sauver le petit malade.

De ces affections il faut rapprocher :

Les laryngites sous-glottiques qui ont généralement une évolution *subaiguë* et durent plusieurs semaines (nécessitant parfois le maintien d'un tube pendant son évolution). Mais des *crises de suffocation* peuvent survenir. La voix et la toux sont rauques, cependant l'*aphonie* est possible, *simulant le croup*. On est ainsi souvent amené à pratiquer un tubage.

L'examen à la laryngoscopie directe (bronchoscopie) qui permet de voir sous les cordes vocales deux replis simulant des rubans vocaux et l'examen bactériologique lèveront les doutes.

Enfin la présence d'un corps étranger des voies aériennes est souvent délicate à établir.

Fréquemment, en effet, les parents pensent que l'enfant a inhalé un corps étranger, mais ils ne peuvent l'affirmer et il persiste un doute. Parfois on observe des accès de suffocation immédiate qui peuvent provoquer la mort. Souvent les enfants sont amenés au Pavillon de la diphtérie à cause de leur suffocation.

Les corps étrangers restent rarement dans le *larynx*. Dans ce cas ils donnent des *modifications variables de la voix* : raucité, parfois aphonie. La toux est aboyante, quinteuse, violente, tantôt se calmant, tantôt suffocante. Le corps étranger peut amener secondairement un œdème de la glotte. Les corps *intratrachéaux* peuvent ne pas être fixés. C'est leur déplacement vers la glotte (à la suite de jeux, courses, sauts) qui provoquent des crises de suffocation intense, entre lesquelles la dyspnée peut d'ailleurs persister de façon continue.

Il faut noter qu'un corps étranger œsophagien peut provoquer des signes analogues. (Comme l'un de nous en a rapporté un cas avec M. Robert Debré).

Lorsque le corps étranger siège dans une *grosse bronche*, on note un contraste entre l'absence de murmure vésiculaire d'un côté, avec sonorité à la percussion et conservation des vibrations thoraciques. Parfois le corps étranger est mobile au niveau de la bifurcation bronchique et les signes varient : abolition du murmure vésiculaire tantôt à droite, tantôt à gauche.

Le diagnostic sera aidé par l'examen laryngoscopique et radiologique avec le lipiodol, si le corps intrabronchique est transparent.

On ne pratiquera pas l'exploration digitale du pharynx.

C. **Dyspnée au cours d'une affection connue.** — La laryngite varicelleuse est une complication grave chez le nourrisson. La constatation de l'exanthème concomitant permet généralement de faire facilement le diagnostic de cette complication. Cependant la laryngite peut survenir avant l'éruption. Dans ce cas le diagnostic avec le croup est très difficile et le tubage est alors souvent pratiqué.

Les conditions d'apparition du laryngo-typhus permettent le plus fréquemment le diagnostic; mais on peut le confondre avec le croup compliquant une fièvre typhoïde.

Donc, dans tous les cas de laryngite, l'*ensemencement* est nécessaire ; mais en cas du moindre doute, il ne faut pas attendre le résultat pour injecter du sérum antidiphtérique à doses massives.

Le diagnostic d'œdème du larynx sera le plus souvent facile parce qu'il est assez généralement *secondaire* à une *infection* (rougeole, variole, varicelle) déjà diagnostiquée ou à une *brûlure*, un corps étranger, ou parce qu'il coïncide avec de l'*urticaire*.

Cependant on a signalé des cas où l'œdème du larynx paraît être le premier accident d'une *néphrite* au cours d'une *scarlatine* fruste méconnue.

Dans la forme cliniquement *primitive* (laryngite phlegmoneuse) les phénomènes généraux sont graves. Le malaise, les frissons, la température montrent une infection sérieuse.

Quoi qu'il en soit la *dyspnée* débute généralement *brusquement*. Tout d'abord, c'est surtout l'*inspiration* qui est pénible, longue et sifflante, l'expiration restant à peu près normale. Puis la respiration est gênée aux deux temps. Le *tirage* s'installe avec des accès de suffocation. La *voix* reste souvent *claire*. La toux est sèche. Ces signes s'accompagnent fréquemment de dysphagie.

D. **Dyspnée au cours d'une affection chronique.** — Papillomes du larynx. — On observe les *papillomes du larynx* chez les enfants et chez les nourrissons. On aura à poser le diagnostic généralement dans les conditions suivantes :

Un enfant a la *voix* rauque depuis très longtemps. Mais elle présente des variations caractéristiques; parfois elle est étouffée. La *toux* est quinteuse, voilée ou sèche ou rauque. Les polypes augmentant de volume obstruent la fente glottique et un stridor se produit plus marqué à l'inspiration qu'à l'expiration, pouvant être permanent.

Brusquement, à l'occasion d'une affection *générale* (rougeole) ou *locale* (angine) se produisent des accidents dyspnéiques intenses. L'enfant angoissé suffoque et se cyanose. Cette crise de suffocation nécessite le tubage ou la trachéotomie. Il faut noter d'ailleurs que, souvent et pendant longtemps, aussitôt que l'on enlève le tube, l'enfant étouffe de nouveau. Parfois ces accidents dyspnéiques surviennent brusquement sans que des troubles quelconques aient attiré l'attention auparavant.

Seul l'examen indirect (miroir laryngé) ou mieux l'examen direct (bronchoscopie) permet le diagnostic en montrant des touffes de papillomes comblant la lumière glottique et se présentant avec un aspect muriforme ou en chou-fleur, un peu crayeux.

L'HÉRÉDO-SYPHILIS DU LARYNX est caractérisée anatomiquement par une *infiltration* qui guérit en laissant un larynx sténosé dont on ne peut plus reconnaître les différentes parties constituantes. Il n'y a plus qu'un canal tubulaire, dont les différents segments sont figés, soudés. Parfois des cicatrices en surface forment des membranes qui obturent la glotte et donnent l'aspect *palmé* décrit par les spécialistes.

Cette affection s'installe progressivement, sans à-coups, et l'enfant arrive peu à peu à une véritable *diète d'air*, ne respirant que par ce petit canalicule entre les parties sténosées. La voix est éteinte, rauque, bitonale, comparable à une trompette d'enfant. La toux est incessante, empêchant tout repos, tout sommeil. La respiration est bruyante à l'inspiration comme à l'expiration et par moments surviennent des *accès de suffocation*. On devra rechercher d'autres manifestations de la syphilis.

E. Enfin il ne faut pas confondre ces différents types de dyspnée avec le :

Spasme de la glotte. — Le *spasme de la glotte* survient surtout du quatrième au quatorzième mois. Il se traduit par des *crises de suffocation*, avec *apnée* et non *dyspnée*.

Généralement un stridor inspiratoire précède l'accès qui éclate brusquement. La respiration s'arrête subitement. L'enfant est pris d'anxiété, d'agitation. Le visage est pâle, les lèvres cyanosées. Les battements du cœur se précipitent; le pouls est petit, irrégulier. L'enfant peut perdre connaissance à la fin de la crise. L'air rentre en sifflant au bout de quelques secondes et l'accès se termine. Les crises peuvent se répéter à intervalles très variables, tantôt très longs, tantôt très courts. La mort peut survenir par asphyxie ou au milieu de convulsions.

Le spasme de la glotte est à l'heure actuelle rattaché à la *tétanie*. On devra donc compléter l'examen du malade par la recherche de tous les signes de la tétanie, en particulier du signe de Chvostek qui est constant, et du signe de Trousseau qui est inconstant. Le dosage du calcium du sérum montre une hypocalcémie.

Dyspnée à type expiratoire. — Les deux grandes causes de dyspnée à type expiratoire sont : l'*adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse* et l'*asthme*.

On pourrait penser que la crise d'asthme qui ne dure généralement que quelques heures ou un ou deux jours et l'adénopathie trachéo-bronchique qui se révèle par des signes chroniques, ne devraient jamais être confondues. En réalité, il existe dans l'adénopathie trachéo-bronchique des accès de suffocation avec cyanose, pouvant même entraîner la mort par asphyxie, qu'il est parfois difficile de distinguer des accès d'asthme.

ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE. — L'*adénopathie trachéo-bronchique* est une affection chronique qui présente des paroxysmes. Quels sont les symptômes qui vont révéler la présence de cette affection ?

Nous ne retiendrons guère certains signes restés longtemps classiques et qui n'ont qu'une valeur très discutable :

La matité à la percussion dans la partie antérieure des deux premiers espaces intercostaux et des trois premières côtes, et, en arrière, entre les troisième et cinquième vertèbres dorsales,

Le signe de d'Espine.

On basera le diagnostic sur :

Le *cornage expiratoire*. C'est M. Guinon qui, avec M. Variot, a attiré l'attention sur la grande valeur de ce symptôme. A ce signe capital s'ajoute une *polypnée* variable à *dominante expiratrice;* pendant la toux et les cris, la dyspnée s'accompagne de *cyanose;* le tirage est d'emblée très marqué.

M. Marfan dit que lorsqu'on a reconnu un stridor expiratoire véritable, il faut tout de suite penser à une compression de la trachée ou d'une grosse bronche par un ganglion tuberculeux du médiastin.

La *toux bitonale* est un signe dont M. Marfan a montré l'importance. « Elle est composée de bruits distincts, dissonnants, qui semblent être émis simultanément par deux larynx différents. Quand elle est nettement accusée et quand elle est persistante, elle indique le plus souvent l'existence de l'adénopathie bacillaire. »

En présence de ces signes, il faut faire :

Une *cuti-réaction*. Elle est toujours *positive*, lorsqu'il existe une adénopathie tuberculeuse.

Un *examen radiographique* qui fournit des renseignements importants; mais il faut être très circonspect (comme l'ont bien montré MM. Delherm, Duhem et Chaperon) pour l'interprétation des ombres observées. Nous n'insisterons pas sur ces faits, maintenant connus de tous, mais nous rappellerons cependant combien le diagnostic est délicat si sur une *radiographie de face* les ombres ne sont pas nettes au niveau du hile. Au niveau de la trachée, les images à contour polycyclique sont d'une interprétation plus facile, si les ombres sont opaques. Le diagnostic avec l'ombre thymique est encore à faire. On se basera sur ce fait que l'ombre thymique a un contour rectiligne et non pas festonné. Dans le cas d'adénopathie le rétrécissement sus-cardiaque persiste (d'Œlsnitz) et il existe d'autres ombres, à distance.

En *position oblique*, la constatation de grosses taches sombres dans l'espace rétro-cardiaque a une grosse valeur.

Existe-t-il d'autres adénopathies non tuberculeuses qui provoquent des crises de dyspnée?

Geffrier et Jacknine ont décrit des cornages apparaissant dans les premiers mois de la vie, qui seraient dus à des poussées fluxionnaires des *ganglions non tuberculeux*. Cette affection à allure *très paroxystique* entraînerait par moments une gêne de la respiration avec agitation. Ces crises se produiraient lorsqu'une poussée congestive des ganglions provoquerait une irritation nerveuse. M. Robert Debré dit n'avoir jamais observé de ces crises de dyspnée par poussées ganglionnaires non tuberculeuses et n'admet pas leur existence.

La crise d'asthme. — Dans la deuxième enfance et chez le grand enfant, le type de la dyspnée est très souvent franchement expiratoire, se rapprochant ainsi de celle de l'adulte. Chez le nourrisson, elle est très généralement aussi à type expiratoire, mais elle peut s'observer aux deux temps de la respiration. De toute façon, le diagnostic de l'asthme chez le nourrisson est souvent très délicat et il est l'occasion de nombreuses erreurs. Aussi, insisterons-nous assez longuement sur les caractères de l'asthme infantile et sur les signes qui nous semblent devoir être les plus utiles à le dépister.

Il faut se rappeler que l'asthme est *fréquent* chez l'enfant, et qu'il est loin d'être exceptionnel chez le nourrisson.

Dans la *seconde enfance*, la crise est *souvent annoncée* par un certain nombre de symptômes qui mettent en éveil les parents et qui ne trompent pas le petit malade qui a déjà eu un accès : excitation, malaise, anxiété, angoisse indéfinissable. C'est l'« aura asthmastique » de Brissaud. L'enfant, grognon et désagréable, ne mange pas et se plaint.

La crise peut éclater à la suite d'un refroidissement, à la suite d'un peu de coryza spasmodique, avec écoulement nasal séreux et *éternuements très fréquemment répétés*, avec catarrhe oculaire; l'enfant se mouche continuellement et a les yeux larmoyants. Ces signes de catarrhe peuvent, d'ailleurs, tourner court et constituer une équivalence (*petit mal asthmatique* de Robert Debré et Robert Broca). *Si on les retrouve dans les antécédents du malade, il faut savoir y attacher une grande importance pour étayer son diagnostic.* Parfois, l'enfant est *essoufflé* pendant deux ou trois jours avant la crise. A cet essoufflement s'ajoutent souvent des râles ronflants, sonores musicaux, entendus à distance, très caractéristiques.

La crise peut survenir dans la journée. Mais c'est le plus souvent au milieu de la nuit, parfois aux premières heures du matin. Le petit malade se réveille alors en proie à un malaise profond. Il est anxieux, pâle. Ce qui domine tout le tableau clinique, c'est *la dyspnée*. Pour respirer, l'enfant s'est parfois levé, marchant à la fenêtre. D'autres fois, il s'asseoit dans son lit, il ne pense qu'à respirer : penché en avant, mettant en jeu tous les muscles accessoires de la respiration qui se dessinent saillants et tendus sous la peau, la tête renversée en arrière, les narines dilatées, les yeux saillants, « comme chez ceux qu'on étrangle » (Arétée), il lutte pour ne pas suffoquer. La poitrine est distendue, globuleuse, les épaules surélevées.

Les caractères de la dyspnée sont, avons-nous déjà dit, variables. Les mouvements respiratoires peuvent être *ralentis*, la dyspnée est franchement expiratoire, l'enfant ne peut pas vider sa poitrine. L'expiration et l'inspiration peuvent être difficiles : le nombre des respirations étant cependant plus élevé que normalement, parfois même très élevé, comme dans la broncho-pneumonie. Mais ce qui frappe c'est surtout le fait que l'enfant fait des efforts considérables, impressionnants, pour respirer.

Peu à peu la poitrine se remplit de râles et de sifflements sonores, à timbre musical, que l'on entend le plus souvent à distance, parfois même dans la pièce voisine, et qui sont très caractéristiques de la crise d'asthme.

L'enfant expectore très rarement. Souvent il se met à tousser, mais c'est généralement seulement à la fin de la crise.

Moins fréquemment que chez le nourrisson, mais quelquefois, l'enfant peut avoir de la *fièvre*. Enfin, pendant quelques jours, parfois pendant des semaines, le *catarrhe bronchique* persiste.

Tantôt les crises se répètent à intervalles très variables, plusieurs semaines ou plusieurs mois; tantôt elles surviennent fréquemment, et pendant l'intervalle qui sépare ces crises l'enfant est en véritable « état de mal asthmatique », gardant de la dyspnée qui se manifeste spontanément ou après un effort quelconque.

L'*asthme du nourrisson* est fréquent aussi. (Sur 21 observations rapportées dans la thèse de l'un de nous, 8 fois l'asthme avait commencé dans la première année.)

Là encore, le début est souvent précédé d'un rhume, d'une crise d'éternuements. Puis l'accès éclate *brusquement*. Le nourrisson est en proie à une dyspnée très violente : c'est une crise de suffocation qui paraît des plus graves. La respiration est *très accélérée*; elle s'accompagne de tirage avec battements des ailes du nez. Elle est bruyante et l'on perçoit souvent des sifflements à distance. L'*examen physique* montre que la *percussion* est normale ou même dénote une sonorité parfois un peu exagérée.

Ce qui est vraiment caractéristique c'est l'*expiration prolongée, plus longue que l'inspiration, avec un sifflement à prédominance expiratoire*. « La présence de râles ronflants et sibilants qui prédominent à l'expiration, laquelle est plus longue que l'inspiration », est pour M. Marfan le meilleur signe clinique.

Une *toux* quinteuse et très pénible accompagne la dyspnée. L'enfant est abattu, pâle, angoissé. Les extrémités, la face sont cyanosées, le corps est recouvert de sueurs froides. Le pouls est petit, il bat à 150-180.

On observe souvent une température entre 38 et 39 degrés. Mais elle peut monter à 40 degrés, surtout chez les tout petits enfants. *Cette élévation de température ne devra jamais égarer et faire rejeter le diagnostic d'asthme.*

La crise dure de vingt-quatre à quarante-huit heures, puis rapidement ou brusquement elle se termine. Il persiste pendant quelque temps du catarrhe. L'enfant garde un assez bon état général.

Il est évident que la *répétition* de crises semblables a une importance primordiale pour le diagnostic. Les erreurs sont fréquentes, surtout pour le nourrisson, à la première crise. Elles doivent être rares aux suivantes. On procédera donc à un interrogatoire minutieux des parents pour savoir s'il y a eu des crises analogues et pour avoir un certain nombre de renseignements qui aideront au diagnostic. On recherchera ainsi s'il y a eu d'autres asthmatiques dans la famille, si l'enfant a eu de l'eczéma avant les crises ou s'intercalant entre elles, des rapports étroits unissant l'asthme à l'eczéma. Cette coïncidence est très fréquente [28 fois sur 75 (Comby), 11 fois sur 21, dans la statistique de l'un de nous].

On recherchera aussi si l'enfant a eu de l'urticaire, des migraines, des vomissements avec acétonémie (Hutinel et Nobécourt, Marfan).

Il importe de poser le diagnostic d'asthme, qui permet de faire un pronostic favorable.

Si l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse et l'asthme sont les affections qui constituent la presque absolue totalité des cas de dyspnée à type expiratoire, il est cependant quelques rares exemples où l'on constate, non pas une véritable dyspnée, mais un stridor avec gêne respiratoire qui ne peut être mis sur le compte ni de l'une ni de l'autre de ces deux maladies.

C'est ainsi que MM. Marfan et Turquéty, sous la dénomination provisoire de *stridor expiratoire chronique essentiel*, ont décrit un syndrome qui s'observe chez des nourrissons rachitiques, porteurs d'un cranio-tabes accentué, et probablement hérédo-syphilitiques. Ces auteurs ont cité l'exemple d'un cornage expiratoire typique chez un enfant qui ne présente pas de signe d'adénopathie trachéo-bronchique, chez lequel l'examen radioscopique a montré un thorax absolument normal et chez qui la cuti-réaction a été deux fois négative.

L'un de nous a suivi avec M. Marfan pendant plusieurs mois un nourrisson qui présentait un cornage expiratoire et un cranio-tabes très accentué et chez qui la cuti-réaction est restée toujours négative. Dans les premiers jours de l'installation de la dyspnée avec cornage expiratoire, le diagnostic avec l'asthme était très difficile. Mais l'échec de la médication par des injections d'adrénaline et l'évolution de l'affection nous ont permis d'éliminer l'asthme. L'autopsie de cette enfant (morte de rougeole) montra la présence d'un ganglion médiastinal syphilitique qui comprimait la partie inférieure de la trachée.

Dans ces cas rares et dont l'étiologie reste obscure et probablement variée, le diagnostic avec la crise d'asthme peut être difficile, surtout qu'une bronchite se surajoute fréquemment. Tant que les signes de catarrhe bronchique persistent, le diagnostic reste généralement en suspens. On entend, en effet, à l'auscultation des râles prédominants à l'expiration, qui est prolongée. Il ne peut guère se poser que par l'évolution (les signes de bronchite finissant par disparaître, la dyspnée cesse et le stridor persiste seul) et par l'échec des médicaments qui réussissent généralement dans la crise asthmatique (injection d'adrénaline).

La *tuberculose des ganglions bronchiques* sera éliminée par la radiographie et la présence d'une cuti-réaction négative.

Dyspnée aux deux temps de la respiration. — BRONCHO-PNEUMONIE. — La *broncho-pneumonie* est de beaucoup l'affection qui provoque le plus fréquemment de la dyspnée aux deux temps de la respiration, avec polypnée souvent considérable. C'est donc à elle que l'on devra tout d'abord penser. On sait qu'elle survient dans des conditions différentes :

1° Elle peut être secondaire à un catarrhe des premières voies respiratoires, à une rhino-pharyngite. Mais ces affections sont parfois passées inaperçues et la *broncho-pneumonie semble être primitive.* Chez l'enfant et chez le nourrisson, en particulier, le diagnostic avec la *crise d'asthme* est dans ce cas souvent particulièrement difficile et il est très important de le faire. La gêne respiratoire peut en effet chez le jeune enfant asthmatique s'observer pendant l'inspiration et pendant l'expiration et le nombre des mouvements respiratoires étant souvent très augmenté, il est très difficile de se rendre compte si la dyspnée est plus expiratoire qu'inspiratoire. De plus la fièvre, le tirage costal, l'abattement, l'anxiété impressionnante de l'enfant, le battement des ailes du nez, la toux, la cyanose, les sueurs froides, peuvent s'observer dans les deux cas.

On se basera surtout sur les faits suivants : dans l'asthme, il n'y a pas de foyer, il y a une certaine disproportion entre l'intensité de la dyspnée et les signes relativement modérés du catarrhe; le début de la crise asthmatique est brusque et les accidents dyspnéiques cessent plus rapidement. La percussion montre une sonorité normale ou exagérée, sans foyer de matité.

Mais c'est aussi par l'interrogatoire, par la notion de crises analogues survenues auparavant, de crises périodiques, de crises frustes dans lesquelles la dyspnée est peu marquée qu'on établira le diagnostic de la crise d'asthme.

2° La broncho-pneumonie peut être *secondaire* à une maladie infectieuse de l'enfance, en particulier à la *rougeole*. Rappelons que l'on devra d'autant plus attendre et redouter son apparition que l'enfant est plus jeune. Elle peut survenir avant l'éruption qui « sort mal » ou ne « sort pas ». On devra en rechercher soigneusement les signes lorsque :

La température reste élevée ou qu'après être tombée, elle remonte, et évidemment lorsque l'enfant tousse ou a de la dyspnée. Mais la toux est souvent signe d'énanthème laryngé (toux férine) et la dyspnée peut être due à la fièvre. On ne doit donc pas porter de façon inconsidérée le diagnostic de broncho-pneumonie chez un rougeoleux. Il faut avoir découvert un foyer, avant d'affirmer.

Au cours de la *coqueluche*, on craindra la broncho-pneumonie, surtout à la période d'état de la maladie. La dyspnée est marquée, avec polypnée, battements des ailes du nez, cyanose de la face, tirage. Les *caractères de la toux se modifient*, les quintes deviennent plus rares, elles n'ont plus leur allure paroxystique; parfois même ne se produisent plus.

Lorsque la rougeole et la coqueluche sont *associées*, la broncho-pneumonie est de règle.

Au cours de la *diphtérie*, nous avons vu combien il était difficile de dire si la broncho-pneumonie compliquait le croup.

La *bronchite capillaire* ou *catarrhe suffocant* est surtout caractérisée par l'intensité considérable de la dyspnée très rapidement établie, la toux incessante, la fièvre presque toujours très élevée, les progrès rapides de l'asphyxie, la diffusion dans toute la poitrine des râles de tout calibre.

La bronchite capillaire peut être confondue aussi :

Avec la crise d'asthme qui, en particulier chez le nourrisson, revêt parfois la forme de catarrhe suffocant, mais les râles sont plus fins, plus secs, moins musicaux. Dans l'asthme, la crise cesse quelquefois au moment où la mort semble devoir être imminente.

Avec la granulie. — Celle-ci peut s'observer chez les jeunes enfants et même chez le nourrisson. Si, souvent, elle est précédée des signes de la tuberculose en évolution, elle peut avoir parfois, dans sa *forme suffocante*, un début *très brusque* et éclater alors qu'on ne la prévoyait pas. La *dyspnée*, signe capital, peut survenir *subitement* pour ainsi dire et être de suite extrêmement marquée. Elle s'accompagne de cyanose. Mais souvent il y a un contraste frappant entre l'absence de signes physiques nets à l'auscultation et la dyspnée intense, et ceci constitue un des meilleurs symptômes.

On reste parfois hésitant parce qu'on peut cependant, dans certains cas, observer des râles fins dans la granulie. Le plus souvent le diagnostic sera aidé par la constatation de :

La cuti-réaction positive, la gravité de l'état général, l'amaigrissement rapide et considérable, la perte des forces, l'augmentation de volume de la rate.

La PNEUMONIE s'accompagne d'un ensemble de symptômes qui permettent le plus fréquemment le diagnostic : l'aspect de l'enfant, l'ascension brusque de la température, le point de côté, la dyspnée qui n'est pas excessive, l'expansion diminuée dans la région sous-claviculaire du côté malade avec parfois du skodisme, l'herpès (beaucoup plus rare, il est vrai, chez l'enfant que chez l'adulte). Enfin, le triangle à base périphérique et à sommet hilaire, vu à l'examen radioscopique, trancherait le diagnostic.

Nous ne ferons que signaler les dyspnées provoquées : par une PLEURÉSIE, en rappelant que chez le nourrisson, bien plus que la dyspnée, c'est la *matité* qui commande la *ponction exploratrice*, ou une AFFEC-

TION CARDIAQUE telles que la *péricardite*, la *symphyse cardiaque*, l'*asystolie*.

Le *pseudo-asthme cardiaque* n'est pas fréquent chez l'enfant. Cependant il peut constituer un des accidents cardio-vasculaires survenant au cours des néphrites aiguës.

Par cet exposé, nous voyons la multiplicité considérable des causes de dyspnée chez l'enfant et la diversité extrême de leur origine. Un diagnostic précis donnera souvent la grande satisfaction de pouvoir établir un pronostic favorable et un traitement efficace.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1927)

Nouvelles recherches sur les cryptotoxines microbiennes. — M. H. VINCENT a démontré, dans diverses publications antérieures, que les poisons microbiens mis en contact avec les solutions de savon (margarate, palmitate ou oléate de sodium) sont inactives après un délai suffisant à la température de 38 degrés. D'autre part, le pouvoir immunigène des toxines ainsi traitées est conservé.

M. Vincent a dénommé *cryptotoxines* les toxalbumines ayant subi l'influence neutralisante de ces solutions.

Comme le palmitate de sodium, l'oléate de sodium possède des propriétés antitoxiques puissantes à l'égard des poisons tétanique, diphtérique, colibacillaire, etc.

D'autres corps très différents de composition possèdent des propriétés analogues. C'est ainsi que l'antipyrine (phényldiméthylpyrazolone) a in vitro des propriétés antitoxiques non douteuses et se range parmi les agents cryptotoxiques.

Ce trop court résumé montre quelle voie nouvelle et féconde ouvrent en immunologie et en thérapeutique les nouvelles recherches de M. Vincent.

Action du nickel métallique sur les sérums humains normaux. — Mlle SIEGLER.

Dans une sérum-albumine hémolytique l'activité spécifique n'est pas liée à la totalité de la protéine. — M. Maurice PIETTRE.

Sur l'emploi d'un gaz comme véhicule pour l'introduction des émanations radioactives dans l'organisme. — MM. Raoul BAYEUX et Georges VAUGEOIS ont considéré qu'à côté des boissons radio-activées, des inhalations et des balnéations, il serait intéressant d'employer, pour l'administration des émanations, les injections hypodermiques d'un gaz radioactivé grâce auquel on pourrait fixer dans une cavité choisie une valeur radioactive précise, en volume minimum et en puissance bien déterminée.

Dans ce but ils ont réalisé des tubes métalliques renfermant des sels de radium ou de thorium qui, adaptés à l'oxygénateur de précision de Bayeux-Richard, permettent les applications thérapeutiques les plus variées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 AVRIL 1927)

La phtisie des gazés. — M. ACHARD. On sait que la tuberculose pulmonaire a été assez rarement observée à la suite des intoxications par les gaz de combat. Mais, aujourd'hui, on voit un certain nombre d'anciens gazés qui sont devenus tuberculeux.

Le plus souvent, les séquelles des gaz consistent en bronchite, emphysème, sclérose, dilatations des bronches.

Sur 71 malades, anciens gazés, M. Achard a cependant compté 19 tuberculeux. Dans la majorité des cas, la phtisie des gazés prend la forme fibreuse. Elle ressemble à la phtisie des mineurs et, d'une façon plus générale, à la phtisie qui complique les pneumokonioses professionnelles.

Ces notions sont importantes au point de vue de la révision des réformes militaires.

L'hérédité mendélienne des tumeurs chez l'homme. — M. MICHE. Le mécanisme qui détermine la répartition des différentes tumeurs chez l'homme, qu'elles soient malignes ou bénignes, correspond au mécanisme de l'hérédité mendélienne.

L'étiologie des tumeurs est donc, pour l'auteur, purement héréditaire et mendélienne.

Etude sur l'ictère conjonctival, signe d'appendicite. — M. CAPLESCO.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 MARS 1927)

Oblitération artérielle d'un gros tronc sans gangrène. — M. LEMIERRE rapporte l'observation d'un malade de trente-huit ans porteur d'une endocardite à streptocoque qui présenta une oblitération de l'iliaque primitive. Celle-ci ne s'accompagne pas de gangrène.

M. GRENET rappelle un cas de Tillaux dans lequel une ligature de l'iliaque primitive ne s'est pas accompagnée de gangrène.

A propos d'un cas d'acrocyanose. — M. MAY et Mlle DREYFUS-SÉE présentent un malade atteint depuis vingt ans de troubles circulatoires qui, au début, consistaient dans l'acrosyncope. Depuis trois mois, l'acrocyanose est persistante. Les auteurs ont remarqué que les premières manifestations sont apparues quand le malade, par suite d'un changement de métier (serrurier), a été exposé à des variations brusques de température. Exposé à la chaleur d'une forge, il se trempait fréquemment les mains dans l'eau froide. Il semble donc qu'on puisse penser à une étiologie thermique.

Un cas parisien de splénomégalie bilharzienne d'origine martiniquaise. — M. P.-Emile WEIL rapporte un cas de splénomégalie volumineuse qui fut découverte à l'occasion d'hématémèses cataclysmiques, sans ulcus gastrique en cause. Malgré la leucocytose myélocytaire importante, il ne s'agissait pas de leucémie. Cette splénomégalie, développée chez un créole de vingt-quatre ans, martiniquais, qui avait quitté la Martinique depuis quinze ans, n'était ni d'origine paludéenne, ni leishmanienne, ni syphilitique, ni tuberculeuse.

Six ans auparavant, on avait reconnu l'existence d'une bilharziose intestinale. Celle-ci persiste encore, prouvée par la constatation d'œufs de schistosomum mansoni et de lésions intestinales congestives et exulcéreuses.

La splénectomie fit disparaître hémorragies, anémie, améliora l'état intestinal et fut suivie d'un engraissement de 10 kilogrammes. En 1927, la santé se maintient parfaite depuis quatre ans.

Ce cas montre que la maladie existe partout où se trouve la bilharziose, et en particulier aux Antilles.

M. CHEVALLIER insiste sur l'intérêt de la présentation de M. Weil, et à ce propos considère que la maladie de Banti qui, d'après l'auteur doit être considérée comme une maladie spéciale, est peut-être due à la bilharziose qui ne s'accompagne que de troubles intestinaux légers.

Endartérites pulmonaires. — MM. RIBADEAU DUMAS et CHABRUN présentent les coupes pulmonaires d'un enfant mort à la suite de crises de cyanose et de dyspnée sans lésions car-

diaques. Sur les coupes projetées en dehors des lésions d'œdème on note des lésions disséminées artériobronchiques. L'artérite est des plus manifestes, et les auteurs insistent sur l'existence très précoce possible de ces endartérites.

La dilatation des bronches consécutive à la sclérose pleuro-pulmonaire. — MM. Emile Sergent, Cottenot et Couvreux montrent une série de projections, de radiographies et de pièces anatomiques qui établissent que certaines ectasies bronchiques sont des complications secondaires de la sclérose pulmonaire, avec ou sans symphyse pleurale étroite et qu'elles relèvent de la pathogénie autrefois invoquée par Corrigan. La démonstration radiologique de dilatations bronchiques apparaissant dans le cours de processus pulmonaires sclérosants et mises en évidence par l'injection intratrachéale de lipiodol rend à l'ancienne théorie de Corrigan la place qui lui revient.

Ces ectasies bronchiques secondaires, par sclérose rétractile, peuvent se développer au cours des pneumopathies chroniques les plus variées, lorsque la sclérose pleuro-pulmonaire consécutive à ces pneumopathies a pris un développement suffisant.

M. Rist partage l'opinion de M. Sergent sur l'importance de la sclérose pulmonaire comme facteur de la dilatation bronchique. Il rappelle la fréquence des bronchectasies après les pneumopathies aiguës et la fréquence des bronchectasies de la bronche inférieure considérée souvent comme une pleurésie médiastine.

Pseudo-pneumothorax chez un enfant présentant une large dilatation des bronches. — MM. Ribadeau Dumas, Chabrun et Mlle Weill montrent sur projection une dilatation congénitale des bronches pouvant simuler un pneumothorax.

Quelques réflexions sur l'abus du diagnostic de pleurésie interlobaire. — MM. E. Sergent et R. Kourilsky, ayant eu l'occasion de faire un contrôle chirurgical ou anatomique précis de collections suppurées suspendues dans les régions scissurales, ont constaté l'existence d'*abcès du poumon*. La fréquence réelle des abcès du poumon leur paraît avoir été méconnue. Ils sont beaucoup plus fréquents que les pleurésies interlobaires. Ce terme doit être réservé à des collections suffisamment volumineuses, guérissant bien par intervention chirurgicale et dont on a vérifié exactement les rapports interlobaires au moment de l'opération. Cette vérification est, du reste, difficile et les erreurs opératoires fréquentes.

Rachybrachymélie et spina bifida occulta. — MM. André Léri et Lonjumeau présentent un malade dont les membres inférieurs sont notablement raccourcis et augmentés de volume. Cette hypertrophie, plus marquée d'un côté, porte non seulement sur le tissu cellulo-adipeux, mais encore sur les masses musculaires et les os eux-mêmes. Cette anomalie paraît être en relation avec une spina bifida occulta du sacrum.

L'éther benzyl-cinnamique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Jacobson.

(SÉANCE DU 25 MARS 1927)

Abcès du poumon à streptocoques d'origine dentaire probable. Guérison sans intervention chirurgicale après autovaccinothérapie. — M. R.-J. Weissenbach rapporte l'observation d'une femme qui, quelques jours après une poussée d'arthrite subaiguë suppurée alvéolo-dentaire et sans aucune

autre porte d'entrée infectieuse décelable, présenta des signes de collection suppurée intrapulmonaire avec vomique précoce. Le pus contenait en grande abondance et à l'état de pureté un streptocoque du groupe streptococcus viridans. L'auteur conclut à un abcès du poumon. Il insiste sur la guérison complète obtenue en trois mois environ à la suite du seul traitement médical, en particulier l'emploi de l'autovaccinothérapie et les injections intratrachéales d'huile eucalyptolée.

Pleurésies interlobaires et abcès du poumon. — M. Comby. On a dit que la pleurésie interlobaire était exceptionnelle et que l'abcès du poumon était d'une fréquence relative. L'auteur s'inscrit contre cette opinion sur le terrain de la Clinique infantile. Sur 1.832 autopsies faites en vingt-cinq ans, chez des enfants de zéro à quinze ans, il n'a pas rencontré une seule fois l'abcès du poumon. Quant à la pleurésie interlobaire, il l'a observée 10 fois sur 126 empyèmes : 3 cas reconnus pendant la vie, 7 trouvailles d'autopsie. Origine pneumococcique presque toujours.

De l'étiologie des artérites oblitérantes se traduisant par la claudication intermittente des membres inférieurs. — MM. C. Lian, P. Puech et Viau exposent les conclusions qui découlent de l'étude étiologique de cinquante-deux observations personnelles de claudication intermittente par artérite chronique des membres inférieurs.

Ils montrent que l'origine infectieuse risque fort d'être méconnue dans certaines artérites chroniques des membres inférieurs chez les sujets jeunes.

Par contre, chez les sujets arrivés au voisinage de la cinquantaine, le facteur étiologique habituel est, pour les auteurs, une auto-intoxication, sorte de dyscrasie de la cinquantaine, dont l'hyperglycémie, l'hypercholestérinémie, fréquentes chez de pareils malades, sont de ce trouble de la nutrition les rares signes révélateurs actuellement connus.

Les maladies infectieuses aiguës et la dyscrasie de la cinquantaine sont donc les causes principales des artérites chroniques des membres inférieurs entraînant la claudication intermittente. A côté de ces deux grands facteurs étiologiques, il faut faire une grande place au diabète et une place moins importante à la syphilis.

Les auteurs ont trouvé le tabagisme chez tous leurs malades qui, présentant une claudication intermittente, ont été interrogés sur leur consommation en tabac.

Enfin, l'étude de leurs observations conduit les auteurs à considérer que les artérites oblitérantes observées par Leo Buerger chez des Israélites originaires de l'Europe centrale ne constituent pas une entité morbide. Il s'agit probablement là d'une simple prédisposition de race constituant un terrain spécialement propice à l'éclosion des troubles de la nutrition générale, susceptibles de causer des lésions artérielles, celles-ci pouvant être un foyer d'appel pour la localisation d'un processus infectieux.

M. Sicard pense que la maladie de Leo Buerger est très particulière du fait de son absence chez la femme, des localisations multiples, de l'évolution fatale vers la gangrène humide. A ce propos il a tenté d'injecter aux malades du suc d'ovaire et du sang de femme.

Le purpura et les lésions des ganglions spinaux. — MM. Mironesco et Perlstein (présentés par M. Lemierre).

Radiothérapie et pilocarpine dans le traitement de deux cas de syndrome de Mikulicz avec hypocrinie salivaire. — MM. Pasteur Vallery-Radot, Paul Gibert, Pierre Blamoutier et Jacques Weyland rapportent deux observations de syndrome de Mikulicz avec hypocrinie salivaire telle que la mastication et la déglutition était des plus pénibles. Dans le premier cas, sous l'influence de quelques séances de radiothérapie, l'hypertrophie des parotides a complètement disparu et la salivation est revenue. Dans le second cas, la radiothérapie a amené une résolution de la tuméfaction glandulaire mais n'a eu aucune action sur la sécrétion salivaire. C'est pour exciter cette sécrétion que les auteurs ont eu l'idée d'utiliser comme agent thérapeutique la pilocarpine à doses répétées par voie buccale. Ce traitement a eu une excellente action : la salive a réapparu, la malade peut mastiquer et déglutir facilement.

Otites chez un nourrisson. Cachexie. Guérison. — M. Girard rapporte l'observation d'un nourrisson atteint d'un petit état infectieux qui paraît d'abord sans gravité, et se complique après quelques semaines d'une dyspnée avec tirage des plus alarmante.

Aucun diagnostic exact ne fut porté avant qu'un examen systématique ne fît découvrir l'existence d'une double suppuration des oreilles.

Les tympans qui se refermaient trop vite furent ouverts six fois. Dans la troisième semaine après la première intervention, l'état local commença de s'améliorer et la guérison locale fut bientôt suivie de la résurrection de l'enfant.

M. Maurice Renaud insiste sur l'importance de l'observation précédente où trois points doivent être mis en évidence.

D'abord la symptomatologie de l'affection a trompé des cliniciens éminents. Pour faire un diagnostic exact, il était nécessaire d'être, à priori, convaincu de l'importance de lésions otitiques chez les nourrissons.

Ensuite l'observation montre combien les otites des très jeunes sujets sont difficiles à guérir, et combien elles sont graves.

Enfin, la filiation des accidents ne laisse aucun doute sur leur déterminisme. L'état infectieux a de toute évidence précédé l'otite.

LIVRES NOUVEAUX

Les Différentes formes de l'arsenicisme, et en particulier de l'arsenicisme provenant de l'habitation ou des objets domestiques (1), par le professeur Karl Petren (Lund, Suède).

L'auteur, qui fut président d'une commission chargée il y a quelques années de combattre une épidémie d'arsenicisme, traite dans ce petit livre la plupart des questions qui touchent les problèmes d'une intoxication arsenicale.

Il tient compte de tous les cas d'épidémies, d'intoxications, d'empoisonnements qui ont été relevés depuis un nombre important d'années, et il examine dans quelle mesure ces accidents sont imputables à l'habitation ou aux objets domestiques.

Les matériaux par lui réunis sont considérables : après une énumération des cas observés, il les analyse comparativement, expose la symptomatologie de l'affection et les phénomènes morbides qu'elle provoque.

De nombreuses observations faites sur les hommes, sur les animaux, lui ont permis de se rendre compte de la répartition de l'arsenic dans les différents organes d'après la nature de l'intoxication.

Enfin, il établit une comparaison entre les phénomènes morbides dans l'arsenicisme provoqué par l'habitation ou les objets domestiques et dans l'arsenicisme provenant d'une autre cause.

Cette étude très complète présente un intérêt pour les médecins légistes, les hygiénistes, les ingénieurs sanitaires et architectes et pour les laboratoires d'analyse et de toxicologie.

L. G.

(1) Un volume de 128 pages avec tableaux. — *Prix de base* pour la France, 12 fr., en plus hausse variable (40 p. 100, juillet 1926). *Prix fixe* pour l'Etranger, 0 dollar 48. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili. Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Schwartz, Arrou, Riche, Bazy, Jousset, Chevrier, Launay.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX.— Un concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 19 mai 1927, à 8 h. 30, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 h., du mercredi 20 avril au lundi 2 mai 1927 inclusivement.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — Le Conseil municipal de Paris a décidé d'attribuer une subvention de 8.000 fr. à la Société de neurologie.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE. — La Société de thérapeutique décerne tous les deux ans les arrérages du legs Antoine Courtade (1.250 fr.) « au meilleur travail de thérapeutique médicale ou sur une question posée par la Société ; ou encore à celui qui découvrira un médicament nouveau, d'une grande utilité, d'un usage fréquent et qui restera acquis à la thérapeutique ».

Ce prix sera décerné à l'assemblée générale de décembre. Le bureau présentera un rapport qui sera inséré au bulletin précédant l'assemblée générale.

Les travaux, en deux exemplaires, les produits en quantité suffisante pour en permettre l'analyse et les essais physiologiques et thérapeutiques devront être envoyés au secrétaire général, M. G. Leven, 24, rue de Téhéran, Paris VIIIe). Ils peuvent être adressés, soit par le candidat lui-même, soit par un membre de la Société. Aucun acte de candidature personnelle n'est nécessaire et l'anonymat est admis.

Les candidats devront justifier de leur qualité de Français.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — PRIX FAURÉ. — La Société de médecine et de chirurgie met au concours la question suivante : *Mesures prophylactiques contre la fièvre typhoïde à Bordeaux.* La valeur du prix sera, cette année, de 600 francs.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, franco de port, à M. Frèche, secrétaire général de la Société, 42, rue Georges-Clemenceau. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître : chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Les mémoires devront être adressés jusqu'au 30 juillet 1928.

COMMISSION SUPÉRIEURE CONSULTATIVE D'HYGIÈNE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE MILITAIRES. — Une commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires, comprenant de hautes personnalités civiles et militaires, est instituée pour donner son avis au ministre de la Guerre sur les questions d'hygiène et d'épidémiologie que le ministre juge à propos de soumettre à son examen.

Cette Commission se compose de membres nommés par le ministre de la Guerre et de membres de droit.

Les membres nommés par le ministre sont au nombre de treize, savoir :

Neuf médecins civils choisis parmi les médecins qui font partie de l'Académie de médecine.

Quatre médecins militaires pris parmi les médecins inspecteurs généraux ou les médecins inspecteurs de l'armée appartenant à la 1re ou à la 2e section du cadre des officiers généraux.

En sus de ces treize membres, et exceptionnellement, des médecins inspecteurs généraux ou médecins inspecteurs de la 2e section du cadre des officiers généraux ayant rempli les fonctions d'inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée pourront être nommés, par arrêté, membres de la Commission.

Tous ces membres sont nommés régulièrement pour un an, leur mandat étant susceptible d'être renouvelé par périodes successives et équivalentes d'une année, toute désignation prononcée en cours d'année est renouvelable régulièrement à la date du 1er janvier suivant.

Les membres de droit sont :

Le président de la commission d'hygiène, de l'assistance, de l'assurance et de la prévoyance sociales au Sénat.

Le président de la commission d'hygiène à la Chambre des députés.

Le directeur du service de santé au ministère de la guerre.

Le directeur de l'intendance au ministère de la guerre.

Le directeur central du service de santé de la marine au ministère de la marine.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Le président du comité consultatif de santé.

Le président du conseil supérieur de santé des colonies.

L'inspecteur technique des travaux du génie.

L'inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée. (*J. O.*, 24 avril 1927.)

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIQUE. (Hôpital des Enfants-Malades. Fondation de la Ville de Paris.) Professeur : M. OMBRÉDANNE. — Un cours de clinique et de thérapeutique chirurgicales et orthopédiques sera fait sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, du 29 avril au 13 mai, avec le concours de M. Lance, assistant d'orthopédie; M. Aurousseau, chef de clinique; M. Saint-Girons, chef de laboratoire; M. Huc, ancien chef de clinique.

Le jeudi séance opératoire par M. le professeur Ombrédanne.

Droit d'inscription : 250 fr.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

DISPENSAIRE ANTITUBERCULEUX DU LOT. — Il est créé un emploi de médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux dans le département du Lot.

Ce médecin sera chargé de l'examen clinique, bactériologique, radiologique et de toutes recherches chez les tuberculeux et les suspects de tuberculose adressés au dispensaire par leur médecin traitant ou se présentant spontanément.

Il devra faire quelques conférences antituberculeuses.

Il prêtera son concours pour l'inspection d'enfants des écoles et pour l'organisation de la lutte anti-vénérienne dans le département.

Dans les limites de son temps disponible, il pourra aussi participer à un service d'hygiène après en avoir obtenu l'autorisation du bureau du Comité départemental qui réglera avec lui les conditions de cette participation.

Le traitement de début est fixé à 25.000 francs par an. Ce traitement est exclusif de toute indemnité de vie chère et de résidence. Les frais de déplacement seront remboursés mensuellement sur états.

Le médecin spécialisé sera nommé par le bureau du Comité d'hygiène sociale et de défense contre la tuberculose du Lot, après concours sur titres, sur une liste de propositions de trois candidats établie par le Comité national de défense contre la tuberculose.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 20 mai au secrétariat du Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (6e).

CONGRÈS

PREMIÈRE RÉUNION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE. — Nous rappelons à nos lecteurs que cette réunion a lieu à Paris les 28, 29 et 30 avril, à la Faculté de médecine (salle du Conseil des professeurs), et qu'elle sera suivie d'un voyage à Vichy, gracieusement offert aux adhérents par la Compagnie fermière de cette station, les 1er et 2 mai, et d'une réception à l'usine Heudebert, à Nanterre, le 3 mai.

On peut s'inscrire soit au secrétariat de la fédération de la Presse médicale latine, 12, rue de Babylone, Paris (docteur Pierra), soit auprès du trésorier de la réunion, 19, rue Hautefeuille (docteur Georges Baillière).

Ceux qui, étant empêchés d'assister à la réunion, voudraient en posséder les comptes rendus, pourront les recevoir en adressant au trésorier la somme de 20 francs.

Ier CONGRÈS DES SOCIÉTÉS FRANÇAISES D'OTO-NEURO-OCULISTIQUE. — Le Ier Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-oculistique se tiendra à Strasbourg les mercredi 25 et jeudi 26 mai prochain.

Présidents d'honneur : professeur Coppez (de Bruxelles), professeur G. H. Ferrari (de Rome), professeur Marinesco (de Bucarest), docteur André-Thomas (de Paris).

Comité d'organisation. — Président : professeur J.-A. Barré (de Strasbourg); vice-présidents : professeur H. Roger (de Marseille), professeur Canuyt (de Strasbourg), docteur Weill (de Strasbourg); secrétaire général : professeur agrégé Velter (de Paris); secrétaires locaux : docteurs Klotz, Lieou, Nordmann.

Le bureau du Congrès a mis à l'ordre du jour la question suivante : « Le nystagmus ».

Rapporteurs. — M. Baldenweck (de Paris) : « Valeur clinique du nystagmus oculaire dans les affections du labyrinthe postérieur ou vestibulaire ». — M. Roger (de Marseille) : « Valeur clinique du nystagmus oculaire dans les affections du système nerveux central ». — M. Redslob (de Strasbourg) : « Nystagmus des aveugles ».

Secrétaire général docteur Velter, 38, avenue Président-Wilson, Paris (XVIe).


FORTOSSAN
CIBA
NOM DÉPOSÉ
Phytine neutre au sucre de lait
Préparée spécialement pour les nourrissons
et enfants en bas âge.
LABORATOIRES CIBA
O. ROLLAND. Ph^ien
1. Place Morand LYON

ENDOCARDITE MITRALE ET SYPHILIS

Par MM. H. GRENET, R. LEVENT et L. PELLISSIER.

On connaît mal les endocardites valvulaires primitives de la syphilis. La vérole frappe électivement les artères : on a pris l'habitude d'attribuer, d'une manière presque automatique, une insuffisance aortique isolée à l'aortite syphilitique, et une insuffisance mitrale à l'endocardite rhumatismale.

Pourtant Gallavardin et Charvet (1) ont prouvé l'existence de l'insuffisance aortique par endocardite syphilitique : il s'agit surtout d'un fait anatomique; car, en clinique, il n'est guère possible de prouver qu'une telle insuffisance n'est pas liée à une aortite. Il n'en serait pas de même des lésions mitrales. Or si l'on étudie avec soin les antécédents des malades mitraux, on s'aperçoit que, de temps en temps, on ne retrouve à l'origine ni rhumatisme ni maladie infectieuse. Ne peut-on alors penser à la syphilis et ne doit-on pas la rechercher? On réussit quelquefois à la mettre en évidence.

Gaucher écrivait en 1918 : « Une question contestée, c'est l'action de la syphilis sur l'orifice mitral. On reconnaît dans un certain nombre de cas l'origine hérédo-syphilitique du rétrécissement mitral, comme dystrophie; mais l'influence de la syphilis acquise comme cause de lésion mitrale est moins connue et plus discutée. Cependant un certain nombre d'observations me permettent d'admettre, sans contestation possible, qu'il y a des insuffisances mitrales qui sont produites par la syphilis » (2). Brin et Giroux (3) pensent que l'insuffisance mitrale par cardio-sclérose, celle qui survient aux environs de la cinquantaine, relève assez souvent de la syphilis, mais qu'il n'en est pas de même de l'insuffisance mitrale endocardique. Mais comment affirmer qu'une insuffisance mitrale est due à la cardio-sclérose, à moins que l'on n'ait constaté depuis longtemps, et avant son apparition, des signes de myocardite chronique? Dufour estime que la fréquence des endocardites rhumatismales diminue, et que celle des endocardites syphilitiques augmente; et il signale plusieurs cas d'insuffisance mitrale liés à la syphilis acquise ou héréditaire (4).

Les quelques observations dont nous donnons ici le résumé nous semblent présenter à cet égard un certain intérêt. On pourra se reporter d'autre part à la thèse de notre élève Jeantet (5) et à notre livre sur les syphilis viscérales tardives (6).

Observation I. — *Insuffisance mitrale non rhumatismale chez un ancien syphilitique* (7). — Homme de quarante-sept ans, manœuvre. Asystolie hépatique; dyspnée avec orthopnée. Frémissement cataire systolique de la pointe. Souffle systolique piaulant et intense de la pointe, à propagation axillaire. Gros foie débordant les fausses côtes de quatre travers de doigt, douloureux à la pression. Reflux hépato-jugulaire. Subictère des conjonctives. Albuminurie notable. Œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale; ascite libre. Alcoolisme invétéré et intense. Syphilis contractée à l'âge de vingt-trois ans, et mal soignée. Inégalité pupillaire et signe d'Argyll-Robertson. Fièvre typhoïde à l'âge de cinq ans. Aucune autre maladie infectieuse; aucune atteinte rhumatismale. Les premiers troubles de décompensation sont apparus assez brusquement, à l'occasion d'un effort violent, dix-huit mois auparavant.

Obs. II. — *Insuffisance mitrale. Foie cardiaque. Aortite consécutive. Wassermann positif.* — L... (Auguste), cinquante-quatre ans, mouleur en métaux, entre à l'hôpital Laennec, salle La Rochefoucauld, le 19 novembre 1921. Il a déjà été soigné à Saint-Antoine, en 1920, pour insuffisance mitrale. Dyspnée, cyanose, arythmie; souffle systolique intense de la pointe. Râles sous-crépitants aux bases des deux poumons. Gros foie débordant les fausses côtes de quatre travers de doigt.

Amélioration sous l'influence de la digitale. Pointe du cœur battant dans la VIe espace. Souffle systolique net, en jet de vapeur, à propagation axillaire; bruits normaux à la base. Gros foie.

Cet homme est marié, et a trois enfants bien portants. C'est un alcoolique. On ne relève, par ailleurs, aucun antécédent important : aucune maladie infectieuse, pas de rhumatisme.

Les réactions de Wassermann et de Hecht ont été positives en août 1921 : on n'y a pas attaché alors grande importance, et l'on a fait le diagnostic d'insuffisance mitrale d'origine rhumatismale probable.

Alternatives d'amélioration et d'aggravation; plusieurs séjours à l'hôpital. Les mêmes symptômes sont toujours constatés.

Le 21 mars 1924, Wassermann franchement positif. A cette époque, on note, outre le souffle mitral, un double souffle aortique, très léger; la radioscopie montre, le 3 avril, une aorte large et foncée; en position frontale, le sinus aortique déborde l'ombre vertébrale de 5 centimètres; l'aorte descendante est visible. En position oblique antérieure droite, le diamètre de l'aorte ascendante est de 4 centimètres. Mêmes constatations en octobre 1924.

Obs. III. — *Tuberculose pulmonaire ancienne, à forme fibreuse. Syphilis. Insuffisance mitrale, puis aortite.* — R..., cinquante-trois ans. Nous le voyons pour la première fois le 25 novembre 1919. Tuberculose pulmonaire ancienne (de 1900), à forme fibreuse. Syphilis contractée il y a trois ans, bien soignée. Aucun autre antécédent pathologique; pas de rhumatisme. Souffle systolique mitral à propagation axillaire; rien à la base. Bonne compensation cardiaque.

Le 30 octobre 1922, on note que le souffle systolique est perçu aussi à la base.

Le 8 juillet 1925, dyspnée et angoisse de decubitus. Souffle systolique de la pointe à propagation axillaire. Souffle systolique plus grave à la base, au foyer aortique. Foie débordant les fausses côtes de trois travers de doigt.

Obs. IV. — *Double lésion mitrale. Asystolie irréductible. Mort. Wassermann positif.* — J... (Henriette), cinquante-cinq ans, domestique entre à l'hôpital Laennec le 10 novembre 1925. Au mois de juin dernier, elle est réveillée brusquement, à 4 heures du matin, par un violent accès de dyspnée qui dure deux heures. Quelques jours après, elle peut reprendre son travail. Au mois d'août, dyspnée d'effort, œdème malléolaire. Elle est soignée alors à l'hôpital Boucicaut. Elle y reste treize jours, et en sort améliorée. En octobre, l'oppression reparaît, et la malade entre dans notre service. Amaigrissement, cyanose, dyspnée. Souffle systolique de la pointe à propagation

(1) Gallavardin et Charvet. *Arch. gén. de méd.*, 1903, p. 1601.
(2) Gaucher. *Acad. de méd.*, 1918.
(3) Brin et Giroux. *Syphilis du cœur et de l'aorte*, Paris 1924.
(4) Dufour. *Revue méd. franç.*, avril 1926.
(5) R. Jeantet. La syphilis de l'endocarde, *Th. de Paris*, 1926.
(6) H. Grenet, R. Levent et L. Pellissier. *Les Syphilis viscérales tardives*, Paris 1927, Masson.
(7) Déjà publiée in *Journ. des prat.*, 23 janv. 1926.

axillaire; roulement diastolique; dédoublement permanent du second bruit. Tachycardie. Hydrothorax bilatéral. Pas d'amélioration durable par les toni-cardiaques. Mort le 18 décembre, avec congestion des bases et œdème pulmonaire.

Il n'existe aucun antécédent infectieux; pas de rhumatisme articulaire aigu; pas de syphilis connue. Le Wassermann a été positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien; légère lymphocytose du liquide céphalo-rachidien (5 éléments par millimètre cube).

A l'autopsie, on trouve :

Cœur gros, 650 grammes. *Orifice mitral* insuffisant, laissant refluer l'eau. Bords des valves très épaissis, sans plaques calcaires. Valves tricuspides à bords épaissis et durs. *Sigmoïdes aortiques normales*. Orifice de l'artère pulmonaire normal.

Sur l'aorte, petites plaques sus-sigmoïdiennes; plaques gélatiniformes et plaques athéromateuses au-dessus des iliaques; plaques fibroïdes sur l'aorte descendante.

Liquide citrin dans la plèvre droite. Œdème du poumon droit. Congestion de la base gauche.

Foie petit (970 grammes); aspect granuleux; dur à la coupe; quelques travées scléreuses; par places, aspect de foie muscade.

Rate petite et scléreuse.

Reins bosselés, scléreux, avec atrophie du cortex.

Voilà donc quatre cas de lésions mitrales survenues chez des syphilitiques indemnes de tout antécédent rhumatismal. On pourrait discuter la valeur de l'observation III, à cause d'une tuberculose pulmonaire, dont le rôle dans la genèse de la cardiopathie est d'ailleurs peu vraisemblable. Mais on ne saurait nier l'intérêt des trois autres : dans ces trois cas, phénomènes asystoliques en tout semblables à ceux qui se produisent à la suite d'une endocardite rhumatismale. Que les accidents n'aient apparu qu'à un âge assez avancé, aux environs de la cinquantaine cela ne permet pas de parler de cardio-sclérose : la lenteur de l'évolution de la syphilis qui poursuit son action pendant des années l'explique suffisamment; nous dirons seulement que, dans le dernier cas, les lésions se présentaient avec le même aspect qu'une endocardite rhumatismale passée à l'état chronique.

La signature de la syphilis a été donnée, chez tous nos malades, par la réaction de Wassermann; chez deux d'entre eux, la vérole était connue et avouée; chez la quatrième, les plaques gélatiniformes et fibroïdes de l'aorte étaient caractéristiques, bien que l'appareil sigmoïdien fût indemne. Nous remarquerons une particularité dans la marche des accidents : insuffisance mitrale précédant l'apparition clinique de l'aortite (obs. II et III); c'est le contraire de ce qui se voit d'ordinaire, lorsque la lésion mitrale n'apparaît que comme l'extension des lésions aortiques sur la grande valve mitrale, dans l'insuffisance mitrale dite artérielle ou des artério-scléreux. Dans notre dernier cas, lésions mitrales et aortiques sont d'ailleurs nettement indépendantes les unes des autres.

Ces faits ont trait à la syphilis acquise. La syphilis héréditaire a été invoquée, depuis longtemps déjà, comme cause assez fréquente du rétrécissement mitral pur. Mais d'autre part, et Laubry (1) a insisté récemment sur ce point, le rétrécissement mitral pur ne se rencontre qu'exceptionellement chez le nourrisson et le jeune enfant; il ne se manifeste que vers l'âge de dix ou douze ans et apparaît ainsi comme une affection évolutive. Faudrait-il admettre alors qu'il relève d'une endocardite syphilitique à développement lent et progressif? La chose n'est pas impossible. Ce qui serait vrai pour le rétrécissement mitral pur pourrait l'être aussi, à titre plus exceptionnel, pour la double lésion. L'un de nous a publié avec M. J. Delarue (1) une observation de maladie mitrale chez une fillette de dix ans, probablement hérédo-syphilitique, et chez qui des signes de cardiopathie avaient été constatés dès l'âge de six mois, avant qu'elle n'ait eu aucune infection.

P... (Madeleine), dix ans, présente des signes nets de maladie mitrale : frémissement cataire présystolique et systolique de la pointe, roulement diastolique et souffle systolique de la pointe à propagation axillaire, dédoublement du second bruit; examen radiologique confirmatif (docteur Bordet).

Quelques troubles dystrophiques : front élargi, bosses frontales saillantes, voûte palatine très ogivale, érosions dentaires caractérisées par un sillon transversal sur les incisives médianes supérieures dont la moitié inférieure est usée; absence d'appendice xyphoïde. Nervosité excessive; développement intellectuel retardé. Cuti-réaction à la tuberculine négative. Bordet-Wassermann négatif.

Née à terme, pesant à peine 3 kilogrammes. Elevée difficilement dans le premier âge, ne grossissait pas. N'a marché qu'à deux ans. *Signes cardiaques constatés chez elle à l'âge de six mois, avant toute maladie infectieuse.* Coqueluche et rougeole à sept mois. Broncho-pneumonie à deux ou trois ans.

Père mort à quarante-trois ans, d'une néphrite avec grosse albuminurie et anasarque.

Mère bien portante; céphalées fréquentes. Elle a eu douze grossesses; tous les enfants sont nés à terme, mais tous avec un petit poids, inférieur à 2 kilogrammes. Six d'entre eux sont morts dans les premiers mois; et sur ces six, trois ont succombé à *une maladie bleue*, à douze et treize jours.

Malgré les réserves exprimées par M. Debré, le diagnostic de double lésion mitrale n'est pas contestable, et l'on ne saurait invoquer la possibilité de lésions congénitales complexes, de nature impossible d'ailleurs à spécifier, à moins que l'on ne refuse toute valeur aux signes stéthoscopiques et radiologiques. Un électrocardiogramme, qui nous avait été demandé pour préciser le diagnostic, a été fait par M. Géraudel et a montré seulement l'existence d'une tachycardie sinusale avec accélération du rythme portant à la fois sur le ventricule et sur l'oreillette; l'électrocardiographie ne pouvait rien indiquer de plus, car si elle renseigne sur le fonctionnement du myocarde, elle n'est pas encore un procédé de diagnostic des lésions orificielles.

Ainsi, une cardiopathie est constatée chez cette enfant dès l'âge de six mois. Plus tard, nous trouvons une double lésion mitrale. Nous ignorons dans quelle mesure les maladies infectieuses qui sont survenues ont remanié et modifié les altérations orificielles; nous ignorons si l'évolution lente et progressive de la syphilis n'est pas seule en cause. Mais nous voyons, d'une part, la remarquable fréquence familiale des cardiopathies congénitales dans ce cas (trois enfants morts de maladie bleue); et nous retenons le rôle de la syphilis héréditaire (polymortalité infantile, stigmates dystrophiques de probabilité) dans le développement d'une maladie

(1) LAUBRY. *Soc. méd. des hôpit.*, 28 mars 1924, p. 428.

(1) H. GRENET et J. DELARUE. *Soc. de péd.*, 21 déc. 1926, p. 415.

mitrale qui semble bien relever d'une endocardite chronique.

Il nous apparaît, en définitive, que la syphilis, acquise ou héréditaire, joue un rôle incontestable dans la genèse des endocardites mitrales. Nous ne pouvons donner aucune indication sur la plus ou moins grande fréquence de ce facteur étiologique. Mais il suffit qu'il existe pour qu'on soit amené à le rechercher avec plus de soin qu'on ne le fait à l'ordinaire.

LE PRURIT CHEZ LES AZOTÉMIQUES

NÉCESSITÉ D'UN TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE

Par M. P. VALETTE,
Médecin consultant à La Bourboule.

Les accidents prurigineux sont très fréquents chez les azotémiques. Comme l'a bien montré le professeur Widal, l'azotémie en est la cause principale et, seul, un diagnostic étiologique précis peut permettre de les améliorer rapidement.

Ce diagnostic est souvent difficile. Le prurit peut être le seul signe révélateur d'une imperméabilité rénale méconnue. D'autres fois, au contraire, ces accidents semblent être la résultante de multiples causes déterminantes et l'examen approfondi du malade peut seulement permettre de se rendre compte si l'azotémie est la dominante étiologique de l'affection à traiter.

*
* *

Les azotémiques atteints de prurit sont, en général, des arthritiques suralimentés et sédentaires dont le foie surmené n'est plus capable d'arrêter les poisons élaborés dans l'organisme. Et ceux-ci en passant sans cesse dans l'économie ont altéré peu à peu l'intégrité du filtre rénal.

La peau peut garder quelque temps une apparence normale malgré le prurit. Mais, on peut aussi rencontrer simultanément chez ces malades, suivant les particularités de leurs téguments, à peu près toutes les réactions cutanées connues. Parmi ces dernières, l'eczéma et surtout l'eczéma papulo-vésiculeux, certains prurigos, et certaines parakeratoses psoriasiformes fortement prurigineuses à forme suintante doivent faire plus particulièrement penser à l'azotémie.

Dans toutes ces manifestations le prurit est un symptôme de premier plan. Assez particulier, il est surtout caractérisé par des sensations de brûlure, de cuisson, de froid à la peau, de cheminement d'insecte sous l'épiderme, de chatouillements que le malade compare à l'impression que donne un pinceau fin promené très légèrement sur la peau, et le tout est mêlé de crises de démangeaison vraie provoquant un irrésistible besoin de grattage.

Les malades insistent surtout sur la variété des sensations qu'ils éprouvent, mais omettent toujours de signaler d'autres signes associés dont ils ignorent l'importance et qui demandent à être recherchés. Il faudra donc, par un interrogatoire serré, leur faire bien préciser s'ils n'ont pas aussi des céphalées passagères, des migraines, des vertiges ou des bourdonnements d'oreilles. Il sera bon aussi d'essayer de savoir s'il n'y a pas d'alternance et si une crise d'asthme, par exemple, n'améliore pas leur manifestation cutanée.

L'examen complet et minutieux de la peau permettra ensuite d'éliminer l'hypothèse toujours possible d'un prurit parasitaire et quelquefois aussi pourra faire découvrir une lésion ignorée du malade et très importante pour le diagnostic.

L'examen clinique montre souvent enfin, un foie un peu gros mais non douloureux à la palpation, et la mesure de la tension artérielle peut donner une pression maxima relativement élevée tandis que la minima reste à peu près normale.

Ces signes associés sont malheureusement très inconstants et il n'est pas rare de rencontrer des malades dont le prurit est causé par une azotémie qu'aucun autre symptôme apparent ne permet de déceler. Aussi faut-il toujours compléter les renseignements cliniques avec l'aide du laboratoire.

*
* *

Le laboratoire fournit de précieuses indications, mais à la condition que les prélèvements soient entourés des précautions indispensables. Une azotémie inférieure à 1 gramme est en effet délicate à déterminer exactement et la plupart des prurigineux azotémiques soignés par nous, qui ne présentaient pas d'autres signes cliniques d'insuffisance rénale avaient un taux d'urée sanguine variant entre 0,60 et 0,80.

L'examen des urines permet mal d'apprécier le degré de l'imperméabilité rénale. Le dosage de l'urée, l'épreuve de l'azoturie alimentaire, et l'étude de la concentration uréique maxima ne donnent aucun résultat précis si les malades ne sont pas soumis au préalable à un régime azoté d'une valeur bien déterminée, et ceux-ci acceptent malaisément ce régime nécessaire assez longtemps pour que les résultats soient parfaitement valables.

Aussi préfère-t-on, le dosage de l'urée dans le sang, qui renseigne bien mieux et l'on s'en contente souvent. Mais pour de faibles concentrations le chiffre trouvé varie encore selon le régime. Une quantité élevée d'urée peut être seulement due à un régime hyperazoté, alors qu'un taux en apparence normal, peut dissimuler une insuffisance rénale réelle chez un malade qui suit un régime pauvre en azote.

A ces évaluations qui ne satisfont pas pleinement, il est préférable de substituer la comparaison entre les quantités d'urée contenues simultanément dans l'urine et dans le sérum sanguin. La constante d'Ambard donne des résultats très précis et permet de faire parfaitement cette détermination en immobilisant le malade seulement un temps très court et sans l'obliger à aucun régime préalable.

*
* *

Le prurit chez les azotémiques peut être considéré

comme une toxidermie. Cependant, l'auto-intoxication azotémique ne paraît capable de provoquer des accidents prurigineux que si elle évolue sur un terrain en état d'équilibre sensilif instable et chez un individu dont la peau est en état de moindre résistance.

Cette notion du terrain permet de comprendre pourquoi tel azotémique réagit à son intoxication par du prurit, et tel autre par une affection toute différente.

Cet état particulier qui a permis à l'azotémie de déclancher le prurit est souvent cliniquement décelable. Il faut en tenir compte pour établir le traitement, mais sans oublier que la rétention azotée est la dominante étiologique des accidents, que la thérapeutique dirigée contre elle doit avoir toujours la première place et que les médications prescrites pour traiter le symptôme et l'état du terrain n'en sont que le complément.

***

Le traitement des azotémiques atteints de prurit doit avoir un triple but : soulager le malade aussi rapidement que possible, augmenter la résistance de la peau, enfin, et c'est là le plus important, combattre énergiquement la rétention azotée.

La nécessité de la lutte contre l'azotémie est absolue. Depuis plusieurs années nous avons traité un nombre assez grand de ces malades et nous avons même pu en suivre longuement plusieurs. Nous avons pu ainsi nous rendre compte du rôle capital que cette lutte joue dans l'amélioration durable de ces prurits. Dès qu'elle est interrompue les accidents reparaissent et ne rétrocèdent pas, même si le reste du traitement est scrupuleusement continué. Si, par exception, une amélioration survient, la plupart du temps d'autres accidents éclatent qui paraissent les remplacer et il nous a été donné souvent de constater de pareilles alternances.

Nous dirons seulement un mot très bref du traitement symptomatique du prurit et de celui du terrain qui sortent du cadre de cette étude. Cependant nous mentionnerons brièvement les méthodes qui nous ont paru donner les résultats les meilleurs et qui se combinent le plus heureusement avec le traitement étiologique.

Parmi les innombrables moyens préconisés pour soulager le prurit, les traitements locaux sont ceux à préférer. Ils agissent suffisamment et ne risquent pas de surajouter une intoxication médicamenteuse à l'auto-intoxication déjà existente.

Toutes les lotions, toutes les pommades, les occlusifs et notamment les vernis, les colles et les emplâtres peuvent être employés. S'ils échouent il faut s'adresser aux agents physiques et l'air chaud et les effluves de haute fréquence rendent de précieux services.

Nous employons localement à la Bourboule, la douche filiforme (de Veyrières) mais malheureusement l'installation qu'elle nécessite la rend difficile à réaliser partout.

Le traitement du terrain varie suivant les individus. On prescrira des sédatifs aux nerveux hyperexcitables, des extraits opothérapiques s'il existe quelque dysfonctionnement glandulaire, et on régularisera les fonctions digestives s'il en est besoin. En dehors de ces cas particuliers, il faut surtout augmenter la résistance de la peau et pour atteindre ce but on peut prescrire l'arsenic pris à très petites doses, donné par périodes de vingt-cinq à trente jours suivies d'un repos intercalaire de cinq à six semaines, et très longtemps continué.

Ces différentes prescriptions pourront être diversement associées au traitement étiologique dont il faut s'efforcer de faire comprendre l'importance extrême aux malades. Ces derniers doivent savoir que leur guérison en dépend, et qu'ils doivent le suivre longuement s'ils veulent éviter les récidives, car il est constant de voir réapparaître les accidents si le traitement est trop tôt suspendu.

L'établissement d'un régime hypoazoté sera le premier acte de la lutte dirigée contre l'azotémie. Grâce à lui, l'apport des substances toxiques sera strictement réduit au minimum. Mais en supprimant au malade les aliments qui peuvent lui nuire, il ne faut pas oublier qu'il est à ce régime pour longtemps et que ce dernier doit avoir une valeur nutritive suffisante, car il faut bien désintoxiquer mais non pas arriver à débiliter l'organisme.

Si le malade présente des accidents très marqués, on peut d'abord pratiquer ce que le docteur Brocq appelle « le lavage de l'organisme » et prescrire la diète hydrique pendant deux ou trois jours. Mais il n'est pas toujours nécessaire d'en arriver à une diététique aussi rigoureuse et habituellement il suffit de composer un régime dont sont éliminés les aliments azotés types : poissons, viandes et légumes secs. Le malade se nourrit seulement de légumes verts, de pommes de terre, de riz et de fruits bien mûrs, crus ou cuits. Le pain, les pâtes, le lait et les laitages sont permis en quantité modérée. Les aliments peuvent être cuits au beurre ou à l'huile et convenablement assaisonnés, mais ne doivent être additionnés que d'une très petite quantité de sel.

Ainsi établi, ce régime rend d'immenses services. On arrive aisément à le rendre très supportable, d'ailleurs, car ses promoteurs ont montré qu'il est possible de combiner des menus très variés, sans s'en écarter.

Mais à lui seul il n'est pas suffisant pour combattre l'azotémie, car la diurèse azoturique qu'il provoque est trop peu marquée et il est nécessaire de compléter son actien par d'autres méthodes.

Chez les hypertendus, la saignée rend quelquefois des services, mais chez les autres malades son action paraît nulle et, jamais, elle ne nous a donné d'amélioration appréciable.

Par contre, les diurétiques azoturiques ont un excellent effet, et, associés au régime, ils parviennent très vite à désintoxiquer le malade.

Parmi ceux-ci, la scille tient le premier rang et nous l'avons souvent employée avec succès. Malheureusement elle présente de nombreux inconvénients. Sa teneur en principes actifs, qui peut varier du simple au double, rend ses effets très incertains et l'on ne sait jamais à l'avance quelle sera l'action des préparations que l'on prescrit.

La scille, d'autre part, renferme à côté des principes actifs qui lui donnent sa valeur thérapeutique d'autres substances toxiques, et, son action irritante sur le rein et sur le tube digestif en restreint forcément l'emploi.

Aussi, l'utilisation de son glucoside cristallisé (scillarène), isolé par Stoll et Suter, a très heureusement permis d'étendre les indications de la scille, et actuellement, c'est à lui que nous nous adressons toujours pour remplacer les préparations galéniques.

Les intéressantes recherches de Tilmant (1) sur l'action de ce glucoside dans l'azotémie, les travaux de Fonteneau (2) et de Bonnarme (3) ont montré que ce médicament possède tous les avantages de la scille sans en avoir les inconvénients, qu'il n'a pas sur les reins d'action irritante et qu'il est bien toléré par le tube digestif.

Nous avons pu déjà réunir près de vingt observations de prurits résistant aux diverses thérapeutiques parce que l'azotémie en était la cause méconnue. Nous avons grandement amélioré tous ces malades par l'utilisation du glucoside de la scille et nous en avons même guéri certains dans un très court espace de temps. Nous avons été frappés de la constance des effets de ce médicament et nous considérons actuellement que c'est lui qui réussit le mieux dans les cas d'accidents prurigineux chez les azotémiques.

Son administration est facile sous forme de comprimés ou de solution. Les comprimés sont administrés dans ces cas à la dose de deux ou trois par jour et la solution à la dose de xx gouttes répétées deux ou trois fois dans la journée. Si, par extraordinaire, le malade ne le tolère pas par la voie gastrique il peut être ordonné en injections intraveineuses à la dose d'une demi à une ampoule par jour.

Sous l'action du médicament, une diurèse intense et rapide s'établit, les crises de prurit s'espacent et s'atténuent notablement. Nous avons même vu souvent céder ainsi des accidents qui avaient résisté aux autres diurétiques dits azoturiques.

A la suite de cette première amélioration le scillarène doit être continué encore assez longuement. Son administration n'a d'ailleurs pas d'inconvénient car il ne s'accumule pas.

Il s'effectue par ce moyen une véritable désintoxication de l'organisme. Le taux de l'urée sanguine s'abaisse, la constante d'Ambard s'améliore et lorsqu'il nous a été possible de faire faire ces examens à des intervalles assez rapprochés, nous avons pu nous rendre compte de l'action puissante exercée par ce diurétique contre l'azotémie, surtout si ses effets sont complétés par l'observation soigneuse du régime hypoazoté.

Enfin, dès que la cure de désintoxication paraît suffisante, il est possible d'atténuer la rigueur du régime en prolongeant l'administration du médicament et cela sans risquer de récidives.

Parmi les divers médicaments qui pourraient être encore utilisés, aucun autre ne nous a donné de meilleurs résultats. Nous avons employé, mais avec de très rares succès, le formiate de soude, la théobromine et le lactose, mais ils nous semblent devoir être seulement considérés comme de bons adjuvants, utiles dans certains cas, mais incapables de remplacer la scille ou son glucoside avec d'égales chances de succès.

Ce traitement étiologique du prurit doit toujours être établi lorsque l'azotémie est en cause, et grâce à la facilité de son administration, il est très aisément accepté par les malades.

Le prurit cède la plupart du temps à cette thérapeutique lorsque l'azotémie en est la dominante étiologique. Or, la valeur uréo-sécrétoire des reins est si fréquemment diminuée chez les malades atteints de manifestations prurigineuses qu'il faut toujours y penser.

De nombreux accidents prurigineux rebelles et récidivants n'ont pas d'autre cause et ne guérissent pas parce que, leur étiologie étant méconnue, ils ne sont pas soignés comme il convient.

Le traitement spécifique du prurit, capable de le faire disparaître de façon durable quelle qu'en soit la cause, n'existe pas en effet, et c'est pourquoi seule, une thérapeutique étiologique est rationnelle et vraiment efficace.

(1) TILMANT. *Les Sciences méd.*, 31 mai 1924.
(2) FONTENEAU. *Thèse de Lyon*, 1925.
(3) BONNARME. *Concours méd.*, 1926, n° 47.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er AVRIL 1927)

Poliomyélite aiguë avec troubles sympathiques intenses ayant simulé une artérite oblitérante. — MM. P. LÉCHELLE, H. BARUK, et D. DOUADY présentent un malade qui, à la suite de syndromes douloureux radiculaires ayant simulé une sciatique gauche, fut atteint d'une cyanose considérable du membre inférieur de ce côté, avec refroidissement très marqué; on pouvait penser à une artérite oblitérante. Mais l'examen oscillométrique montrait des oscillations non seulement conservées, mais exagérées de ce côté. Et l'apparition de parésie, d'atrophie musculaire, de contractions fibrillaires, de diminution des réflexes tendineux et de troubles des réactions électriques, a permis de rapporter à leur véritable causes ces symptômes qui procèdent d'une poliomyélite antérieure aiguë avec atteinte des formations sympathiques de la moelle.

Artérite des membres inférieurs à forme œdémateuse. — MM. P. HARVIER et A. LEMAIRE rapportent deux observations d'artérites des membres inférieurs, dont les seuls symptômes objectifs étaient un œdème unilatéral, non douloureux, cédant au repos et réapparaissant après une marche de quelques heures. Cet œdème était accompagné d'une hyperthermie locale, d'une augmentation de l'indice oscillométrique et, dans un cas, d'une exagération de la sécrétion sudorale. Ce syndrome sympathique localisé, en rapport avec l'irritation de la gaine artérielle, sous l'influence de la marche et de la fatigue, représentait à lui seul presque toute la symptomatologie de l'artérite.

Exploration lipiodolée dans les artérites des membres inférieurs. — MM. P. HARVIER et A. LEMAIRE exposent les constatations faites par eux dans 5 cas d'artérite oblitérante avec gangrène et dans 5 cas d'artérite simple sans gangrène, après injection dans la fémorale d'une quantité de lipiodol variant entre 5 et 12 centimètres cubes. Ces injections sont

suivies d'une réaction locale avec gonflement des tissus, augmentation de la chaleur locale, éruption purpurique qui disparaît en huit à quinze jours.

Zone du ganglion géniculé. — MM. F. LEMAITRE, BAUDOUIN et SAILLY relatent l'observation d'une adénite mastoïdienne consécutive à l'apparition de douleurs auriculaires et d'une paralysie faciale périphérique du même côté. La présence de l'adénite permet de préciser la sclérose zostérienne des symptômes observés lorsque ceux-ci sont prééruptifs comme dans le cas rapporté.

Traitement de l'asthme et du coryza spasmodique par la roentgenthérapie. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, Paul GIBERT, P. BLAMOUTIER et François CLAUDE ont expérimenté dans l'asthme invétéré l'action des agents physiques, en particulier de la roentgenthérapie.

Ils ont traité par la roentgenthérapie des cas d'asthme et des cas de coryza spasmodique pur ou associé à de l'asthme. Ils rapportent un résumé de leurs recherches portant sur 52 malades atteints d'asthme ou de coryza spasmodique se manifestant par des crises violentes et répétées et ayant résisté jusqu'alors à de nombreuses thérapeutiques.

Les auteurs ont fait chez les uns de la radiothérapie du hile pulmonaire, chez les autres de la radiothérapie de la rate, 12 malades virent leurs accès d'asthme ou de coryza disparaître complètement; 21 furent très sensiblement améliorés; chez 19 enfin le résultat fut nul. Mais de cette étude résulte que la roentgenthérapie doit entrer dans la pratique du traitement des asthmes rebelles.

Un cas de pléonostéose chez un hérédo-syphilitique. — MM. G. LAROCHE et BARTHE présentent un sujet de vingt ans atteint de malformations multiples : déformation et hypertrophie des os surtout à leurs extrémités, entraînant une difficulté des mouvements des articulations, particulièrement aux membres supérieurs (dysankie, gêne des mouvements de l'épaule et du poignet, demi-flexion permanente des doigts, etc.) et réalisant le type clinique de la pléonostéose décrite par M. A. Léri. La coexistence chez ce sujet d'une laryngite et d'une rétinite de type syphilitique, la constatation chez la mère et l'enfant d'un Bordet-Wassermann et d'un Meinicke positifs permettent dans ce cas de conclure à l'action du tréponème.

Ce sujet présente ce caractère très curieux et jusqu'ici non observé que l'hypertrophie osseuse s'est étendue au pariétal et au temporal qui présentent un épaississement de 15 centimètres de long sur 4 centimètres de large et 1 centimètre d'épaisseur environ, de chaque côté de la ligne médiane.

Tuberculose aiguë et expectoration non bacillifère. — M. PAISSEAU et Mlle BOEGNER rapportent une observation de tuberculose aiguë au cours de laquelle tous les procédés de recherche du bacille tuberculeux restèrent infructueux. L'examen direct et après homogénéisation de l'expectoration répété régulièrement chaque semaine pendant six mois aussi bien que la recherche directe sur les coupes de foyers bronchopneumoniques et des nombreuses granulations disséminées dans les viscères ne permirent pas de constater la présence de bacilles acido-résistants.

L'inoculation des crachats au cobaye détermina la mort des animaux sans lésions tuberculeuses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 16 MARS 1927)

A propos des volvulus du colon pelvien. — M. GERNEZ, après le travail de M. d'Allaines, apporte sa contribution à l'étude du traitement des volvulus du colon pelvien; il en a opéré 3 cas et après extériorisation et opérations consécutives a pu guérir ses malades; il estime que la cure radicale par extériorisation est la plus sûre méthode dans ces cas de volvulus.

Ostéomyélites extra-articulaires. — M. PIQUET (de Lille) (rapport de M. MOUCHET), a observé 20 cas d'arthrites de la hanche consécutives à des foyers d'ostéomyélite extra-articulaires, à marche progressive, à diagnostic avec la coxalgie parfois très difficile; il faut traiter précocement et énergiquement ces arthrites qui risquent de devenir chroniques.

M. OMBRÉDANNE trouve qu'il n'y a pas lieu de faire de ces arthrites des formes pathologiques nouvelles.

A propos du traitement des syncopes anesthésiques par l'adrénaline intracardiaque. — M. TOUPET apporte neuf nouvelles observations de syncopes consécutives à l'anesthésie rachidienne (dans 5 cas), à l'anesthésie au chloroforme (2 cas) au chlorure d'éthyle (1 cas); dans toutes ces syncopes traitées par injection intracardiaque d'adrénaline, la résurrection a été des plus nettes; mais il faut faire l'injection au maximum trois minutes après le début des accidents et continuer en même temps la respiration artificielle.

Les observations rapportées sont dues à MM. RAUL et CUNY (de Strasbourg), BARBIER (de Dijon), PELLOT (d'Epernay), GUILLET (du Congo) et SIMONIN (d'Orléans).

M. DUJARIER a eu des succès et des échecs, mais dans un cas, il a pu ranimer son malade par une simple injection intraveineuse d'adrénaline.

MM. ROBINEAU, GRÉGOIRE, DELBET et AUVRAY apportent tous des observations.

M. CHEVRIER différencie les syncopes blanches du début et les syncopes bleues tardives; c'est surtout suivant lui, dans les syncopes blanches que l'adrénaline peut donner de bons résultats.

A propos de la rachianesthésie dans les occlusions aiguës (*suite de la discussion*). — M. DUJARIER connaît bien les évacuations sur la table rapportées par M. Duval; les effets n'en sont pas toujours favorables; aussi, s'il est un partisan de l'anesthésie rachidienne dans les occlusions, il trouve dangereuse la pratique qui consisterait à ne pas opérer, et à se contenter d'utiliser la rachianesthésie seule comme traitement de l'iléus.

M. LECÈNE a à peu près abandonné la rachianesthésie dans les occlusions intestinales aiguës, et il est d'avis que la débâcle intestinale qui peut se produire après le début de l'anesthésie ne doit jamais faire surseoir à l'opération immédiate.

M. RICHE, après une pratique de plus de 4.000 rachianesthésies, conclut en disant que dans l'occlusion intestinale, il est bon d'employer la rachi comme anesthésie mais non comme traitement.

Elections. — M. DENIKER est élu membre titulaire. M. DUCROQUET est élu membre honoraire.

(SÉANCE DU 23 MARS 1927)

Pancréatite hémorragique sans cystostéatonécrose. — M. ROUX-BERGER apporte une observation de M. DESPLATS qui a opéré un malade ayant subi deux mois avant une gastroentérostomie pour ulcère gastrique et qui présenta des signes de pancréatite hémorragique, avec ascite hémorragique, œdème des mésos, et collection sanguine rétropéritonéale; on notait l'intégrité des voies biliaires et l'absence de cystostéatonécrose; guérison du malade après drainage, bien que l'opération n'ait été faite que le sixième jour de la crise.

A propos de la rachianesthésie dans les occlusions (*suite*). — M. MAUCLAIRE a vu dans quelques cas la rachi influencer heureusement l'occlusion.

M. LAPOINTE fait une longue étude des causes et des symptômes de l'ileus paralytique; il cherche à interpréter les faits

rapportés et est d'avis de profiter des conditions inespérées que crée l'affaissement du ventre pour toujours opérer et rechercher l'obstacle.

M. OKINCZYC à propos de quelques observations de MM. Vanlande et Boppe apporte sa contribution à la discussion en cours. Dans les cas de mort rapide après rachianesthésie, malgré la débâcle intestinale, il incrimine peut-être la levée brusque de l'occlusion qui cause une intoxication suraiguë, et pour lui la rachi comme traitement de ces cas lui semble dangereuse et insuffisante.

M. PICOT emploie volontiers la rachianesthésie dans l'occlusion, mais il l'a abandonnée dans les cas graves.

M. L. BAZY qui après opération pour volvulus de l'intestin grêle très rapidement opéré, a perdu son malade brusquement de toxémie aiguë, croit qu'il faut incriminer le mécanisme invoqué par M. OKINCZYC.

M. CUNÉO distingue la mort due à la rachianesthésie qui arrive de suite, et celle due à l'intoxication qui ne survient que quelques heures plus tard.

Résection en bloc de l'estomac et du côlon transverse. — M. DELAGÉNIÈRE a mis au point une technique qu'il rapporte de résection en bloc faite de propos délibéré de l'estomac et du côlon transverse, pour cancers étendus ou adhérents.

Il a fait deux fois cette opération avec une survie de cinq ans et une de dix-huit mois.

M. CUNÉO et M. DUVAL ont fait eux aussi cette opération avec survies prolongées.

Anévrismes artério-veineux. — M. MOURE après un rapport sur une observation de M. PICART qui pour un anévrisme artério-veineux poplité a guéri son malade avec récupération complète de la circulation du membre par résection de la veine et du sac et suture latérale de l'artère, étudie les diverses formes d'anévrismes avec les traitements qui leur sont appliqués (avec projections).

Fractures du maxillaire inférieur. — MM. LENORMANT et DARCISSAC présentent un procédé de contention des fractures difficiles à réduire de la mâchoire inférieure, par perforation du maxillaire où sont passés des fils qui permettent une traction en arrière. Les résultats obtenus semblent très satisfaisants.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA RÉGION DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

(SÉANCE DU 6 MARS 1927)

Un cas d'encéphalite à forme pseudo-tabétique. — M. BERTRAND.

A propos de deux cas de cholécystique aiguë. — M. LARJET.

Exostose tibiale antérieure des joueurs de foot-ball. — M. FAUVEL.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1927)

Le diagnostic clinique précoce du cancer de l'estomac. — M. PUECH. Ce diagnostic est difficile. Les signes fonctionnels ne sont point pathognomoniques, les signes physiques absents et leurs constatations souvent insuffisantes pour renseigner sur l'opérabilité du néoplasme. Il faut se baser sur les conditions d'apparition du syndrome dyspeptique et sur sa résistance aux moyens hygiéniques, diététiques et médicamenteux habituels. Vu l'importance de ce diagnostic précoce on sera autorisé dans le doute à pratiquer une laparotomie exploratrice, et même dans ce cas l'examen macroscopique peut rester hésitant.

Chimisme gastrique dans le cancer de l'estomac. — M. DERRIEN insiste sur la nécessité de standardiser les techniques chimiques pour l'étude du chimisme gastrique. Les tentatives actuelles de suppression du repas d'épreuve par utilisation de substances excitosécrétoires comme l'histamine avec prélèvements successifs au tube d'Einhorn paraissent annoncer un progrès.

L'épreuve de Salomon (1903) devrait être complétée par l'étude qualitative et quantitative de fractions de l'azote total. Pour la recherche du sang occulte dans les fèces il faut tenir compte des suggestions de Snapper en précisant les conditions de la spectroscopie en particulier pour les porphyrines.

Hémo et cyto-diagnostic du cancer de l'estomac. — Mlle GIRAUD.

Diagnostic radiologique du cancer de l'estomac au début. — M. LAMARQUE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MALADIES PROFESSIONNELLES

Le décret de M. A. Fallières, ministre du Travail et de l'Hygiène oblige les médecins à de nouvelles déclarations (1). Celles des maladies professionnelles devenues plus nombreuses, l'hydrargyrisme et le saturnisme étant loin d'être les seules : *la rançon du Progrès* s'allonge avec lui. C'est une demi-satisfaction accordée aux « travailleurs intellectuels », dont la C. T. I. s'occupe avec succès et qui en partagent les risques avec les manuels (2). Mais, c'est la déclaration et non la réparation.

Un décret n'est pas forcément un décret-loi, encore que celui-ci impose aux médecins un travail supplémentaire et que peut-être les chefs d'industrie n'apprécieront, sans doute, pas à leur juste valeur. Nous avons vu des ingénieurs croire qu'enfin leur protection était désormais assurée, qu'ils auraient des indemnités proportionnelles à leur impotence, à leur mort même (alors pour leurs familles). Cela a même été publié, écrit. C'est une erreur dangereuse que, pour rectifier, nous écrivons ces quelques lignes. C'est méconnaître, mettre en danger même, la réforme proposée d'abord pour les médecins et le personnel hospitalier, par M. Durafour, ministre du Travail et de l'Hygiène du 1er juillet 1926, rapportée par le docteur Fié, député de la Nièvre, en ce moment en instance devant le Sénat, où le docteur Dudouyt, sénateur de la Manche, doit la rapporter, avec avis favorable, assure-t-on, et qu'il faudrait presser.

La Confédération des Travailleurs Intellectuels qui a entendu, à la Chambre, en son groupe parlementaire, M. Durafour, continue ses efforts, et c'est par l'entente existante avec tous ses groupements, qu'elle entend, profitant de la porte qu'ouvre la nouvelle loi, les y faire passer tous, qu'il s'agisse de victimes de radiations, médecins ou ingénieurs, cinéastes de l'écran public ou de l'écran d'enseignement médical et autre, aussi bien, selon notre formule adoptée, de « toute victime, par contact, absorption, contagion... »; que « la victime appartienne à l'hôpital, à l'Etat, aux administrations, aux œuvres privées... »

La liste énoncée du ministre actuel du Travail est du reste incomplète. D'autres maladies professionnelles seraient à y ajouter. Elle impose, avons-nous dit, un surcroît de travail au corps médical, des constatations, des écritures nouvelles...

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 17 nov. et 8 déc. 1926, et 9 fév. 1927.
(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 26 fév. 1927.

Qui paiera cette besogne surajoutée à tant de charges sociales, et ...d'impôts? Les grandes usines ont leurs médecins, leurs bureaux, et des maladies connues, classées souvent — sans préjudice des progrès à dangers inconnus — seront facilement relevées, dénoncées... sans même qu'intervienne notre secret professionnel. Mais, chez les petits patrons, les travailleurs en chambre, que d'absorptions, de poussières (silice, fer, calcaire...) peuvent être inhalées, et que de maladies professionnelles en découlent et restent inconnues. Les travailleurs où le sable intervient (fondeurs...), sont très sujets à la tuberculose. La nouvelle déclaration ne les prévoit pas.

La tâche du médecin se complique. Clef de voûte de la santé publique, il est méconnu, de moins en moins rétribué et de plus en plus fonctionnarisé; l'émulation, la concurrence diminuant, son labeur plus lourd lui pèsera, si l'on n'y prend garde, au point de lui en donner le dégoût. Nous en sommes loin encore, et les nombreux cas de dévouement médical, dont la grande presse parle moins que des assassins, se multiplient devant cette « rançon du progrès » de plus en plus pesante!

Mais, et je m'empresse de me répéter, c'est une nécessité de plus de s'unir, de grouper les parlementaires amis — les élections de 1928 approchant, nous en aurons de plus en plus — pour que travailleurs manuels et intellectuels, hommes et femmes, soient égaux devant les dangers et leurs rémunérations possibles. Il n'y a que des *travailleurs* tout court, a dit M. Durafour, et le Bureau international du travail, issu du Traité de Versailles, n'a pas prévu le cerveau, protégeant les mains seules; il faut unir tout le corps, esprit et matière, et son directeur, M. Albert Thomas, que la Confédération des Travailleurs Intellectuels a saisi, s'y emploie de son mieux, il me le disait récemment.

La loi qu'on pourrait appeler Durafour et que le Sénat va voter, n'est qu'un prélude. Les *maladies professionnelles* que l'on va mieux connaître, puisque déclarées, vont généraliser ce que d'abord le personnel hospitalier plus exposé va obtenir. Ne crions pas victoire pour tous, comme nous le voyons faire, ce qui nous dispenserait d'agir, mais concentrons nos documents et nos efforts, pour réussir!...

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

LIVRES NOUVEAUX

L'enfant artificiel (1), roman, par René d'ALSACE. Avant-propos du docteur FOVEAU DE COURMELLES,

Ce roman s'adresse peut-être plus au médecin qu'au public car il remet sur le tapis la question de la fécondation artificielle, telle que le docteur J. Gérard l'avait traitée, en 1885, dans une thèse pour le doctorat en médecine, qui fut refusée par la Faculté. Pour nous, médecins, l'intérêt de ce livre n'est pas dans une pratique qui s'avère peu fréquente, mais bien dans les objections qu'elle soulève et dans les complications, d'ordre moral, religieux et même légal auxquelles elle peut donner lieu, et que l'auteur expose avec une grande impartialité, tout en les supposant résolues. C'est à quoi il convient de penser à un moment où certains intérêts attirent de ce côté l'attention. Le récit, d'ailleurs extrêmement dramatique, écrit dans une langue ferme et colorée, se termine par un chapitre documentaire qui met les lecteurs au courant de l'historique de la question médicale. J. L.

(1) In-16, édition Georges Anquetil, Paris, 1926.

NOTES POUR L'INTERNAT

ÉTIOLOGIE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, SIGNES DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

FRACTURES DU COL DU FÉMUR [1]

FORMES CLINIQUES

Peu nombreuses,
Commandées par l'âge.

1. **Les fractures du vieillard.** — Signaler en plus des particularités étiologiques, la fréquence des fractures *compliquées* (complications d'ordre général), les *fractures spontanées tabétiques*.

Les fractures de l'enfant *incomplètes* ou *complètes en deux temps*.

En règle se présentant comme des fractures non engrénées.

La cervico-trochantérienne, la plus fréquente, caractérisée par l'absence de pénétration.

b. La *sous-capitale* qui correspond au *décollement épiphysaire*, complet, incomplet, lésion de l'adolescent (quinze à dix-huit ans), avec signes au minimum, impotence minime, raccourcissement minime, limitation légère de l'abduction.

A retenir des fractures de l'enfant : leur rareté; elles sont très discutées. L'interrogatoire permet de retrouver des antécédents de claudication, de troubles fonctionnels du membre *antérieurs* à la fracture. Pour beaucoup d'auteurs, il s'agirait d'inflexion progressive du col, révélée parfois à l'occasion d'un léger traumatisme, en rapport avec des lésions d'arthrite déformante, d'ostéochondrite déformante juvénile.

COMPLICATIONS

I. Immédiates.
II. Secondaires, encore et toujours en rapport avec l'âge.

I. **Immédiates.** — Ce sont des complications *d'ordre général spéciales au vieillard.*

Importantes, car elles commandent le pronostic vital immédiat, que leur fréquence doit toujours faire réserver; elles s'opposent à toute immobilisation prolongée.

Banales en elles-mêmes : broncho-pneumonie, congestions pulmonaires bâtardes; à signes frustres, à évolution atypique, à pronostic redoutable, s'accompagnant de défaillance cardiaque, escarres, infection urinaire ascendante.

II. **Secondaires.** — Elles sont réalisées par :

L'absence de consolidation,

La consolidation vicieuse, associées aux complications habituelles à toutes les fractures *articulaires.* En effet, la consolidation *régulière* en position *normale,* quoique plus souvent observée depuis les acquisitions thérapeutiques récentes, reste bien difficile à obtenir.

— Elles sont *fréquentes*, commandées par la pénétration ou la non-pénétration, c'est dire que dans la règle, les fractures cervicales vraies évolueront vers la pseudarthrose, les fractures cervico-trochantériennes vers la coxa vara.

1° **La pseudarthrose.** — Causes :

1. Faible vascularisation de la tête (rejetée par Basset),
2. Interposition des lambeaux capsulaires (exceptionnelle).
3. *Déplacement, non coaptation des fragments*, dans la règle.

Anatomie pathologique. — Pseudarthrose fibreuse plus ou moins serrée.

1. Atrophie de la tête et *résorption du col* (vérifiable radiologiquement).
2. Un certain degré d'*ankylose*, parfois par adhérences fibreuses entre la tête et le cotyle.

Cliniquement caractérisée par :

1. L'attitude vicieuse, adduction, rotation externe, avec un raccourcissement *fonctionnel énorme*, jusqu'à 10 centimètres.
2. A l'examen : *limitation* des mouvements passifs opposés, avec gros craquements; *claudication* plus ou moins marquée, le membre malade plonge (déhanchement) la marche avec béquilles peut être difficile.

En résumé, infirmité parfois marquée, résultant de la claudication et du degré d'impotence.

L'amyotrophie, les douleurs (spasmes, contractures musculaires) s'y ajoutent parfois.

Si certaines pseudarthroses serrées sont compatibles avec un fonctionnement satisfaisant, elles ne sont guère qu'un pis aller à éviter, même chez le vieillard où l'obligation impérieuse du lever ne devrait pas s'opposer à toute tentative de consolidation.

2° **La coxavara,** rare dans la fracture cervicale vraie, est sous ou juxta-capitale.

Fréquente dans la cervico-trochantérienne où elle est juxta-trochantérienne.

Elle peut être tardive, lente, progressive, relevant d'une fracture incomplète (chez l'enfant).

Elle peut être immédiate, par pénétration fragmentaire, *non réduction de l'abduction du fragment supérieur.*

Cliniquement : une attitude vicieuse; adduction 45 degrés; rotation externe; raccourcissement *fonctionnel* de 5 à 6 centimètres; somme du raccourcissement *réel* (1 à 3 centimètres) par diminution de l'angle d'inclinaison, et *apparent,* par inclinaison du bassin et élévation de l'épine iliaque supérieure (attitude compensatrice de l'adduction), saillie et ascension marquée du grand trochanter.

2. A l'examen : limitation de l'abduction et de la rotation interne; claudication et douleurs.

La coxa valga, avec attitude inverse (abduction, flexion, rotation interne), est rare.

3. Complications articulaires : ce sont les lésions habituelles d'arthrite déformante plus ou moins douloureuse avec amyotrophie et ankylose variable.

Elles permettront d'opposer ainsi les deux pronostics.

PRONOSTIC

Vital, chez le vieillard (mort 16 à 27 p. 100).
Amélioré dans l'ensemble ces dernières années.

Fonctionnel, chez l'adulte. Grave lui aussi, étant donné la difficulté du traitement.

Basé sur le degré de l'attitude vicieuse, de la limitation des mouvements, des raideurs articulaires, des douleurs persistantes, important à évaluer dans les accidents du travail (inapacité temporaire de dix à douze mois).

DIAGNOSTIC

— Il est facile.

— La fracture du col est d'un diagnostic à peu près évident en clinique.

— La difficulté est de conclure à l'engrènement ou à la non pénétration.

La radiographie tranche en dernier ressort.

Le **diagnostic différentiel** est cependant à envisager d'avec trois ordres de lésions : *luxation de la hanche*; *fractures du bassin*; *fractures diaphysaires du fémur.*

Il comprend d'autre part la discussion des *fausses fractures du col*, basée sur les divergences pathogéniques.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 30, p. 502, et n° 32, p. 534.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — M. le médecin-major de 2e classe Louis Buffler. (*J. O.*, 23 avril 1927.)

MÉRITE AGRICOLE. — Est nommé :

Au grade de commandeur. — M. le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris. (*J. O.*, 23 avril 1927.)

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE UROLOGIQUE DE NECKER (M. le professeur Félix LEGUEU.) — Un cours de perfectionnement d'urologie chirurgicale aura lieu du mercredi 8 juin 1926 au samedi 18 juin inclusivement, il comportera 10 leçons théoriques, 10 leçons de technique urologique, 10 leçons pratiques.

Renseignements et inscriptions : docteur Fey, chef de clinique à la clinique urologique de Necker, 151, rue de Sèvres, à Paris, prix total : 1.000 francs.

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — Un cours complémentaire clinique d'oto-rhino-laryngologie sera fait sous la direction du professeur Sebileau, par MM. Dufourmentel, Miegeville, Bonnet-Roy, Truffert, Winter et Harburger.

Il commencera le 2 mai 1927 à 10 h. à l'Hôpital Lariboisière (pavillon Isambert) et comprendra dix leçons qui seront faites du 2 au 17 mai.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

Droit d'inscription : 250 fr.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. — Cours de perfectionnement, du 27 juin au 10 juillet 1927, sous la direction de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas et sur le diabète.

Inscription au secrétariat de la Faculté de médecine. — Droit : 200 fr.

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE. — Organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose par M. le professeur Emile Sergent, ce cours aura lieu à la clinique médicale propédeutique de la Charité du lundi 13 juin au samedi 9 juillet 1927.

Il sera fait avec la collaboration de MM. Babonneix, Bertier, F. Bordet, Cottenot, Courcoux, Couvreux, H. Durand, Evrot, Genevrier, Grellety-Bosviel, Mme Gouin, MM. Haas, d'Heucqueville, Kuss, Laurens, Louste, Mignot, Oury, Pignot, Pruvost, Ribadeau Dumas, Turpin et Viguerie.

La première conférence aura lieu le lundi 13 juin à 9 h. 30; des exercices pratiques auront lieu chaque après-midi; dans la matinée, les élèves seront répartis dans les services hospitaliers des conférenciers et les cours théoriques auront lieu chaque jour à 15 h. 30 et à 17 heures.

Les exercices pratiques et le stage hospitalier seront réservés aux boursiers du Comité national (s'adresser 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs) et aux élèves ayant versé un droit d'inscription de 250 fr. au secrétariat de la Faculté (guichet 4, les lundis, mercredis et vendredis de 15 à 17 heures).

Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Une affiche ultérieure donnera le programme détaillé des conférences.

CLINIQUE TARNIER. — M. le professeur Brindeau, cours du soir gratuit, sur le nouveau hépathologique, 9 mai-30 mai, à 20 h. 45.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le cours de perfectionnement français annuel du professeur Portmann aura lieu du 4 au 16 juillet 1927, avec la collaboration de MM. les professeurs Lagrange, Petges, Rechou et Mauriac, de MM. les professeurs agrégés Dupérié, Leuret, Papin et Jeanneney, et de MM. les docteurs Moreau, ancien chef de clinique, et Despons, chef de clinique.

Droit d'inscription : 300 fr.

On est prié de se faire inscrire, dès que possible, à la Faculté de médecine, place de la Victoire, Bordeaux.

HÔPITAL LAENNEC. (Service du docteur H. Bourgeois.) — LA DIATHERMIE EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur H. Bourgeois et les docteurs Fouquet et Lemoine commenceront, le lundi 2 mai 1927, une série de huit leçons.

Ce cours, dont le nombre des auditeurs est limité à six, aura lieu tous les matins à 10 h., et, en outre, le 2 et le 3 mai, à 16 h.

Prix du cours : 600 fr. — S'adresser au docteur Fouquet.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les docteurs P. Winter, N. Carréga et Harburger, chefs de clinique, commencera le lundi 2 mai 1927, à 14 h.

Droit d'inscription : 350 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

CHIRURGIE DE L'APPAREIL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — *Technique opératoire*, par MM. P. WINTER, N. CARRERA, HARBURGER, chefs de clinique.

Nombre de leçons : dix.

Jours et heures des leçons : lundi, mercredi, vendredi, à 14 heures.

Début du cours : lundi 2 mai à 14 heures.

Lieu d'inscription : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

INSTITUT DU CANCER. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SOUS LA DIRECTION DU PROFESSEUR ROUSSY. — Un cours de perfectionnement sur le cancer aura lieu à partir du 16 mai 1927, à l'Institut du cancer, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Ce cours, destiné aux médecins français et étrangers et aux étudiants, comprendra 28 leçons, des démonstrations pratiques et cliniques, des visites et des conférences. Il donnera lieu à l'attribution d'un diplôme.

Inscription au secrétariat de la Faculté de médecine.

Droit : 250 fr.

ENGHIEN. — L'ouverture de la saison thermale est fixée au 23 mai. Comme chaque année, la direction de l'Etablissement thermal mettra gracieusement ses services à la disposition de MM. les médecins et de leurs familles (femme et enfants non mariés).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Joseph Martin (de Penne-en-Agenais); S. de Bruin, professeur de clinique pédiatrique à l'Université d'Amsterdam; Schickelé, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Strasbourg; Paul Vulliéty (à Davos); Henri Ceresole (à Morges).

Jules BŒCKEL

C'est un grand chirurgien qui vient de disparaître, c'est aussi un grand patriote. Toute la vie de Jules Bœckel a été en effet dominée par son amour pour la France.

Après avoir montré, en 1870, un véritable courage civique en tenant tête aux Allemands quand ils nous prirent Strasbourg, puis en refusant les honneurs universitaires qui lui étaient offerts, Jules Bœckel n'eut pas d'autre pensée que de maintenir intacte l'idée française. Malgré toutes les vexations, pendant quarante ans, il publia en français la *Gazette médicale de Strasbourg* qu'il rédigeait presque seul.

Dans ce précieux recueil scientifique ses travaux continuèrent la grande tradition chirurgicale de J.-L. Petit, Lauth, Sédillot, Stolz, Hergott et Kœberlé.

En mars 1914, Jules Bœckel atteint par la limite d'âge dut quitter son service de chirurgie, la Société de chirurgie lui conféra alors son titre le plus élevé celui de *membre honoraire*. La même année il fut nommé membre associé national de l'Académie de médecine.

Quand survint la guerre de 1914, le vétéran de 1870 put passer en France et il dirigea un service chirurgical important à Lyon, puis rentré à Strasbourg avec le maréchal Pétain il eut la joie d'assister, revêtu de la tenue bleu horizon et portant la croix de commandeur de la Légion d'honneur, à l'entrée de nos troupes dans Strasbourg libérée.

Au moment de la réorganisation de l'Université, Jules Bœckel fut nommé professeur honoraire bien que son activité eût plutôt paru le désigner pour une chaire.

En 1921 il eut la joie de présider à Strasbourg le XXXe Congrès français de chirurgie. Nous avons gardé un souvenir plein d'émotion de la séance dans laquelle le regretté Richelot au nom de l'Association française de chirurgie remit à Bœckel une plaquette à son effigie. Puis Potherat, Monprofit, eux aussi disparus, vinrent dire au maître vénéré de Strasbourg leur admiration et leur affection en lui apportant l'accolade fraternelle des chirurgiens de France.

Nous nous inclinons très tristement et très respectueusement devant la mémoire du grand patriote en priant son fils le docteur André Bœckel de croire à notre très profonde et douloureuse sympathie.

F. L. S.

NOTES DE PRATIQUE

CIRRHOSE DU FOIE

Régime lacté. Révulsifs sur la région hépatique : compresses échauffantes (Robin) ou vésicatoires volants (10/5) laissés en place 6 heures et renouvelés tous les 10 jours. Massage abdominal.

Alterner le sulfate de soude avec le calomel (Huchard) : 8 jours de suite, une cuillerée à café de sulfate de soude dans un verre d'eau; les huit jours suivants, un paquet de calomel (0g02 à 0g03) à prendre à jeun.

Combattre l'ascite par la médication diurétique : Théosalvose phosphatée (2 à 4 cachets de 0g50 par jour).

VIe CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE

(Lyon, avril 1927.)

Le VIe Congrès national de la tuberculose, qui a tenu ses assises à Lyon, s'est terminé le 14 avril après quatre journées de travaux bien remplies. Est-ce le nombre des congressistes, est-ce l'intérêt des questions inscrites au programme, ou n'est-ce pas plutôt son organisation particulièrement heureuse qui lui a valu un succès qui semble avoir dépassé cette année tous les succès antérieurs?

Le lundi 11 avril, à 9 heures, dans le grand amphithéâtre comble de la Faculté de médecine, le président du Congrès, M. le docteur Mouisset, prend la parole et évoque les Lyonnais dont les noms restent à jamais attachés au souvenir de la lutte antituberculeuse : les Ollier, les Tripier, les Gangolphe, les Auguste et Maurice Pollosson, Poncet, Chauveau, Arloing Weil, Jules Courmont, enfin Bard, Dumarest et Guinard.

M. Herriot, maire de Lyon, ministre de l'Instruction publique, qui préside la séance d'ouverture, vient à son tour ajouter à cette longue liste le nom de M. Mouisset lui-même, dont l'idéal élevé et le zèle infatigable ont puissamment contribué à intensifier la lutte antituberculeuse dans le département du Rhône; puis il insiste sur la nécessité, dans la guerre contre les grands fléaux sociaux, d'une collaboration de plus en plus étroite entre le médecin et l'administrateur, et termine en rendant hommage au grand organisateur que fut Jules Courmont dans le domaine de l'hygiène sociale. Commence alors l'exposé des communications scientifiques, et M. Paul Courmont (Lyon) a la parole sur les *bases expérimentales des réactions d'allergie dans la tuberculose*.

Les bases expérimentales des réactions d'allergie dans la tuberculose.

Le mot *allergie*, créé par Pirquet, signifie changement d'état d'un organisme après une première inoculation de microbes ou de toxines. Ces réactions d'allergie se manifestent différemment pour la tuberculine ou pour les corps bacillaires.

a. **Réactions à la tuberculine.** — La tuberculine est sans effet sur les sujets sains; chez les sujets tuberculeux, la sensibilisation à la tuberculine se témoigne par des *réactions générales* (fièvre), des *réactions focales* (congestion des foyers tuberculeux), des *réactions locales* (cuti et intradermo-réactions). Parmi les différentes théories proposées pour expliquer le mode d'action de la tuberculine, la *théorie des lysines* de Nicolle semble donner l'explication la plus satisfaisante. Cette sensibilisation de l'organisme vis-à-vis de la tuberculine ne se constitue qu'après une certaine incubation ou *période antéallergique* dont on connaît l'importance pratique en clinique infantile. Cette sensibilisation est produite par la tuberculose elle-même, mais les lésions tuberculeuses ne sont pas nécessaires; ce qui importe, c'est l'assimilation, la digestion par l'organisme des protéines bacillaires. Quelle est la nature de ces phénomènes d'hypersensibilité des tuberculeux à la tuberculine? Peuvent-ils être assimilés à des réactions d'*anaphylaxie?* Il semble bien y avoir des différences notables entre les deux phénomènes : la tuberculine elle-même n'est allergisante que chez les tuberculeux, l'anaphylaxie passive à la tuberculine n'est pas constante et les phénomènes d'anti-anaphylaxie sont douteux; de plus, la tuberculine ne produit pas d'*immunité,* ni contre la tuberculose, ni contre elle-même, elle se borne à de simples phénomènes d'*accoutumance*. La spécificité expérimentale de la tuberculine n'est d'ailleurs pas rigoureuse; les animaux peuvent être sensibilisés par d'autres produits que les bacilles de Koch, par des bacilles paratuberculeux par exemple; de plus, les toxines de ces mêmes bacilles agissent dans le même sens que la tuberculine; enfin, les produits divers : peptones, sérums, corps chimiques donnent chez le tuberculeux certaines des réactions d'hypersensibilité. La tuberculine est donc un antigène incomplet et elle ne conduit pas l'hypersensibilité à l'immunité.

b. **Réactions aux corps bacillaires tuberculeux.** — Par opposition à la tuberculine, les corps bacillaires constituent l'*antigène complet,* à la fois préparant et déchaînant; ils produisent l'hypersensibilité et déterminent les réactions qui la caractérisent; ce sont : 1° *des réactions de surinfection,* telles que le *phénomène de S. Arloing*, qui consistent en phénomènes toxiques rapides d'ordre vaso-moteur relevant d'anaphylaxie microbienne; 2° *des réactions éliminatrices* telles que le *phénomènes de Koch*, d'ordre vaso-moteur mais avec prédominance de manifestations cellulaires locales, qui constituent des réactions à tendance favorable; 3° *des réactions diverses de surinfection* qui s'accompagnent de modifications variées des lésions tuberculeuses de primo-infection ou réinfection.

Ces réactions varient avec la gravité de la tuberculose, l'ancienneté de l'infection, la virulence et la dose des bacilles inoculés. La cause de ces phénomènes réside dans les corps bacillaires; les protéines bacillaires agissant comme agents irritants et toxiques et les bacilles morts donnent ces réactions d'allergie; mais la vitalité et la virulence ont une action sur la modalité des réactions.

c. **Quels sont les rapports des phénomènes d'hypersensibilité avec l'anaphylaxie et l'immunité au sujet des corps bacillaires?** — L'anaphylaxie aux corps bacillaires est prouvée par la réinoculation intracérébrale et le phénomène de Koch peut être comparé au phénomène d'Arthus, les rapports d'hypersensibilité et d'immunité sont plus difficiles à préciser. Certains auteurs dissocient complètement les deux phénomènes, d'autres en font les étapes d'un même processus. Ces deux états sont en général indépendants : l'immunité est le but à atteindre avec le minimum d'hypersensibilité, puisque cette dernière peut produire des réactions exagérées qui vont à l'encontre du but, mais *l'immunité ne semble pas pouvoir se produire sans hypersensibilité*.

La conclusion de toutes les considérations précédentes, c'est que dans la tuberculose plus que dans toute autre maladie, il y a intrication des *phénomènes d'allergie*, des *phénomènes de protection* et de *prédisposition*, d'*immunité*, et d'*anaphylaxie*.

Au cours de la *discussion* de ce rapport sont successivement entendus :

M. Bezançon (Paris), qui insiste sur la distinction à établir entre le *phénomène de Koch local* et les réactions pulmonaires, à la suite des réinoculations de bacilles; il se produit au niveau des poumons une congestion intense avec alvéolite desquamative qui est bien différente du *phénomène de Koch*.

M. Philibert (Paris), qui consigne les résultats de ses recherches sur les phénomènes de réinfection pulmonaire par inhalation.

M. F. Arloing (Lyon), qui donne une description détaillée des manifestations qui caractérisent le *phénomène de S. Arloing*; les troubles observés peuvent entraîner la mort en vingt-quatre heures ; ils consistent en une violente congestion œdémateuse des poumons avec modifications importantes de la respiration et de la température.

M. Dufourt (Lyon), qui rappelle ses recherches récentes avec F. Arloing sur les formes filtrantes du bacille tuberculeux; avec l'inoculation de ces formes filtrantes, la période antéallergique est notablement plus longue qu'avec l'inoculation des formes ordinaires ; ces constatations concordent

parfaitement avec la notion du raccourcissement de la période antiallergique avec la plus grande virulence des cultures.

Les facteurs de terrain, autres que l'allergie, dans l'infection tuberculeuse.

La séance est reprise l'après-midi à 14 h. 30 pour l'exposé du rapport de MM. Sergent et R. Turpin (Paris), sur *les facteurs de terrain, autres que l'allergie, dans l'infection tuberculeuse.*

Certes, les conditions humorales (état humoral vierge ou allergique) expliquent les modes si différents d'évolution d'une tuberculose de primo-infection ou d'une tuberculose de réinfection; la voie d'introduction, la virulence, la qualité et la quantité, l'état morphologique des microbes sont des facteurs importants, mais ils ne suffisent pas pour expliquer complètement le polymorphisme des formes évolutives et pour régler les conditions de réévolution. Il est certain qu'après une période de prépondérance bactériologique trop exclusive, on revient à donner au facteur *terrain* sinon sa supériorité de l'ère prépasteurienne, tout au moins la juste part de son importance. En se tenant sur le terrain même de la biologie, n'est-on pas obligé d'admettre que des *qualités humorales non spécifiques*, indépendantes de l'imprégnation bacillaire, sont susceptibles de modifier les conséquences de celle-ci? Ce que nous enseigne la bactériologie au sujet des nombreuses conditions physico-chimiques à réaliser pour obtenir une culture du bacille, sa fragilité lorsqu'un des éléments essentiels vient à être supprimé, ses modifications morphologiques parallèles avec les variations du milieu, enfin la perte même de ses propriétés tuberculigènes en milieu bilié par exemple, comme l'a montré Calmette, mettent en valeur l'importance capitale du terrain. Des exemples analogues sont offerts par la pathologie comparée; tous les animaux ne réagissent pas semblablement à l'infection tuberculeuse; peut-on comparer la tuberculose expérimentale du cobaye et celle du lapin? Que penser des différences de tuberculisation des bovidés et des équidés et que penser aussi de l'état réfractaire de certaines espèces?

Dans cette étude du terrain, il importe de faire une distinction absolue entre la tuberculose de l'enfant et celle de l'adulte; d'un côté, en effet, il faut envisager les conditions qui semblent favoriser ou inhiber une primo-infection; de l'adulte, au contraire, il faut rechercher les causes physiologiques ou pathologiques qui peuvent ou non aider à un réveil d'une infection latente.

a. **Pour la tuberculose de l'enfant,** sans méconnaître la valeur de l'infection, il faut admettre qu'il y a dans certains cas des facteurs autres que le bacille, car les exemples sont nombreux d'enfants de souches différentes, exposés à la même contagion, qui n'ont pas réagi de la même façon vis-à-vis de l'infection. C'est de ces considérations qu'est née la conception de l'*hérédité de prédisposition de Peter*. Wright et Lewis se sont efforcés de mesurer la valeur de cette hérédité de prédisposition en étudiant 214 familles groupant 5.629 individus; ils concluent que la tuberculose est plus fréquente chez les descendants de tuberculeux. Ces résultats sont confirmés par Sergent et Vidrasco qui, sur 1.000 tuberculeux, ont pu trouver une hérédiié similaire sur 340 cas.

b. **Dans la tuberculose de l'adulte,** les étapes physiologiques de l'existence impriment à la tuberculose une évolution particulière; l'enfant, l'adulte, le vieillard ne font pas leur tuberculose de la même manière; ces différentes modalités cliniques paraissant surtout en rapport avec l'immunisation acquise à la suite d'infections antérieures. Il n'en est pas de même du rôle de la *puberté*, de la *grossesse*, de l'*accouchement* et de la *ménopause*, états dans lesquels le rôle joué par le système endocrino-végétatif semble des plus importants et auxquels correspondent des modifications profondes du métabolisme général de l'organisme, de l'équilibre physico-chimique des humeurs.

A côté des modifications intrinsèques du terrain, il faut également faire une part importante à toutes celles qui résultent du contact avec le milieu extérieur. Peut-on nier le rôle de la salubrité des locaux, de la misère, de l'alimentation, et en particulier des carences alimentaires sur lesquelles a insisté Mouriquand, de la profession, de certaines maladies?

En résumé, tous les facteurs précédents peuvent modifier les caractères anatomiques et cliniques d'une tuberculose préexistante, et cela sans l'intervention d'une réinfection tuberculeuse hétérogène. Ces causes, pour la plupart *anergisantes*, peuvent entraîner des modifications humorales de terrain autres que celles qui sont d'ordre spécifique. Ces modifications sont conditionnées par les états physiologiques et pathologiques aussi bien d'ordre héréditaire que d'ordre acquis. Ces modifications humorales s'exercent-elles par l'intermédiaire de glandes? Le corps thyroïde, entre autres, semble jouer un rôle particulièrement actif. Quel est le rôle de la cholestérine, des sels calcaires? Les résultats des recherches faites dans ce sens sont contradictoires, et il faut reconnaître que nous ne sommes pas encore capables de définir la forme physico-chimique du terrain tuberculisable ou retuberculisable.

On passe alors à la *discussion.*

M. Courmont (Lyon). En restant dans le domaine de la biologie pure, on constate des différences très nettes au sujet de l'allergie dans les espèces animales; ce fait est déjà un argument en faveur de l'importance du terrain.

M. Bezançon (Paris), en montrant l'insuffisance des conditions biologiques pures, établit une distinction entre le *terrain de fond*, le terrain des endocriniens par exemple, et le *terrain accidentel* qui est modifié par le surmenage sous toutes ses formes physiques et intellectuelles.

M. Rist (Paris). Parmi les facteurs de terrain, il semble qu'on ait exagéré le rôle joué par l'*alcoolisme* et qu'on se soit montré trop indulgent vis-à-vis des *sports* qui sont manifestement nocifs quand ils sont exagérés. Le *chagrin* semble jouer aussi un rôle important, et les recherches sur la tuberculose conjugale montrent que dans trois quarts des cas l'évolution de l'un des conjoints se fait après la mort de l'autre. Peut-être pourrait-on trouver dans le domaine de l'anthropologie certains éclaircissements aux différences de sensibilité vis-à-vis de la tuberculose; l'étude des *groupes sanguins* a montré que les sujets du groupe II payaient le plus lourd tribut à la tuberculose.

M. Jacquerod (Leysin) insiste sur le rôle de l'*alimentation*; la viande et les graisses paraissent s'opposer au développement de la tuberculose plus que ne le font le sucre et les farineux; ce qu'il faut ce n'est pas l'adiposité mais de la *graisse circulante*.

MM. Leuret et Aubertin pensent que le rôle *du foie* est primordial dans la lutte contre l'infection tuberculeuse; leurs recherches chez les tuberculeux évolutifs ont toujours montré des signes de déficience hépatique; ils pensent qu'on peut parler d'*hépato-pronostic*.

M. Bard (Lyon) pense qu'il y a dans la question du terrain une distinction capitale à établir entre la *défense* et *l'invulnérabilité*.

M. Cordier (Lyon). Il semble qu'on ait considérablement exagéré le rôle de l'ovaire dans l'évolution de la tuberculose; comme l'a montré Despeignes, la période menstruelle n'amène au niveau des lésions pulmonaires que des poussées congestives éphémères sans rapport avec une évolution; par contre, le rôle du corps thyroïde semble des plus importants. Pierre Delore a essayé d'analyser la formule physico-chimique du terrain tuberculeux par l'étude de la réserve alcaline et du CO^2 alvéolaire; les modifications observées semblent une résultante plutôt qu'une condition de l'évolution.

M. COURMONT insiste sur le danger de faire connaître au gros public les notions acquises sur l'hérédité de la tuberculose par la découverte des formes filtrantes du bacille de Koch et revient au rôle du surmenage que démontre la fréquence des évolutions après la période des examens. Contrairement à M. Rist, il croit que l'alcoolisme n'est pas un facteur négligeable pour la préparation du terrain à la tuberculose.

La fin de l'après-midi est consacrée à la visite de certaines organisations sanitaires : dispensaire d'Oullins, préventorium de Charly, hôpital-sanatorium de Sainte-Eugénie, pavillon Michel-Perret, hôpital-sanatorium du Perron, et le soir, dans le cadre grandiose des salons de l'Hôtel-de-Ville, les membres du Congrès sont conviés à une réception par M. le ministre Herriot, maire de Lyon, et la municipalité lyonnaise.

La thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Mardi 12 avril, à 9 h. 30, la deuxième journée du Congrès débute par le rapport de MM. Léon BÉRARD (Lyon) et DUMAREST (Hauteville) sur *la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*.

M. DUMAREST prend le premier la parole. Après un historique sur la thoracoplastie, il expose le but de la méthode : *a. l'immobilisation de l'organe*; *b. son exclusion fonctionnelle*; *c. la réduction* ou la *quasi-suppression de la circulation sanguine et lymphatique*. Ce but, qui est en somme celui de toute collapsothérapie, se trouve donc être également celui du pneumothorax, mais pneumothorax et thoracoplastie diffèrent par les moyens d'atteindre ce but; de plus, la gravité encore très inégale de ces deux méthodes devra faire préférer le pneumothorax, en dépit de la conception de l'école allemande, toutes les fois qu'on pourra le réaliser; en plus de sa gravité moindre, le pneumothorax est plus efficace, et en cas d'insuccès il ne laisse rien d'irréparable derrière lui. Cependant les lésions pulmonaires auxquelles s'adressent ces deux modes de collapsothérapie sont un peu différentes. La thoracoplastie, qui nécessite une grande résistance des malades, ne sera applicable qu'aux formes à tendance fibreuse et à une période tardive de leur évolution. Par contre, le pneumothorax reprend tous ses droits dans les formes caséifiantes et rapidement destructives. Dans les deux cas, la question de l'unilatéralité des lésions se pose, mais dans la thoracoplastie l'unilatéralité doit être beaucoup plus rigoureuse; de plus, consistant en un acte opératoire grave, il est indispensable que le malade à opérer ait une résistance organique parfaite, d'où la nécessité d'examens médicaux méticuleux et répétés.

Quelles sont les indications comparées de la thoracoplastie, de la phrénicectomie et du pneumothorax? — 1° La *thoracoplastie peut être considérée comme un succédané du pneumothorax, possible ou irréalisable*, mais c'est « un équivalent inférieur du pneumothorax », sauf pour certaines lésions ulcérées de la base; on pourra d'ailleurs dans ce cas la combiner à la phrénicectomie. Elle est le traitement de choix des lésions ulcéro-fibreuses anciennes, symphysées, unilatérales, inactives ou peu, avec bon état général et sans lésions organiques. 2° La *thoracoplastie* peut être utilisée comme *complément d'un pneumothorax abandonné* ou *insuffisant*. C'est ici qu'elle trouve ses plus nombreuses indications et ses meilleures chances de réalisation, l'épreuve antérieure du pneumothorax ayant montré les bons résultats du collapsus. 3° La *thoracoplastie* peut être de mise *dans le traitement de certaines pleurésies tuberculeuses des fistulisations pleuro-pulmonaires et pleuro-pariétales*. A côté de la thoracoplastie existent des moyens accessoires tels que la *pneumolyse extrapleurale* et surtout la *phrénicectomie*. Cette méthode peut être utilisée soit : 1° *à titre d'opération autonome* dans les affections du lobe inférieur quand le pneumothorax n'est pas réalisable, dans les tuberculoses fibro-caséeuses graves évolutives après échec du pneumothorax et si la thoracoplastie est inapplicable, comme moyen d'épreuve fonctionnelle de l'autre poumon ayant une thoracoplastie, comme traitement d'hémoptysies récidivantes de la base en cas d'échec du pneumothorax, enfin comme traitement de gêne cardiaque occasionnée par les grosses fibroses symphysées; 2° *à titre de moyen associé*, la phrénicectomie peut être recommandée comme adjuvant d'un pneumothorax partiel ou d'une thoracoplastie à laquelle elle constitue un acheminement.

Ces indications étant nettement définies, M. BÉRARD poursuit l'exposé du rapport en précisant certains points d'ordre technique. Il insiste avant tout sur le rôle primordial qu'il convient d'attribuer au médecin, car c'est d'examens médicaux méticuleux et prolongés que dépend en grande partie le succès de l'opération. Après avoir donné autrefois la préférence à la thoracectomie en un temps, il a recours plus volontiers actuellement à la thoracectomie en plusieurs temps.

Le mode d'anesthésie est variable suivant les malades : l'*anesthésie générale* aura la préférence chez les sujets jeunes, surexcitables, dans le cas d'hypotension ou quand l'état général amoindri fait redouter le shock postopératoire; par contre, lorsque l'expectoration est très abondante, il faut préférer l'anesthésie régionale qui sauvegarde le réflexe de la toux. Les résultats statistiques de M. Bérard sont les suivants :

Opérés	91
Guérisons	26 à 28 p. 100
Améliorations	20 à 22
Résultats incomplets ou nuls.	4 à 4,3
Décès postopératoires	17 à 18
Décès tardifs	19 à 20
Résultats inconnus	5

M. GUILLEMINET, chef de clinique de M. BÉRARD, vient ensuite présenter dix malades opérés avec succès dans le service de M. Bérard, en même temps que sont projetés les photographies et les clichés radiographiques concernant ces malades, puis M. Bérard conclut en disant que par ses résultats la thoracoplastie est une méthode désormais consacrée; les chiffres mêmes des statistiques actuelles n'ont pas de valeur absolue, car ils seront progressivement améliorés par le perfectionnement de la technique et surtout par la mise au point des indications sur laquelle devront surtout à l'avenir porter les efforts. Prennent part à la *discussion* :

M. SAYÉ (Barcelone), qui apporte les résultats de sa statistique qui comporte une guérison de 30 p. 100, et conseille la méthode des résections très étendues en deux ou trois séances. Plusieurs fois il a complété le traitement par la sanocrysine.

M. TOUSSAINT (Bruxelles), M. TAPIE (Toulouse) viennent également consigner leurs résultats, le dernier insistant surtout sur les interventions combinées; enfin, la séance se termine sur un exposé de M. ROUX (Lausanne) qui insiste à son tour sur le rôle capital du médecin dans la thoracoplastie et donne des détails sur sa technique personnelle.

Valeur sémiologique de l'examen bactériologique des crachats dans la tuberculose pulmonaire.

A 14 h. 30, M. CORDIER (Lyon) vient faire l'exposé de son rapport sur la *valeur sémiologique de l'examen bactériologique des crachats dans la tuberculose pulmonaire*. Cette question est restée à l'ordre du jour depuis le Congrès de Strasbourg, où il a déjà été présenté un rapport à ce sujet par MM. RIST et AMEUILLE. Après avoir insisté sur la nécessité d'une recherche méthodique et prolongée dans les crachats avant de conclure négativement, avec examens directs, homogénéisations répétées et, en cas de carence, recherche dans le liquide gastrique, M. CORDIER arrive aux conclusions suivantes :

1° **La présence de bacilles de Koch dans les crachats est la règle à peu près absolue au cours de toute tuberculose pulmonaire évolutive.** — Il existe toutefois un certain nombre de sujets qui, tout en présentant des signes de bacillose pulmonaire, ne rejettent pas de bacilles. Si on élimine les faux tuberculeux, on trouve parmi ceux-là : des tuberculeux cicatrisés, des sujets porteurs de pneumothorax, enfin de vrais tuberculeux qui ne font leur preuve bactérioscopique que plus tard. Ces sujets qu'il serait très important de ne pas méconnaître, sont, d'après les statistiques, réduits aux chiffres de 1 à 2,5 p. 100; ils correspondent aux formes infantiles et juvéniles, aux granulies lentes, aux lésions post-pleurétiques basales, aux processus de base, aux broncho-alvéolites incipientes et surtout aux formes scléreuses à évolution torpide. Or cette absence de bacilles n'est presque jamais définitive; tôt ou tard, l'évolution s'affirmant, les bacilles apparaissent. Comme conclusion, on peut dire, qu'après élimination des fausses tuberculoses, un malade qui présente tous les signes cliniques d'une tuberculose pulmonaire mais sans bacilles dans les crachats doit cependant être tenu pour suspect; mais si dans un délai de six mois, l'absence de bacilles est confirmée, on peut le considérer comme un tuberculeux cicatrisé.

2° **La présence des bacilles de Koch dans les crachats n'est pas une preuve absolue d'évolution** et on ne saurait trop insister sur les formes de tuberculose stagnantes avec élimination de bacilles sans extension clinique des lésions.

3° On peut considérer **l'intermittence des émissions de bacilles** comme un **signe favorable** surtout après une longue période d'émissions continues.

4° On ne peut parler de **tarissement réel** qu'après **six mois d'examens** complets et constamment *négatifs* et répétés une à deux fois par mois.

5° Il ne semble pas **qu'on puisse établir un pronostic d'après le nombre de bacilles** par champ, non plus que par leur *aspect morphologique*.

Au cours de la *discussion* :

M. Jullien (Lyon) apporte le résultat d'observations faites au cours d'expertises militaires. Il conclut que la recherche des bacilles dans les crachats est la pierre angulaire du diagnostic : positive, elle a une valeur absolue, mais négative si les signes cliniques sont importants, il faut chercher autre chose que la tuberculose; en tout cas la recherche des bacilles ne peut résumer à elle seule la question de la tuberculose, les émissions peuvent être tellement espacées qu'il faut pouvoir se passer d'elles.

MM. Armand Weill et Vibert insistent sur la recherche des bacilles dans le liquide stomacal.

M. Martin (Paris) compare les résultats fournis par la bactérioscopie avec les renseignements donnés par la radiologie.

M. Dumarest (Hauteville) proteste contre le délai de six mois proposé par M. Cordier pour laisser au malade le temps de faire sa preuve bactérioscopique; pour lui, c'est un délai de six ans au moins qu'il faut lui accorder, car il est des formes tuberculeuses qui échappent pendant des années au contrôle bactériologique : les formes ganglionnaires, les formes post-pleurétiques et surtout les fibroses à évolution lente.

M. Guinard (Bligny) insiste sur l'importance de la bactérioscopie, M. Barbary (Nice) parle d'une méthode d'enrichissement des crachats.

M. Rist (Paris) pense, comme M. Cordier, que la plupart des tuberculeux arrivent à faire leur preuve bactérioscopique, mais en pratique il ne faut pas attendre cette confirmation et il faut s'appuyer sur un bon examen clinique. D'autre part, s'il est regrettable de laisser passer un tuberculeux, on ne saurait aussi assez insister sur les graves conséquences qu'il y a de considérer comme tuberculeux un sujet qui ne l'est pas.

M. Courcoux (Paris). Si la bactérioscopie peut donner la clé du problème, et si dans le milieu hospitalier on a les facilités de multiplier les examens à cet effet, dans la pratique du dispensaire, par exemple, il faut savoir faire rendre à l'examen clinique tout ce qu'on peut attendre de lui.

M. Jacquerod (Leysin). La seule preuve indiscutable de tuberculose pulmonaire est la présence de bacilles dans les crachats; leur diminution après une longue période d'émission abondante est un signe favorable.

MM. Leuret et Boureille ne reconnaissent également qu'un signe certain de bacillose : la présence du bacille.

MM. Thévenot et Arloing (Lyon) insistent sur la technique de centrifugation des crachats et sur la nécessité de faire toujours précéder l'homogénéisation d'un examen direct.

M. Sergent (Paris) souligne la distinction à faire entre une tuberculose active et une tuberculose évolutive; le diagnostic de la tuberculose est ou très facile ou presque impossible.

M. Philibert (Paris) parle de la méthode d'autolyse des crachats.

M. Piéry (Lyon) attire l'attention sur certains cas où, l'homogénéisation s'étant montrée positive, l'inoculation au cobaye a été négative; peut-être y a-t-il à ce fait autre chose qu'une raison paucibacillaire et peut-être la question des virus tuberculeux filtrants apportera-t-elle une explication. Malgré ce qui a pu être dit à ce sujet, M. Piéry pense également que la morphologie des bacilles n'est pas dépourvue de toute signification pronostique.

M. Bezançon (Paris) insiste à son tour sur la nécessité de commencer tout examen de crachats par l'examen direct; malgré le secours de la bactérioscopie, la méthode de clinique générale doit garder toute sa valeur; il ne faut s'exposer non plus à méconnaître la tuberculose dans ses formes larvées : que de bronchites cataloguées banales ne sont que de la *petite tuberculose fibreuse*, prélude de lésions classiques plus graves!

M. Bard (Lyon) est du même avis que M. Rist; il est quelquefois plus préjudiciable au malade de le considérer à tort comme un tuberculeux que de le méconnaître, petit tuberculeux qui guérira souvent sans aucun soin.

La discussion du rapport Cordier est close et les congressistes sont emmenés pour la visite d'une deuxième série de formations sanitaires : pouponnière de Cuire, préventorium de Cuire, internat de plein air du Vernay, maison d'hygiène de la Chaux.

Le soir à 21 h., tous les congressistes se retrouvent à la soirée offerte aimablement au palais du Conservatoire par M. et Mme Mouisset. Le docteur Grange fait défiler par projections de plaques autochromes les coins à la fois les plus artistiques et les plus inconnus de cette délicieuse Provence; ces plaques, dues au talent des docteurs Grange et Darmezin sont si évocatrices dans leur lumineuse reproduction qu'elles soulèvent l'enthousiasme des spectateurs. Cet enthousiasme ne fait que s'affirmer quand, dans la deuxième partie du spectacle, le quatuor Crinlère se fait entendre dans les quatuors de Beethoven et de Debussy.

Préventoriums et placement familial.

La troisième journée du Congrès est réservée aux questions de médecine sociale et de prophylaxie antituberculeuse. A 9 h. 30, est entendu présenté par M. Poix, le rapport de MM. Léon Bernard et Poix (Paris) sur *Préventoriums et placement familial.* L'idée du *préventorium*, exposée pour la première fois par Brouardel en 1905, puis reprise par Grancher en 1906, repose en entier sur la conception qu'en matière de tuberculose plus qu'ailleurs il vaut mieux prévenir que guérir. La ville de Lyon, avec l'appui de M. Herriot, fut la première à mettre en pratique l'intéressante tentative réclamée par le grand phtisiologue parisien en affectant en 1907 à la prophy-

laxie antituberculeuse le magnifique château du Vernay. Le terme de préventorium (qui signifie prévenir) créé par Calmette a d'abord servi à désigner des établissements destinés à recevoir des enfants anémiés, chétifs, susceptibles de constituer une proie facile à l'infection tuberculeuse; mais en 1922, sur la proposition de Léon Bernard. il a reçu sa définition officielle et il est actuellement réservé aux formes curables et non contagieuses de la tuberculose — tuberculoses pulmonaires exclues. Les *indications* du séjour d'un enfant en préventorium ressortissent à trois facteurs : *médical* (ancien lymphatisme et prétuberculose), *prophylactique* (suppression de la surinfection familiale), *social* (familles nombreuses et nécessiteuses). Il existe plusieurs variétés de préventoriums : préventoriums de plaine, de montagne, maritimes, avec leurs indications respectives. Outre ces conditions climatiques, le préventorium doit remplir d'autres conditions de fonctionnement et d'organisation bien déterminées; il doit en particulier être soumis à une surveillance médicale des plus attentives. Le recrutement s'opère surtout par le service d'inspection des écoles et par le dispensaire. Avec toutes les conditions réalisées, les résultats de la cure préventoriale sont généralement excellents ainsi que l'ont montré M. Mouisset et ses collaborateurs par une statistique relative à 1.200 enfants du département du Rhône. A côté du *préventorium*, il y a aussi le *placement familial*, dont nous devons encore à Grancher la conception et la réalisation. C'est sur cette idée que repose toute l'*œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose* : les pupilles sont confiés à d'excellents médecins de campagne qui choisissent les maisons de paysans où ils pourront recevoir tous les soins nécessaires et où ils exerceront eux-mêmes la surveillance médicale.

Médicalement, cette œuvre supprime toutes les causes de la tuberculose sociale, l'enfant étant enlevé à la promiscuité d'un logis infecté de tuberculose. Au début, ces mesures d'isolement ne s'appliquaient qu'aux enfants âgés de plus de trois ans, mais il est intéressant de soustraire l'enfant dès le premier jour au contage familial, et c'est de cette idée qu'est née l'*œuvre du placement familial des Tout-Petits*. Comme l'a montré M. Léon Bernard, les chiffres statistiques qu'il a obtenus à la suite de ses enquêtes sont éloquents : alors que la mortalité des enfants laissés au contact de parents malades est de 82 p. 100, celle des enfants préservés totalement de la contagion familiale est de 5,7 p. 100, et parmi les enfants déjà contaminés mais susceptibles d'être envoyés en placement, de 7,6 p. 100 seulement.

Ce rapport est alors *discuté*.

MM. Armand-Delille et Pontet soulignent l'influence néfaste de la surpension de 7.000 francs pour les réformés de guerre sur la prévention antituberculeuse. Cette mesure a eu pour résultat l'abandon des sanatoriums et le retour dans leurs familles des sujets contagieux.

M. Boureille (Paris) insiste sur l'avantage qu'il y aurait de rallier les différentes corporations à la lutte contre la tuberculose pour que l'exemple des cheminots soit suivi.

M. Eugène Vitry émet le vœu qu'on institue deux variétés de préventoriums, les uns pour les enfants tuberculeux, les autres pour les chétifs susceptibles de le devenir.

M. Mouriquand (Lyon) montre le danger de mettre des enfants trop jeunes en collectivité, à cause de la fréquence et de la gravité toute particulière des maladies contagieuses dans ces conditions; on ne saurait trop insister également sur le choix judicieux des nourriciers, car la tuberculose paraît de plus en plus fréquente à la campagne.

M. Génévrier. La conception de la nécessité d'une cuti-réaction positive pour l'admission en préventorium est injuste, car les enfants qui ont une cuti-réaction négative ont plus besoin encore d'être soustraits à la gravité de la primo-infection.

M. Mouisset se montre très large pour l'admission des enfants au préventorium. Il a gardé au préventorium sa première signification (prévenir) et le fait servir à l'application de l'œuvre Grancher pour la deuxième enfance.

M. Rist propose que le Congrès émette un vœu à adresser aux Pouvoirs publics au sujet du danger de la loi de surpension.

MM. Mouisset, Courmont et Sergent viennent insister sur les abus de la loi des pensions.

De la collaboration du Corps médical avec le dispensaire.

La fin de la matinée est consacrée au rapport de M. Parisot (Nancy) : *De la collaboration du Corps médical avec le dispensatre*. M. Parisot, après avoir rappelé que la création des dispensaires a suscité une certaine réaction dans le Corps médical pratiquant et qu'une certaine animosité à l'égard de ces organismes subsiste encore chez certains médecins, insiste sur la nécessité cependant de plus en plus grande d'une étroite collaboration entre le Corps médical et le dispensaire.

1° *Cette collaboration est nécessaire et importante* à trois points de vue : a. *au point de vue de la lutte antituberculeuse*, de sa vitalité, de son efficacité; b. *au point de vue du malade*, car le diagnostic et la conduite thérapeutique en sont facilitées; c. *au point de vue du médecin*, qui sans cela irait à l'encontre de l'intérêt de son malade, de l'intérêt social et même de son propre intérêt.

2° *Cette collaboration existe déjà en France* et s'exerce : a. *par la collaboration entre le groupement qui a pris en charge l'organisation de lutte antituberculeuse et le Corps médical*; b. *par la collaboration des médecins au dispensaire*; c. *par la collaboration des médecins et des infirmières-visiteuses*. On peut dire que cette collaboration s'est déjà fortement étendue et existe actuellement dans les sept dixièmes des départements.

3° *Comment peut-on intensifier cette collaboration? a.* Il faut organiser officiellement cette collaboration entre les syndicats et les offices; *b.* assurer de la sorte la facilité de collaboration entre les praticiens et le dispensaire; *c.* tenir le Corps médical régional au courant de l'organisation de l'hygiène sociale locale; *d.* vulgariser ces notions d'hygiène sociale dans l'instruction donnée aux étudiants.

A la *discussion* prennent part :

M. Gaussel (Montpellier) parle en délégué de l'Union des syndicats médicaux de France; il demande que dans toute organisation sociale le Corps médical soit obligatoirement représenté, que les délégués soient nommés par le Syndicat et que ce dernier soit l'intermédiaire entre les organismes de lutte antituberculeuse et les praticiens.

M. Duvernoy (Besançon) est d'avis que la lutte antituberculeuse doit être faite par le médecin praticien lui-même, le dispensaire ne fait que contribuer au diagnostic et se charge de l'orientation vers les formations sanitaires.

M. Amsler (Angers) insiste sur la collaboration avec le médecin praticien et critique le contrat en stipulation formelle.

L'après-midi, après réunion à 13 h. 30 de la *Société des médecins de sanatoriums et de dispensaires d'hygiène sociale*, la lecture des rapports reprend à 14 heures et la parole est donnée à Mlle Delagrange (Paris) sur l'*infirmière-chef départementale, son rôle social*. L'expérience d'une infirmière-chef départementale réalisée dans environ vingt-cinq départements montre le rôle important qu'elle peut jouer : a. *Au dispensaire* : vérification de la tenue des fiches, registres, rapports, surveillance de la régularité des permanences et heures de

présence au dispensaire; surveillance de la tenue professionnelle des infirmières, de la correction des locaux, relevé de la statistique de tous les dispensaires, fonctionnement du fichier central; b. *A l'extérieur* : elle conseille l'infirmière-visiteuse au sujet de l'organisation de son emploi du temps, vérifie la régularité et l'opportunité des visites, conseille la débutante et a une vue d'ensemble de tout le travail social. L'infirmière-chef départementale *peut être utile*, dit le règlement intérieur des dispensaires; Mlle Delagrange dit *qu'elle est utile*.

C'est au tour de Mme DELAFONTAINE (Paris) de venir parler de *la part de l'initiative dans le travail des infirmières-visiteuses antituberculeuses*. Elle insiste sur la nécessité de pouvoir compter sur l'initiative personnelle, qui est beaucoup plus utile chez les infirmières-visiteuses bien souvent livrées à elles-mêmes que chez les infirmières hospitalières qui sont sans cesse placées sous la surveillance médicale et qui, le plus souvent n'ont qu'à exécuter les prescriptions.

Enfin, le dernier rapport est celui de Mlle HERVEY (Rouen), sur *l'importance de la formation hospitalière pour les visiteuses d'hygiène sociale et du rôle des infirmières polyvalentes*. Mlle Hervey aboutit aux conclusions suivantes : *a*. Toute infirmière-visiteuse diplômée d'Etat doit avoir comme base indispensable des études hospitalières complètes; *b*. il y aurait lieu de remplacer dans la plus grande mesure la spécialisation par la polyvalence.

Au cours de la *discussion* de ces trois rapports sont entendus successivement :

M. LIÈVRE-BRIZARD (Evreux), qui ne comprend pas la nécessité d'une visiteuse-chef départementale pour la formation pratique des débutantes ; il serait plus simple, avant de laisser la visiteuse livrée à elle-même, de lui faire faire un stage dans un dispensaire auprès d'une de ses aînées.

M. GAUSSEL n'est pas opposé à l'infirmière-chef dans les départements où il y a un grand nombre de visiteuses, mais il est indispensable auparavant, pour éviter les frictions, de délimiter exactement ses attributions et ses rapports avec le corps médical; il lui reconnaît un rôle de coordination plutôt que de direction.

M. BRÉBION. L'infirmière sociale future devra tenir ses directives d'une organisation centrale départementale ou communale et ne pas dépendre d'un médecin ou d'un autre; de plus, il serait à désirer que les infirmières-visiteuses aient l'expérience de l'âge.

M. RIST, pour terminer, vient rendre un hommage à la précieuse collaboration des infirmières-visiteuses au corps médical.

A 16 heures, commence la séance de clôture du Congrès. M. le ministre du Travail et de l'Hygiène, qui devait la présider, s'étant fait excuser, la présidence est donnée à M. BEZANÇON. Celui-ci rend hommage à tous ceux qui ont assuré le succès du Congrès; il exprime surtout sa reconnaissance à M. Mouisset, qui en a été le grand organisateur, et il associe à ses éloges sa dévouée collaboratrice Mme Mouisset. M. MOUISSET prend à son tour la parole et déclare clos le VIe Congrès de la tuberculose.

La troisième journée est complétée par la fin des visites aux formations sanitaires. Un premier groupe va visiter : bureau d'hygiène, musée d'hygiène, institut bactériologique, dispensaire Jules-Courmont, tandis qu'un deuxième groupe se rend à la maison de l'Enfance, à l'hôpital de Grange-Blanche, au stade municipal et à l'Ecole des visiteuses.

Le soir, à 19 h. 30, un banquet servi dans les salons Berrier-Millet réunit la plupart des congressistes.

Si les travaux purement scientifiques du Congrès sont terminés, le Congrès lui-même se prolonge encore le jeudi 14 avril et la dernière journée est tout entière consacrée à une *excursion à l'importante station sanatoriale de Hauteville* (Ain), dont voici le compte rendu :

Départ à 7 h. 30 de Lyon en cars alpins. Itinéraire Meximieux-Ambérieu-Tenay-Hauteville (temps splendide). Arrivée et rassemblement vers 10 h. 30 au sanatorium de Mangini de l'Œuvre lyonnaise des tuberculeux indigents. A 11 heures, dans la salle des fêtes, après un petit discours d'introduction du docteur Mouisset, M. le docteur DUMAREST fait une conférence. Il rappelle que le sanatorium Mangini est le premier des sanatoriums populaires français; en vingt-sept ans, 6.000 malades y ont fait un séjour de plus de trois mois; ils ont été par ce fait les meilleurs propagandistes non seulement de la cure hygiénique, mais de la prophylaxie antituberculeuse et à ce propos, l'orateur se demande si, socialement parlant, le rôle d'éducation populaire du sanatorium n'est pas le plus important. La majorité des malades n'est qu'améliorée et non guérie, mais tous apprennent à se soigner. Guérir quelques tuberculeux curables, éduquer, rendre conscients et outiller le mieux possible en vue du retour à la vie ordinaire la grande masse des améliorables et des chroniques, telle est, pense M. Dumarest, la fonction du sanatorium. Le sanatorium doit avoir un rôle moral également; il ne faut pas, en particulier, laisser s'implanter chez le malade l'idée du droit à l'oisiveté, et l'axiome de la nécessité du repos absolu pour tous les tuberculeux est socialement nuisible.

Le docteur Dumarest, en s'excusant d'avoir l'air de plaider *pro domo*, insiste sur l'importance thérapeutique du climat d'altitude et aussi sur l'important adjuvant qu'est la collapsothérapie.

Après la conférence du docteur Dumarest, les congressistes sont conviés à un lunch aimablement servi, puis ils visitent le sanatorium Mangini sous la conduite du docteur Dumarest et du docteur Brette médecins du sanatorium. Les congressistes font ensuite en cars le tour de toute la station d'Hauteville. 1° Visite du sanatorium du docteur Philip (sanatorium de Sermay) où ils assistent à une séance d'héliothérapie laryngée; 2° visite du sanatorium départemental de Bellecombe (médecin-chef : docteur Farjon); 3° visite du sanatorium l'Espérance (fondation Adélaïde de Rochschild; médecin-chef : docteur Bonafé); 4° visite du sanatorium de Belligneux (médecin-chef : docteur Dumarest; médecin résidant : docteur Bonafé); 5° visite du sanatorium de la Croix-Rouge française (château d'Angeville) sous la conduite du docteur Rochette, médecin-chef. Un goûter est servi sur la terrasse du château, d'où les visiteurs jouissent d'une vue splendide sur toute la station d'Hauteville.

A six heures du soir, retour à Lyon : les congressistes se séparent définitivement; tous donnent l'impression d'être pleinement satisfaits de ces quatre journées passées dans la région lyonnaise et de s'associer aux paroles d'enthousiasme reconnaissant prononcées par M. Bezançon à la séance de clôture du Congrès à l'égard de son organisateur, M. Mouisset.

Dr DESPEIGNES.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Vade-mecum de puériculture à l'usage des futures mères, des mères et des personnes chargées de les conseiller, par le docteur Edmond CORDIER, directeur de l'Institut de puériculture de Bruxelles. Quatrième édition entièrement revue. Préface de M. Henri JASPAR, ministre d'Etat. Un beau volume in-16 de 360 planches ornées de nombreuses figures dans le texte. — Prix : 15 fr. — Bruxelles, librairie Albert Dewit.

Manuel d'assistance et de puériculture, par D'HERMIGNY DE BRUCE. In-8 de 194 pages. — Prix : 14 fr. — Paris, N. Maloine.

JOURNÉES MÉDICALES MARSEILLAISES ET COLONIALES

(21-23 avril 1927)

Les Journées médicales marseillaises et coloniales viennent de se terminer en laissant dans l'esprit de tous ceux qui ont eu le plaisir d'y assister l'impression d'un effort considérable couronné d'un plein succès. Il ne pouvait en être autrement puisque la Ville de Marseille tout entière a collaboré à l'organisation que nos amis de *Marseille médical* ont merveilleusement conçue et exécutée.

Le programme scientifique, élaboré par notre ami le professeur Roger, était de tout premier ordre et bien digne de la tradition inaugurée à Toulouse par le professeur Bardier et exaltée à Montpellier par le professeur Delmas.

Le programme des fêtes et des réceptions était admirablement réglé. Les nombreux adhérents des Journées gardent un souvenir ému et charmé de l'accueil amical et somptueux qui leur a été fait. Les organisateurs MM. les professeurs Alezaïs et Léon Imbert, M. le président Olmer, M. André Sauvan, l'aimable secrétaire général, et M. F. Piéri, le très actif trésorier, n'ont pas ménagé leur peine, ils ont droit à tous les éloges et aussi à la reconnaissance très vive des adhérents.

La journée Daviel. — Avant l'ouverture des Journées, le Comité d'organisation avait eu l'excellente pensée de célébrer, en manière de préface, la mémoire du grand Daviel, chirurgien provençal et parisien, l'inventeur de l'extraction de la cataracte. C'est en effet en Provence que le 8 avril 1745 cette opération fut inaugurée par Daviel.

Une première cérémonie à l'Hôtel-Dieu réunit le matin, sous la présidence de M. Nicati, un certain nombre d'ophtalmologistes qui célébrèrent le grand Daviel. Successivement prirent la parole MM. Barraquer (de Barcelone), Poyales (de Madrid), Mawas (de Paris); Fimbel, Aubaret, J. Sedan, Mastier et Morenon (de Marseille); Ungerer (de Strasbourg).

Une exposition de documents relatifs à la cataracte fut longuement visitée par les adhérents.

A 16 heures, au grand Palais de l'exposition, au rond-point du Prado, fut célébrée solennellement, sous la présidence de M. le professeur Truc (de Montpellier), le 182e anniversaire de la découverte de Daviel.

M. Truc fit une conférence sur la vie et l'œuvre de Jacques Daviel, conférence remarquable par sa clarté, par son intérêt historique et médical, remarquable aussi par l'énergie avec laquelle l'orateur sut dominer le bruit des marteaux de quelques exposants retardataires.

C'est une bien curieuse histoire que celle de Daviel. Né en Normandie en 1693, chirurgien aux armées, héros de la grande peste de Marseille, inventeur de l'extraction de la cataracte à Marseille, devenu ensuite chirurgien et oculiste du roi Louis XV, Daviel mourut en 1762, à Genève, où il était venu se faire soigner par Tronchin.

Daviel fit sa première extraction de cataracte en 1745. En 1751, il en avait fait déjà avec succès 43. M. Truc donne d'intéressants détails sur la façon de procéder de Daviel qui, d'emblée, perfectionna son opération au point qu'il n'y a rien eu à ajouter. Daviel opérait ses malades assis. Pierre Pamard, le célèbre chirurgien d'Avignon son continuateur, les opérait couchés. M. Truc rend ici hommage à cette célèbre dynastie des Pamard (d'Avignon) qui, pendant huit générations, ont été *sans interruption* des oculistes et des chirurgiens justement réputés.

Après M. Truc, le docteur Albert Terson (de Paris) exposa des « Remarques historiques et techniques sur l'extraction parisienne de la cataracte avant et après Daviel. » Le docteur Louis Dor (de Lyon) parla des « causes de la cataracte et des moyens de s'en préserver. » Enfin l'éminent et très aimable professeur Aubaret exposa « les modes opératoires de Daviel, l'extraction marseillaise et le procédé à la double pique. »

Première journée. — La séance d'ouverture a eu lieu au grand Palais sous la présidence de M. le docteur Flaissières, sénateur et maire de Marseille. Sur l'estrade on remarquait M. Olmer, président des Journées médicales, M. le professeur Gley, de l'Académie de médecine, M. le professeur Léon Bernard, M. le professeur Mayer, représentant le gouvernement belge, M. Marty, secrétaire général de la Préfecture, le général Mangin, commandant le 15e corps, Monseigneur Champavier, évêque de Marseille, l'amiral Picot, le médecin-inspecteur Oberlé, M. Rastouin, président de la Chambre de commerce, M. Labussière, président du Tribunal de commerce, M. Padé, recteur de l'Académie, le docteur Ribot, directeur de la Santé, M. le professeur Alezaïs, M. le professeur Imbert, et les membres du Comité d'organisation.

Parmi les invités : MM. les professeurs Sicard (de Paris), Euzière, Delmas et Truc (de Montpellier), Bardier (de Toulouse), Cuellar, M. Laignel-Lavastine (de Paris), Paul Pamard (d'Avignon), Bellencontre, Vimont, René Gaultier, Glénard (de Paris), Follet (de Rennes), Barré (de Strasbourg), M. le médecin inspecteur Rigaud; M. Pierra, secrétaire général de l'Association de la Presse médicale française, etc.

Des discours furent prononcés par le maire, par le président Olmer qui définit le but et l'esprit des Journées médicales, par le professeur Léopold Mayer au nom du gouvernement belge et par M. Gley au nom de l'Académie de médecine.

En écoutant les discours notre pensée se reportait vers les disparus qui ont tant travaillé à la grandeur de l'Ecole de Marseille : Edouard Delanglade, mort pour la France en 1918, Constantin Oddo enlevé l'an dernier et qui laisse lui aussi tant de regrets dans sa cité...

La séance d'ouverture se termina par une très belle conférence de Léon Bernard « sur la coopération sanitaire internationale » qui, depuis quelques années, donne des résultats si brillants et si encourageants.

L'après-midi fut consacrée à la *réunion solennelle de la Société de médecine et d'hygiène coloniales et navales de Marseille*, sous la présidence de M. le professeur Boinet.

On y entendit les communications suivantes :

M. Colin, médecin-chef du centre ophtalmologique de Hué : *Sur le Trachome.*

M. Roger Glenard (de Vichy) : *Hépatisme colonial.*

M. Dargein, médecin-chef de 1re classe de la marine : *Un foyer latent de peste à bord d'un transport de troupes* (Toulon, 1921).

M. Doré, médecin principal de la marine : *Quelques recherches sur la pneumonie bilieuse.*

M. Gouriou, médecin de 1re classe de la marine : *Note au sujet du rôle pathogène du Blastocystis Haminis; note au sujet de la pluralité des Tœnias.*

M. Boinet : *autopsie d'un lépreux.*

M. Jauneau, médecin principal : *La confusion mentale chez les tirailleurs sénégalais.*

M. Botreau-Roussel, médecin principal : *L'ostéite pianique.*

M. Heckenroth : *L'hygiène des chantiers aux Colonies.*

Puis, sous la présidence de M. le médecin principal L'Herminier, directeur de l'Ecole d'application du service de santé colonial, délégué de M. le ministre des Colonies, M. le docteur Léger, ancien directeur de l'institut Pasteur de Dakar, fit une conférence sur : *La peste, problèmes d'épidémiologie et de pathologie non encore résolus.*

Exposition. — Entre temps, les visiteurs se répandirent en grand nombre dans l'exposition où les produits pharmaceutiques, les instruments, les eaux minérales étaient présentés de la façon la plus utile.

Sur les bas-côtés se trouvaient de très importants docu-

ments photographiques exposés par des médecins coloniaux, une exposition du Service de santé, et une exposition de tableaux très réussies.

Service de santé militaire. — A la porte du Grand Palais, le Service de santé avait fait disposer, sous la direction de M. le médecin inspecteur Oberlé, un groupe sanitaire comprenant le matériel divisionnaire complété par du matériel de corps d'armée. Ainsi se trouvait réalisé un très bel ensemble comprenant un groupe chirurgical avec tentes de triage, d'hospitalisation et de gazés. Un groupe de stérilisation, un groupe d'hygiène corporelle et de prophylaxie, et des voitures de stérilisation et désinfection, d'eau potable, etc.

Le 15e corps étant un corps alpin, une large place a été naturellement consacrée au Service de santé de montagne.

L'ensemble de cette exposition a été particulièrement remarqué.

Le soir, nos aimables confrères marseillais reçurent individuellement un grand nombre de congressistes, puis tout le monde se retrouva au Gala du Gymnase où fut offerte une excellente représentation de l'*Arlésienne* avec orchestre et chœurs.

(*A suivre.*) F. L. S.

Stomatologie du médecin praticien, par le docteur Pierre Réal, stomatologiste des hôpitaux de Paris. Collection du médecin praticien. Troisième édition revue. Un volume de 302 pages avec 169 figures dans le texte et 4 planches hors texte. — Prix de base pour la France : 26 fr.; en plus hausse variable (40 p. 100 juillet 1926); prix fixe pour l'étranger : 1 dollar 04. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 26 avril 1927)

M. le président Gley prononce un bel éloge du professeur Bœckel (de Strasbourg). Il rappelle sa constante fidélité à la France pendant les quarante-quatre années qu'il est resté à Strasbourg sous la domination allemande. Absent de cette ville en 1914, il se trouvait en Suisse et vint aussitôt à Lyon se mettre au service des blessés. Il rentra à Strasbourg avec le maréchal Pétain et il y fut accueilli avec enthousiasme. Il y est mort à soixante-dix-huit ans après une vie toute de dignité, de travail et de dévouement inlassable à la grande patrie.

La fièvre jaune en Afrique occidentale française. — M. Marchoux fait un rapport sur des cas de fièvre jaune observés en Afrique occidentale française, de juillet 1926 à février 1927, par le médecin inspecteur général Lasnet.

L'épidémie de 1926 a débuté par les deux colonies anglaises, de Gold-Coast et de la Nigéria. Les établissements français voisins et bien protégés, le Dahomey et la Haute-Volta, n'ont eu à enregistrer que deux cas chacun. Mais au Sénégal où la population blanche est particulièrement nombreuse et se compose pour une bonne part de Syriens qui vivent en contact étroit avec l'indigène, le chiffre des malades a été beaucoup plus considérable. Grâce aux précautions immédiatement et rigoureusement prises, le nombre des cas graves a été relativement faible (34 cas, 29 décès). Le vaccin et le sérum de Noguchi ont été utilisés avec avantage, semble-t-il.

Cette chaude alerte a motivé l'adoption de mesures énergiques qui se sont traduites par :

1° L'isolement des malades sous grillage métallique;

2° Destruction des stegomyas infectés dans les maisons atteintes et les maisons voisines;

3° Recherche et suppression des gîtes à larves;

4° Surveillance par passeport sanitaire des agents commerciaux en déplacement.

Les mêmes mesures continuent à être observées, notamment en ce qui concerne les gîtes à larves qu'on fait disparaître dans toutes les agglomérations urbaines en vue d'un retour offensif de la fièvre jaune, toujours à redouter dans un pays où la surveillance de tous les indigènes est pratiquement impossible.

— L'ordre du jour appelle la suite de la **discussion du rapport de M. M. Labbé sur la réforme des études médicales.**

M. Weiss (de Strasbourg) prend la parole. Nous regrettons vivement de n'avoir pu saisir un mot de sa lecture, l'acoustique de la salle des séances ne s'améliorant pas avec le temps.

M. Cazeneuve insiste sur l'importance de la chimie, de la physique et des sciences biologiques dans les études préparatoires à la médecine.

M. Lapicque s'élève contre l'importance qu'on a attachée à l'étude des mathématiques pour le futur médecin. Il va jusqu'à les trouver dangereuses, autant d'ailleurs que la littérature.

M. Marcel Labbé résume la discussion et maintient ses conclusions qui seront soumises au vote dans la prochaine séance.

— L'Académie se forme en **comité secret** pour entendre un projet de règlement pour le service du contrôle des médicaments antisyphilitiques.

— La séance publique est reprise après le comité secret :

La synthaline dans la thérapeutique du diabète. — M. Chabanier.

Les injections intracardiaques droites dans le traitement des affections pulmonaires. — MM. Cherechewski, Florentin et Lesbouyries.

LIVRES NOUVEAUX

Traité d'anatomie clinique médicale topographique (1), par le docteur Paul Busquet, avec une préface de M. le professeur Achard.

Pendant plusieurs années, notre excellent confrère, M. Busquet, le savant bibliothécaire de l'Académie de médecine, a été chargé, à l'hôpital militaire de Bordeaux, de donner l'enseignement clinique aux élèves de l'Ecole de santé navale.

Une grande partie de cet enseignement a été consacrée à l'anatomie topographique appliquée à la clinique médicale. Ce sont ces leçons qu'il vient de réunir en deux beaux volumes merveilleusement illustrés qui renferment toutes les notions que devraient posséder les étudiants au début de leurs études.

Pour arriver à constituer l'ensemble de ces connaissances d'anatomie clinique, M. Busquet a donné une large part à l'anatomie descriptive; il s'est inspiré, en outre, des grands classiques et aussi de la belle anatomie artistique de M. Paul Richer. Il a réuni de belles figures, et grâce à son grand talent de dessinateur, il a ajouté des illustrations personnelles qui facilitent grandement la lecture de son ouvrage.

Avec un sens très avisé, notre confrère a accompagné ses descriptions anatomiques d'un nombre considérable de déductions cliniques qui font de son livre un guide précieux pour les étudiants.

Ainsi conçue, l'anatomie clinique constitue un véritable traité de séméiologie et la meilleure introduction à l'étude de la clinique. Cet ouvrage est assuré d'un grand et légitime succès. F. L. S.

(1) 2 vol. gr. in-8, avec 189 figures. — Paris, J.-B. Baillère.

CONGRÈS

Congrès annuel de la Société française d'oto-rhino-laryngologie. — Le prochain Congrès annuel de la Société française d'oto-rhino-laryngologie aura lieu à la Faculté de médecine de Paris, du 17 au 20 octobre 1927, sous la présidence du professeur Collet (de Lyon).

Les rapports mis à l'ordre du jour sont les suivants : 1° « Indications thérapeutiques dans la tuberculose laryngée »; rapporteur : M. Caboche; — 2° « L'insuffisance respiratoire nasale »; rapporteur : M. Worms.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Georges Liébault, secrétaire général de la Société, 216, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

Journées médicales d'Égypte (15-24 décembre 1927). — La *Revue des maladies des pays chauds* organise des Journées médicales d'Egypte qui auront lieu au Caire, du 15 au 24 décembre 1927.

Comité d'honneur : MM. les professeurs J.-L. Faure et A. Loufti el Sayed, présidents; MM. Andrew Balfour et Aldo Castellani, vice-présidents; M. le major Thomson.

Comité d'organisation : MM. les professeurs Abrami, Le Mée, de Martel et M. Zeitoun, secrétaire général.

Comité scientifique : MM. Strong, Aldo et Ed. Perroncito, Madsen, Warrington, Yorke, Stephens, Broden, Delamare, Hutinel, Brumpt, Heckenroth, Reynaud, Sicard, Tuffier, Duval, Guiart, Besançon, Marchoux, Mandoul, Joyeux, Nevèu, Lemaire, Nobécourt, Léon Bernard, Bertin-Sans, Jeannin, Victor Pauchet, Rieux, Radais, Audibert, Sorrel, Nattan-Larrier, Sartory, Vuillemin, Tanon, Brulé, Garin, Gaujoux, Leenhardt, Gougerot, Dalché, Morax, F. Ramond, Ravaut, Rist.

Des conférences et communications seront faites en français et en anglais.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Zeitoun, 32, rue Gay-Lussac, Paris (Ve), ou au docteur J. Khouri, 4, rue de France, à Alexandrie (Egypte).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 2 mai. — Jury : MM. Roger, président; Gosset, M. Labbé et Binet. — M. Sternberg. Etude sur la tuberculose de l'oreille. — M. Le Cacheux. Contribution à l'étude de l'ovarite scléro-kystique. — M. Azérad. Etude sur la pathogénie des œdèmes.

Jeudi 5 mai. — Jury : MM. Bezançon, président; Carnot, Lian et Chabrol. — M. Brongniart. A propos des abcès gangréneux du poumon. — M. Gruber. Etude sur les lipoïdes. — M. Idoux. Etude sur la crise d'anurie calculeuse. — M. Morudjian. Traitement du paludisme. — M. Phylactos-Philotas. Les cyanoses de l'adulte.

Samedi 7 mai. — Jury : MM. Claude, président; Jeanselme, Guillain et Sézary. — M. Moullard. Etude sur le traitement de la gale par la créoline. — M. Michel. Etude sur les greffes testiculaires. — M. Gallet. Le nystagmus du voile.

Jury : MM. J.-L. Faure, président; Duval, Jeannin et Gatellier. — M. Morin. Du traitement préventif des phlébites. — M. Horveno. Syndrome de Raynaud et troubles ovariens. — M. Elkana. Contribution à l'étude critique du drainage à la Mikulicz.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : **65** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : **75** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (nomination). — *Epreuve clinique*. — Séance du 28 avril. — MM. Jacquelin, 16,09; Boulin, 17,09; Péron, 16.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — L'emploi d'agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier ci-après désigné est déclaré vacant :

Médecine : 1.

Un délai de vingt jours, à dater de la présente insertion au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. N...; agrégé : M. A. Baudouin.) — *Conférences cliniques et thérapeutiques sur le diabète sucré*. — M. le docteur A. Baudouin, agrégé, fera en mai et juin 1927, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), les samedis à 10 h. 3/4, une série de conférences publiques sur le diabète sucré.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (hôpital Broca, service du professeur Jean-Louis FAURE). — *Gynécologie. Cours de perfectionnement.* — MM. les docteurs Douay, chef des travaux gynécologiques; Walther et Papillon, chefs de clinique feront un cours de perfectionnement à la clinique gynécologique (hôpital Broca), du lundi 9 mai au samedi 21 mai 1927.

Le cours complet en douze leçons aura un caractère essentiellement pratique.

Les leçons auront lieu chaque après-midi, de 17 à 19 heures sauf le dimanche.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades.

Une démonstration cinématographique aura lieu à la fin du cours.

Le droit à verser est de 250 francs.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants titulaires de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le docteur Crouzon fera, dans son service, à la consultation du Perron, le samedi 7 mai 1927 et les samedis suivants jusqu'au mois de juillet, à 10 h. 30, des conférences sur « Les maladies du système nerveux et les maladies chroniques des os et des glandes endocrines ».

Chaque conférence comprendra : *a.* dans une première partie : la présentation de malades observés dans la semaine avec documents iconographiques ou anatomiques; *b.* dans une deuxième partie : l'exposé méthodique des principales maladies familiales et congénitales du système nerveux ainsi que de quelques dystrophies osseuses.

En outre : les mardis à 11 h., au pavillon du Perron : consultation psychiatrique avec M. le docteur Vurpas. Les mercredis à 10 h., consultation à la porte de l'hospice : examen des nouveaux malades externes. Les vendredis à 10 h., au pavillon du Perron : examen des anciens malades externes.

CHRONIQUE

PREMIÈRE RÉUNION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

La première Réunion de la Presse médicale latine vient de se terminer. Elle a remporté un succès qui a surpris les organisateurs eux-mêmes. Il faut bien le dire, lorsque l'*Association de la Presse médicale française* a eu l'idée, il y a deux ans, de réunir à Paris les représentants des associations de Presse médicale latine, ce projet a rencontré bien des sceptiques. Il a fallu toute la ténacité de Pierra, toute la diplomatie de Loeper pour le mener à bonne fin. Il y avait à cette époque deux associations seulement de Presse médicale. La propagande de notre Association a porté ses fruits. Vendredi dernier il y avait sept associations régulièrement constituées, en Belgique, au Brésil, à Cuba, en Espagne, en Italie, en Roumanie et en France. Tous les pays où n'existent pas encore d'associations avaient envoyé des délégués, et *dix-huit* gouvernements latins s'étaient fait représenter. On peut donc bien dire que la presque unanimité des journaux de médecine du monde latin a participé à cette Réunion.

Nous rendrons compte en détail des travaux de la Réunion. Certains d'entre eux sont purement techniques, d'autres intéressent tous les médecins, comme « l'unification de la terminologie, du classement et de la bibliographie dans la littérature médicale », comme « la proprieté littéraire et la Presse médicale ». Nous y insisterons.

Comment ne pas signaler la très belle conférence de M. le professeur Forgue sur « Théophraste Renaudot, médecin et père du journalisme ». Cette conférence est un chef-d'œuvre, nous serons heureux de la reproduire dans notre prochain numéro.

M. le doyen Roger, avec sa bienveillance habituelle et son sens si avisé des intérêts de notre pays, a bien voulu accorder à la Réunion la plus somptueuse hospitalité dans la belle salle du Conseil de la Faculté de médecine. Il a su trouver la note juste pour accueillir nos hôtes : l'éminent professeur Cortezo (de Madrid), président du Conseil d'Etat du Royaume d'Espagne; nos très chers confrères et amis les professeurs Ascoli (de Rome), Mayer (de Bruxelles), Vianna (de Rio), Kohly (de Cuba), Danielopolu (de Bucarest), Etchegoïn (République-Argentine), Osorio (de Bolivie), Fuarez Herrera (du Chili), Rondopoulos (d'Athènes), Nemours (de Haïti), Moutrier (de Luxembourg), Gonzalez Ancira (du Mexique), Ribero (du Pérou), Coelho (du Portugal), Manuels Grullon (République-Dominicaine), Cramer (de Suisse), Conde Jahn (du Venezuela).

Ce fut une vraie « fête de famille » dans laquelle la cordialité, l'entente parfaite, la confiance mutuelle ont facilité bien des choses. Autour du noyau formé par la famille latine viendront s'adjoindre bientôt d'autres amis et, de la Fédération latine, sortira, nous n'en doutons pas, une entente plus générale encore. A l'issue des travaux, le bureau définitif de la Fédération a été élu à l'unanimité. Il est ainsi composé : présidents d'honneur : MM. les professeurs Cortezo (de Madrid), Sanarelli (de Rome) et Roger (de Paris).

Le président effectif est notre ami Loeper, les vice-présidents sont MM. Ascoli (Rome), Austregesilo (Rio-de-Janeiro), Danielopolu (Bucarest).

Les secrétaires généraux sont MM. Beckers (de Bruxelles) et Pierra (de Paris).

Les trésoriers : MM. Baillière (de Paris) et Kohly (de Cuba).

Sur la très aimable proposition de M. Coca au nom de la délégation espagnole, la prochaine réunion aura lieu à Madrid dans deux ans.

CONGRÈS

XIXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Le XIXe Congrès français de médecine décidé par l'assemblée générale de l'Association des médecins de langue française tenue en 1925 à Nancy, se tiendra à Paris, du lundi 10 au jeudi 13 octobre 1927, sous la présidence de M. le professeur Teissier.

Les rapports porteront sur les questions suivantes :

I. *Sémiologie des septicémies médicales.* — Rapporteurs : MM. Gastinel et Reilly (de Paris) : « Sémiologie générale de l'état septicémique » ; M. de Lavergne (de Nancy) : « Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques spécifiques à virus connus et inconnus » ; MM. Arloing et Dufour (de Lyon) : Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques non spécifiques. »

II. *Physio-pathologie des œdèmes.* — Rapporteurs : MM. Maurice et Aubel (de Bordeaux) : « Etude du rôle de quelques ions et des variations de leur répartition dans la pathogénie des œdèmes » ; M. Gowers (de Bruxelles) : « Rôle des propriétés physico-chimiques des protéines dans la pathogénie des œdèmes, avec étude des variations de la tension osmotique et de la tension capillaire » ; M. Pasteur Vallery-Radot (de Paris) : « Les œdèmes brightiques. »

III. *Indications médicales et valeur thérapeutique comparée de la splénectomie.* — Rapporteurs : MM. Fiessinger et Brodin (de Paris). « La splénectomie dans les processus hémolytiques » ; MM. Nanta (d'Alger) et Jean Tapie (de Toulouse) : « La splénectomie dans les processus anémiques » ; M. Nanta : « Anémies parasitaires et infectieuses » ; M. Jean Tapie : « Anémies pernicieuses et leucémies. »

Renseignements généraux. — Pendant la durée du Congrès se tiendra une exposition de produits pharmaceutiques, d'appareils d'hygiène et de radiologie, d'instruments de laboratoire, de journaux et de livres médicaux.

Des réductions de tarif seront demandées aux Compagnies de chemins de fer en faveur des congressistes.

Des fêtes, réceptions et excursions, dont le détail sera donné ultérieurement, seront organisées à l'occasion du Congrès.

La cotisation est fixée à 50 francs pour les membres adhérents, médecins civils, militaires ou coloniaux; 25 francs pour les membres associés, membres des familles des adhérents, internes et externes des hôpitaux, étudiants en médecine.

Les demandes d'inscription doivent être adressées avec le montant de la cotisation à M. Pierre Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), par chèque ou versement à la poste au compte courant de chèques postaux n° 599, à Paris.

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES
(Professeur CLAUDE.)

LES INDICATIONS
ET
LA TECHNIQUE DE LA PSYCHANALYSE

Par le docteur GILBERT ROBIN,
Ancien chef de clinique psychiatrique à la Faculté de Paris,
Médecin des Asiles.

Le freudisme est une doctrine. La psychanalyse, une technique et un mode de traitement. Une psychanalyse peut être fructueuse et suivie de guérison sans qu'on trouve toujours au fond les idées de Freud. Les différents mécanismes invoqués par Janet, Jung, Adler, sont dans certains cas plus exacts. Quand bien même les idées de Freud seraient plus ou moins réfutées, la psychanalyse resterait un excellent moyen de traitement dans nombre d'affections psychiques, et en tant que méthode, elle est personnelle au psychiâtre de Vienne. Toute discussion est vaine, qui reste sur le plan théorique. Il ne s'agit pas d'être choqué ou séduit. L'analyse des faits a pourtant précédé la doctrine.

Il est temps vis-à-vis de Freud que le psychiâtre cesse d'être un psychologue pour s'attacher à son rôle de médecin et de thérapeuthe. C'est pourquoi il importe : 1° de passer en revue les maladies mentales relevant du traitement psychanalytique et voilà qui intéresse au premier chef le médecin praticien appelé à juger d'une affection psychique; 2° de décrire la technique de la psychanalyse.

*
* *

Indications de la psychanalyse. — On ne peut décider de l'utilité d'un traitement psychanalytique sans avoir, d'une part, des connaissances médicales, d'autre part, des connaissances psychiâtriques. Qu'il ne soit pas indispensable d'être médecin pour être psychanalyste, je ne puis souscrire à cette opinion de Freud. Je pense que la psychanalyse doit être réservée aux malades de l'esprit — si légèrement atteints soient-ils — et un médecin est seul qualifié pour poser un tel diagnostic. Encore doit-il être renseigné sur les principaux syndromes névrotiques et psychiques, afin de ne pas rattacher coûte que coûte à des causes organiques certains troubles d'apparence somatique. Le psychiâtre sera lui-même, non seulement initié à la pratique neurologique, mais rompu à des habitudes d'observation scientifique, qui le tiendront toujours penché sur les problèmes de pathologie générale.

Limitons-nous aux cas où la psychanalyse sera le seul traitement formellement indiqué et non pas à ceux où elle pourrait rendre le service secondaire d'adjuvant. Par exemple — et je le répète, je donne là des idées strictement personnelles, contraires à celles des psychanalystes orthodoxes — il pourra être intéressant d'analyser le délire mélancolique d'un intermittent, mais ce n'est pas, à mon avis, la psychanalyse qui modifiera le rythme profondément biologique de la psychose maniaco-dépressive.

Les affections mentales qui procèdent d'une lésion des centres nerveux, de troubles organiques, de perturbations du système neuro-végétatif, d'une intoxication exogène ou endogène (la paralysie générale, la démence organique, la démence sénile, l'idiotie, l'épilepsie, la psychose intermittente, la démence précoce vraie type Morel-Christian, la confusion mentale idiopathique ou d'origine toxique, les toxicomanies en tant que telles, les délires alcooliques bien différenciés de l'alcoolisme consécutif à des complexes affectifs, les psychoses hallucinatoires), relèvent des procédés thérapeutiques qui sont appliqués en médecine. Elles n'ont rien à voir avec la psychanalyse.

La neurasthénie — la seule légitime — celle qui se greffe sur un terrain débilité, épuisé, se suffira de la psychothérapie usuelle, appuyée par une hygiène et une médication appropriées.

Comment parler des indications de la psychanalyse sans faire intervenir le rôle des *constitutions* qui limitent l'intervention thérapeutique. Nier leur importance, c'est nier les faits. Les adopter tout entières et selon la conception par trop étroite peut-être de l'école française en général, c'est se contenter de classifications commodes, mais paresseuses, empêchant toute initiative thérapeutique.

A côté du pervers instinctif, inintimidable, inéducable, inadaptable *qui existe*, il y a le *faux pervers*, par réactions au milieu familial ou à des complexes infantiles. Dans certains cas, la psychothérapie suffira à le redresser. Dans d'autres, la psychanalyse s'imposera. L'appliquer c'est souvent éviter l'évolution vers la schizophrénie.

Le *paranoïaque*, celui qui a sa place exacte dans le cadre serré, systématique du délire d'interprétation ou du délire de revendication, magistrales monographies de Sérieux et Capgras, est une des plus justes, des plus vraies conquêtes de la psychiâtrie classique. Seul l'internement, mieux que toute thérapeutique, brise parfois sa psychorigidité. Combien, par contre, de faux paranoïaques, guérissables par la psychanalyse, faux révoltés, faux contempteurs et destructeurs de l'ordre social, faux réformateurs qui témoignent d'un développement raté de leur personnalité, tantôt par suite d'une fixation de leur sexualité sur un complexe d'Œdipe, tantôt par suite de réactions à maintes humiliations, vexations, injustices de l'âge tendre, selon la conception si fertile d'Adler, pour qui le sentiment d'infériorité pousse l'individu à s'affirmer, à imposer sa personnalité, à se conformer à un idéal d'autant plus intransigeant et rigide que le sentiment d'infériorité est plus grand.

Niera-t-on en regard de l'*émotif* constitutionnel, l'émotif acquis, troublé dès l'enfance par des vices d'éducation ou des chocs affectifs et promis tantôt aux manifestations hystériques, tantôt aux réactions anxieuses?

Que le *schizoïde* constitutionnel apporte dès sa naissance sa tendance à préférer la vie intérieure au monde extérieur, qu'il s'isole volontiers et se montre précocement, par la création de fantaisies imaginatives, un *rêveur éveillé* (Borel et Robin), il n'empêche que son comportement dans la vie sera à peu près

satisfaisant et d'un rendement utile, à moins qu'une émotion ou une série de chocs viennent rendre morbides ses velléités à l'isolement et ne l'enferment d'une manière grave dans un « autisme », qui capte toutes ses forces affectives. Et, en présence d'un tel état, quelle thérapeutique autre que la psychanalyse ira chercher les complexes enfouis et parfois oubliés et sera susceptible de réadapter ce schizoïde à la vie extérieure ?

La schizophrénie, telle qu'elle est conçue à la clinique [conception de Claude, Borel et Robin (1)] à titre d'exagération morbide de la constitution schizoïde sera justiciable de la psychanalyse dans la mesure où, loin d'avoir atteint le stade terminal de démence schizophrénique, elle n'aura pas dépassé la phase *schizomaniaque* (Claude, Borel et Robin), pourvu que le sujet ait conscience de ses troubles et qu'il veuille en être délivré, ce qui n'est pas toujours le cas dans une affection où la perte de contact avec le monde extérieur n'est pas étrangère à une certaine dilection, à un certain choix de la part de l'individu. Ce n'est pas à dire que la psychanalyse doive empêcher d'instituer un traitement pharmaco-dynamique, notamment par l'opothérapie, car la découverte de complexes, en apparence psychogènes, n'infirme pas l'hypothèse d'un terrain dystrophique. La schizophrénie est une affection trop complexe pour nous permettre d'avoir sur sa nature des vues définitives. Nulle maladie mentale ne réalise plus parfaitement un tout psycho-biologique dans lequel ce serait perdre son temps que de doser ce qui relève de l'organique et ce qui relève du psychique. Le terme de « subduction mentale », que l'on doit à Mignand, rend bien compte que cette « emprise organo-psychique », reliant les réactions générales du psychisme aux automatismes organiques perturbés.

Mais c'est surtout dans le domaine des psychonévroses que la psychanalyse va compter ses indications les plus formelles.

Combien de manifestations hystériques (paralysies, astasie-abasie, contractures, tremblements, spasmes, certains tics, anesthésies, amnésies) résistent à la suggestion et ne se dénouent qu'à la faveur d'une analyse lente et profonde ramenant de l'inconscient l'idée qui avait été le point de départ du trouble, mais ne se reliait à lui qu'à travers une chaîne compliquée d'idées et de représentations associées. Je le répète, pas de méthode freudienne pour la neurasthénie vraie, due à un épuisement nerveux et à des processus auto-toxiques variés. Mais bien des symptômes qui la simulent relèvent de causes psychogènes que seule la psychanalyse remontera jusqu'à leur source. Ce sont, par exemple, certains cas d'asthénie, de céphalées, d'anorexie, de rachialgie, d'organopathies. Je viens de soigner une jeune femme qui avait épuisé en vain tout l'arsenal thérapeutique pour une asthénie, une fatigue insurmontable la clouant au lit. Réticente, elle avait déjoué les investigations de quelques médecins qui flairaient une origine psychique à ses troubles. Une analyse longue et pénible a révélé que cette femme mariée depuis trois ans à un impuissant psychique (régression infantile) est encore vierge, que des préjugés moraux très étroits l'ont empêchée de prendre nettement conscience de la réalité et qu'elle a dérobé des désirs inconscients et refoulés de prendre un amant sous une asthénie qui l'empêche d'agir et la protège contre des écarts de conduite que sa morale réprouve.

Les organopathies (anorexies, troubles digestifs, génito-urinaires, respiratoires, cardio-vasculaires, etc.) qui ne peuvent être rattachés à la neurasthénie vraie, les préoccupations hypochondriaques non symptomatiques d'une psychose bénéficient souvent de la psychanalyse. Depuis l'application de ce mode de traitement, le sort des impuissants, des femmes frigides s'est nettement amélioré, de même que nombre de perversions sexuelles ont pu être éclairées, expliquées quant à leur genèse et parfois corrigées. L'onanisme avec ses conséquences narcissiques est souvent de la sorte avantageusement combattu. Quant au fétichisme, au sadisme, au masochisme et à l'homosexualité surtout, leur thérapeuthique ne peut guère être abordée que du point de vue psychanalytique pourvu que ces perversions soient reconnues comme morbides par l'individu.

Il semble bien que beaucoup de phobies manifestent symboliquement des désirs et des tendances érotiques refoulés, n'ayant pas été intégrés dans le développement instinctif normal de l'enfant. Des associations inconscientes que seule la psychanalyse peut retrouver relient souvent des tendances incestueuses à la phobie de certains objets. Les obsessions, la folie du doute, le délire du toucher, nombre de « tics » et de « manies » révèlent à la psychanalyse le sentiment d'infériorité ainsi que les complexes infantiles, qui l'ont fait naître.

Enfin on ne saurait trop insister sur certains troubles de l'enfance et de l'adolescence pour lesquels le psychiâtre du reste n'est pas toujours consulté et qui cependant ne pourront être réduits que lorsqu'on aura pénétré dans le labyrinthe de leur genèse et lorsque les éléments de la personnalité qui les expliquait auront été redressés, regroupés, après avoir été morcelés, dissociés par la psychanalyse. Ce sont dans les jeunes années, les colères, les entêtements, les crises de nerfs, les mensonges répétés, les menus vols, le vagabondage et les fugues, les antipathies et les cruautés; puis à partir de la puberté, la rêverie vague, l'état habituel de distraction, les bouderies (Borel), le scrupule, le doute, l'angoisse plus ou moins diffuse ou s'exaltant par intervalles jusqu'à des crises paroxystiques, l'ennui, la tristesse, les idées de suicide, les élans passionnels ou les haines morbides et surtout les haines familiales (1) qui sont souvent le premier symptôme, le signal avertisseur des perturbations de la personnalité.

Tels sont, brièvement passés en revue, les troubles

(1) On consultera sur ce sujet les articles de CLAUDE, BOREL et ROBIN publiés dans l'*Encéphale*, 1924-1925, et surtout le rapport de CLAUDE. Schizophrénie et démence précoce, *Congrès de Genève*, 1926.

(1) CLAUDE et ROBIN. Les haines pathologiques. De la folie morale à la démence précoce, *Concours méd.*, 11 oct. 1925. — G. ROBIN. *Les Haines familiales*, Collection « Les Documents bleus », Gallimard, édit.

mentaux pour lesquels la psychanalyse est indiquée. On voit que ce sont les troubles de l'humeur et du caractère, les manifestations rangées sous le terme vague de déséquilibre psychique, un grand nombre de psychonévroses, de psychoses d'origine affective (schizophrénie acquise) qui bénéficient le plus de ce mode de traitement.

Quant aux psychopathies constitutionnelles, un diagnostic serré permettra de distraire de leur groupe des syndromes d'origine affective (causes morales, sociales, émotionnelles, éducatrices) qui jusqu'à ce jour ont été confondues à tort avec elles et procèdent de constitutions acquises, seules accessibles avec le plus de chances de succès à la psychanalyse. Malgré tout, s'il est nombre d'affections mentales qui contre-indiquent nettement la psychanalyse, celles où elle paraît s'imposer s'offrent rarement toutes pures à l'analyse : le terrain constitutionnel limite souvent son effort. Il n'y a pourtant pas à se décourager quand on sait qu'il n'existe pas d'autre traitement possible.

Il ne faudrait pas cependant prendre la psychanalyse pour la suprême planche de salut, pour un pis aller tout juste bon à reculer l'aveu d'une impuissance thérapeutique. Trop de médecins ont encore cette tendance. Les affections que nous avons énumérées doivent recevoir d'emblée l'indication de la psychanalyse et non en désespoir de cause. Les psychanalyses les plus stériles en apparence ne sont jamais inutiles tandis qu'il peut être grave pour l'avenir du malade d'être trop prudent, trop rare dans le choix de ce traitement.

* * *

Technique. — Comment se conduit une psychanalyse? Certes quant au médecin praticien il ne lui est pas plus nécessaire de connaître les temps de l'opération pour décider d'une hystérectomie qu'il confie au chirurgien qu'il ne lui est indispensable, quand il est partisan d'une psychanalyse dans un cas donné, de savoir les modalités de son intervention. Mais au moins le médecin a-t-il le droit de pénétrer dans la salle d'opérations, tandis qu'on a trop pris avec la psychanalyse des airs de mystère. Sans doute ce traitement n'est guère communicable, il exige strictement le tête-à-tête du malade et du spécialiste, le caractère intime des propos recueillis ne permet guère au psychanalyste de livrer autre chose au médecin qui lui a confié une cure que les résultats obtenus. Cependant je pense que le médecin ne sera pas fâché de se rendre compte que tout en modelant sa méthode sur la complexité des faits psychologiques, le psychanalyste obéit à des règles précises sans lesquelles il ne ferait que mauvaise besogne.

Pour être avant tout pratique, j'indiquerai la manière dont moi-même je poursuis une psychanalyse. Je ne répugne pas trop aux façons personnelles de ce mode d'exposition parce que j'ai commencé par appliquer le traitement d'une manière tout à fait classique, selon les principes mêmes de Freud, et que, loin d'avoir abandonné cette façon de faire, j'y ai simplement ajouté dans certains cas les procédés d'associations verbales de Jung et de synthèse moralisatrice de Maeder. D'autre part, le praticien préférera peut-être savoir comment est appliquée la méthode sur des sujets français par un psychanalyste français.

Dans une première séance, *je parle*. Les symptômes étant racontés et la psychanalyse étant le seul traitement reconnu, il m'arrive souvent d'éprouver la volonté de guérison du malade. Si les conditions d'émotivité du sujet ne m'empêchent pas d'agir ainsi, je le mets en garde contre lui-même. Je lui montre qu'il veut sûrement guérir des symptômes qui le gênent, mais pas aussi sûrement peut-être de sa maladie, toute pétrie de sa personnalité profonde (1). Je lui assure qu'il guérira et cependant je dresse devant lui des obstacles *comme si* je voulais le décourager : longue durée du traitement (je prends les malades environ trois fois par semaine et une heure *assez exactement*), sacrifices de temps et d'argent, aggravation possible des troubles au début de la cure, résistances et conflits qui pourront survenir, abandon du médecin en cours de traitement quand la personnalité morbide se sentira traquée de toutes parts. Bref, j'essaie d'enchaîner le malade à lui-même pour qu'il aborde le traitement avec une conscience claire des sacrifices exigés et une volonté arrêtée de le mener à bien. Ne craignez pas que le malade ainsi prévenu soit moins secoué par la cure, par le seul fait qu'il s'attend au pire. J'ai remarqué que les résistances ne perdaient rien de leur charge affective et que le traitement gagnait à ce procédé de ne pas être abandonné à mi-chemin. J'appelle du sujet un relâchement psychique complet, je lui fais comprendre combien son absolue confiance me serait précieuse. Il me faut savoir tout de lui comme si je voulais l'épuiser momentanément ou le morceler, le disséquer avant de le rendre à lui-même. Je me montre exigeant le premier jour pour ne plus rien demander par la suite. Il sait ce que j'attends de lui. Il agira ensuite comme il voudra, je le laisserai faire. Je préviens le malade que je lui demanderai de parler spontanément, à bâtons rompus, comme s'il rêvait, ou pensait tout haut sans croire être entendu, qu'il passe d'un sujet à l'autre ou s'appesantisse sur un fait, qu'il mêle les dates ou suive le cours chronologique des événements, peu importe à l'analyste, qu'il se laisse aller au cours de ses souvenirs, au rappel de ses émotions, que les pensées les plus saugrenues ne lui fassent pas honte, et qu'il raconte ses rêves s'il rêve, telles sont les conditions de l'analyse. Après cette première séance de préparation qui me paraît très importante pour la marche ultérieure de la cure je deviens impassible. Je me tais et vais me taire longtemps. Le malade est couché en décubitus dorsal sur une chaise longue le dos tourné au médecin. Ainsi ne risque-t-il pas d'être influencé par les jeux de physionomie qui peuvent échapper au médecin le plus impénétrable. Parfois l'émotivité extrême du sujet empêche d'avoir

---

(1) Le malade aura beau protester de son désir de guérir à tout prix; le seul fait de sa névrose témoigne suffisamment qu'il est en état de conflit interne, qu'une partie de son esprit lutte contre une autre et que tout le mal vient de là. (Jones. *Traité théorique et pratique de psychanalyse*, p. 412.)

recours à ce procédé — du moins pendant les premiers temps du traitement. Une de mes malades me tournait volontiers le dos, mais la position couchée était à ses yeux un symbole sexuel qu'elle ne pouvait supporter; l'exiger dès l'abord, c'eût été compromettre le traitement.

Certains sujets parlent de choses insignifiantes, se dérobent malgré eux sous des propos futiles avant d'arriver à leurs troubles mêmes. D'autres racontent leur vie en quelques mots et s'arrêtent court. D'autres trop émus ou trop résistants ne peuvent fournir une parole. Je me suis parfois trouvé bien de soutenir ces silences aussi longtemps qu'ils duraient. Au lieu de garder le malade une heure exactement selon l'habitude il m'est arrivé de rester invisible près de lui des après-midi entières. Une explosion affective récompensait presque toujours ma patience. Mais ces cas sont exceptionnels.

Je me tais absolument, même si le sujet insiste, trépigne, se fâche. Les réactions motrices sont à cet égard intéressantes à noter. Je prononce quelques mots si je veux que le malade revienne à un thème qui me paraît important. Il est rare qu'à la fin d'une séance on ne soit pas interrogé : « Ce que je vous ai dit vous a-t-il intéressé? Qu'en pensez-vous? Expliquez-moi? Suis-je assez relâchée? » Je ne commente jamais le contenu psychologique de la séance. Mes seules remarques si je suis obligé de répondre concernent l'attitude du malade vis-à-vis de la technique psychanalytique elle-même.

Au fur et à mesure que les séances se multiplient il est rare de ne pas être ramené sur des thèmes favoris et sur des résistances habituelles. Toutes les formes de réactions affectives sont précieuses pour le psychanalyste. Des bavardages prolixes encombrent souvent plusieurs séances avant qu'une émotion subite fasse autour d'elle un silence qui peut durer aussi plusieurs séances. Avec beaucoup de patience on parviendra à concentrer le contenu de cette émotion, sa valeur symbolique s'il y a lieu et son retentissement sur l'être. Peu à peu se dépouillent et s'éclairent les symptômes, peu à peu se dévoile la personnalité morbide sur laquelle ils s'étaient développés. Le psychanalyste intervient pour désigner les points qu'il veut davantage fouiller, les époques de l'existence sur lesquelles il n'a pas été assez complètement renseigné. Il intervient encore pour empêcher toute rhétorique, pour faire appel à la sincérité du malade, pour lui montrer s'il y a lieu ses roueries, la puérilité de certaines attitudes, preuve d'une régression infantile. Mais il ne se livre à aucun commentaire. Je me demande comment on a pu accuser la psychanalyse de procéder par suggestion. Pour ma part, je parle si peu que parfois je me reproche de n'être durant de longs mois d'aucun *secours pratique* pour le malade et que, pour le diriger provisoirement dans la vie, je fais appel parfois à un autre médecin afin de ne rien suggérer par moi-même, ou bien je demande le séjour dans une maison de santé où je mets le malade à l'abri de toute décision importante.

L'analyse des rêves est très précieuse en psychanalyse. On la dit capitale. Pour ma part — du moins dans les faits que j'ai observés jusqu'ici — j'ai vu des psychanalyses conduire à la guérison sans le secours des rêves : je ne voulais rien provoquer. Parfois c'est moi qui les sollicite, soit par une sorte de repos au cours de l'analyse, soit par un supplément d'enquête. Enfin, je dois à la vérité d'ajouter que dans quelques névroses, sans l'analyse des rêves je ne serais arrivé à aucune lumière. Lorsqu'un rêve est livré, on en reprend les principaux termes et on laisse le sujet faire à leur sujet de libres associations qui révèlent souvent — non toujours — le sens symbolique du rêve et le relient aux complexes du sujet déjà découverts ou latents. L'interprétation d'un rêve est fort délicate. Je demande la sienne au malade. S'il peut la fournir, je la corrobore par la mienne que je ne livre au sujet que si toutes deux coïncident. S'il ne voit aucun lien entre les associations du rêve et l'affection mentale dont il souffre, je lui propose une interprétation sans le forcer à l'accepter. Du reste, je ne livre guère d'interprétation de rêves qu'après un grand nombre de séances lorsque je possède déjà la clef de certaines résistances. Sinon, je m'abstiens.

Les psychanalyses les plus défavorables sont les psychanalyses sans surprises, car leur succès dépend de l'intervention affective mise en jeu. Il semble que dans certains cas, il faille stimuler le psychisme, comme on réactive un sujet avant de pratiquer une réaction de Wassermann. Dans certaines cures atoniques pour ainsi dire, je me suis trouvé bien de la méthode d'association verbale [Jung (1)], qui consiste à demander d'énoncer le premier mot qui vient à l'esprit après avoir entendu prononcer un mot-stimulation. Il existe des listes de mots inducteurs; on chronomètre le temps des réponses, on analyse leurs caractères; souvent, les réponses mettent sur la piste de complexes qui ne s'étaient pas révélés dans une analyse rebelle.

La cure psychanalytique met en liberté des charges affectives qui, jusqu'alors fixées sur les symptômes morbides, formaient avec eux un tout indissoluble. Les résistances sont vaincues. Le médecin sent peser sur lui ces forces délivrées. C'est ce qu'on appelle le *transfert*. Le sujet reporte sur le psychanalyste l'émotion qu'il éprouve, il n'en faut pas plus parfois pour guérir le symptôme morbide. Je viens de soulager un jeune Grec de l'obsession de tuer, accrochée par un complexe d'infériorité à des habitudes homosexuelles. Il a abandonné le traitement dès qu'un sentiment de haine éprouvé à mon égard l'eut délivré de l'obsession. Malheureusement ce transfert négatif, en arrêtant la cure, m'a empêché de liquider la personnalité de ses complexes profonds. Je crois n'avoir guéri que le symptôme. Ce transfert est positif quand il se manifeste sous forme de sympathie, d'affection, ou même de sentiments amoureux. Cette éventualité ne doit pas faire sourire. J'ai observé une anxieuse avec misanthropie, claustration, perte de contact avec l'ambiance et réactions

(1) Jung. *Diagnostische Assoziations studies*, 1906, Bd I; 1910, Bd II. — On trouvera un excellent résumé de cette méthode dans le Traité de Jones. Art. VALEUR PRATIQUE DE LA MÉTHODE D'ASSOCIATION VERBALE, *Traité théorique et pratique de psychanalyse*, Payot, édit.

antisociales qu'un transfert positif bien canalisé a transformée en une femme active, presque mondaine offrant son affectivité apaisée à des œuvres de prophylaxie sociale.

Mais il est des transferts plus amorphes qui font de la psychanalyse une habitude chère au malade, une seconde maladie qui contribue à l'amélioration de la première, mais contre laquelle le médecin aura du mal à lutter. C'est surtout dans les cas où la psychanalyse, de plus en plus poussée, loin d'aboutir à des paroxysmes affectifs, montre une personnalité dissociée sans amélioration des symptômes pathologiques, que je me suis trouvé bien des procédés de reconstruction moralisatrice chers à Jung et à Maeder. Dans un cas traînant où j'avais enfin cessé la cure sans avoir obtenu de résultats définitifs, j'ai employé un procédé qui m'a réussi : j'ai repris devant la malade le texte de ses confidences et de ses associations que j'avais pu relever au fur et à mesure qu'elle parlait. Ce texte suscita de nouvelles associations et un regain d'affectivité qui décida de la guérison. Je pense que ce travail de recomposition de la personnalité, de psychosynthèse (Maeder) et de direction intellectuelle, artistique ou morale ne doit venir qu'en fin de cure et ne jamais s'intriquer à la psychanalyse proprement dite. Du reste, il ne s'agit pas là d'autre chose que d'un procédé psychothérapique simple — mais opérant sur les données psychanalytiques — et c'est en ce sens qu'il peut modifier heureusement la personnalité morbide.

*
**

Je m'excuse d'avoir donné sur une méthode si complexe un aperçu si succinct qu'une psychanalyse ainsi faite pourrait paraître dépouillée de son essentiel. On comprendra cependant que c'est à dessein que j'ai passé sous silence les mécanismes psychologiques qu'elle met en œuvre, ainsi que les résultats obtenus, pour ne m'attacher qu'aux procédés techniques. J'ai fait acte d'artisan, aux prises avec les difficultés de sa tâche (1).

ACTUALITÉS

LA VARIOLE AUX ÉTATS-UNIS

M. le professeur W. W. Keen (de Philadelphie), professeur honoraire de chirurgie à Jefferson medical College, docteur « honoris causa » de l'Université de Paris, a bien voulu nous adresser, en nous autorisant à le résumer, un article qu'il a publié en février dernier dans « Rewiew of Rewiew » : *Small pox a national disgrace.*

L'illustre savant américain, qui a conservé, à quatre-vingt-dix ans, toute la vivacité et la générosité de la jeunesse, prend, une fois de plus, la défense de l'intérêt public en exposant à ses compatriotes la nécessité de la vaccination. Si, en effet, la vaccination est admise sans difficulté dans la plupart des pays du monde, on sait qu'en Suisse, en Angleterre (le pays de Jenner !), aux Etats-Unis, dans d'autres pays encore, elle rencontre souvent une vive résistance.

Mais laissons la parole à M. Keen :

« Le chirurgien général Cumming, chef du Service de la Santé publique, dans un rapport du 30 juin 1925, constatait que l'accroissement aux Etats-Unis des *cas* de variole sur l'année précédente atteignait 15 p. 100 et les *morts* dépassaient de 628 p. 100 celles de 1923 ! Un cinquième des cas du monde se rencontre aux Etats-Unis !... et non seulement la variole fait de nombreuses victimes, mais à très peu d'exceptions près, les victimes qui échappent à la mort sont horriblement défigurées et un grand nombre d'entre elles deviennent aveugles, et ce sont surtout les enfants qui sont frappés. »...

Une peste au travers des siècles. — « Si la Société des Nations a pu constater que les statistiques américaines donnaient en sept ans, de 1919 à 1926, 409.649 cas de variole, véritable disgrâce pour les Etats-Unis, cette maladie était avant Jenner une peste pour l'humanité. »

Les Espagnols l'apportent à Mexico au XVIe siècle et elle tue 3.500.000 habitants que les habitants qui restent suffisent à peine à enterrer.

Au XVIIe siècle, Bernouilli estime qu'elle a fait, en Europe seulement, 60 millions de victimes.

Au XVIIIe siècle, un médecin du Roi d'Angleterre, sir Gilbert Blanc qui vécut de 1749 à 1834, avant et après Jenner, dit en 1833 qu'à la fin du XVIIIe siècle une figure non grêlée passait pour un mythe au Royaume-Uni. Les signalements de police portaient alors, comme signe particulier, la mention « visage non grêlé »... et aujourd'hui « sur 541 parlementaires américains il n'y en a pas un dont la figure soit marquée ! »

Statistiques des guerres. — Les statistiques des guerres sont utiles à compulser :

La guerre de l'Indépendance a réuni une armée dont le quart a peuplé les hôpitaux de malades, presque tous avaient la variole.

La guerre de Sécession nous montre que 38,5 p. 100 des soldats ont été atteints par la variole, parmi lesquels 40,8 p. 100 des non-vaccinés moururent et moins de 1 p. 100 des vaccinés... car la vaccine ne protège que pour un temps, et le docteur Keen a connu un homme qui échappa un automne à la maladie et y succomba le printemps suivant lors d'une nouvelle attaque.

La guerre franco-prussienne de 1870-1871. — « Une chose peu connue est l'affaiblissement de l'armée française, déjà si inférieure en nombre, par la variole : 125.000 hommes en furent atteints et 23,470 en moururent alors que dans l'armée allemande, cinq fois plus nombreuse, il n'y eut que 4.835 cas et 276 morts... c'est qu'en Allemagne la vaccination était déjà largement pratiquée bien qu'elle ne soit devenue obligatoire qu'en 1874. »

Excellentes statistiques de la guerre mondiale. — Bien que les statistiques de toutes les nations ne

(1) On lira avec profit un remarquable article de H. CLAUDE. La psychanalyse et les critiques dont elle a été l'objet; *Progrès méd.* 6 mars 1926.

soient pas encore établies, certains faits sont connus :

Dans l'armée française, de 1914 à la fin de 1917, il n'y a eu aucun cas de variole, et plus tard 4 cas seulement sans morts : la leçon de 1870 n'avait pas été oubliée... et même dans les troupes coloniales il n'y eut que 44 cas et 4 morts.

L'armée anglaise, en France, fut bien protégée, 12 cas et 3 morts..., mais les autres armées, où la vaccination avait été négligée, furent très éprouvées.

En Angleterre et au pays de Galles, il y avait annuellement 300 cas en 1919 et jusqu'à 1921, mais dès 1923 le nombre s'éleva à 2.485, à 3.765 en 1924 pour atteindre 5.365 en 1925. L'épidémie débuta à Gloucester, ville natale de Jenner, l'opinion avait été égarée par les adversaires de la vaccination qui déclaraient qu'il ne s'agissait que de la varicelle, les autorités prirent enfin sérieusement en main la situation, et l'Angleterre suit attentivement aujourd'hui les progrès de la lutte.

En Amérique, le major général Ireland a fourni au docteur Keen les statistiques de l'armée où on enregistra 979 cas sur 4.000.000 d'hommes, il n'y eut que 12 morts, encore faut-il tenir compte que 251 recrues étaient atteintes de la petite vérole au moment où ils s'engagèrent.

Ce qu'il advint aux Philippines. — La variole tuait annuellement 6.000 Philippins, un élève du docteur Keen, le docteur V. G. Heiser, fut nommé directeur de la Santé publique à Manille, la vaccination fut appliquée à la population entière, et comme en témoigna le gouverneur général L. Wood, pendant les sept années qui suivirent on ne constata plus un seul cas; vint alors l'administration Harrison de 1913 à 1921, la vaccination fut radicalement négligée dans toutes les îles, et en 1918 la « moisson de la mort » commença ; en 1921 on additionnait 130.264 cas et 74.369 morts, c'était la plus terrible épidémie des temps modernes.

En 1921, le général Wood rétablissait la vaccination, et en 1920 le fléau était vaincu ; sur 5.442 soldats américains il n'y eut que 7 malades dont 6 survécurent. La montée et la chute du pourcentage de morts par la variole aux Philippines est un témoignage frappant de l'efficacité de la vaccination.

Du Massachusetts à la Californie. — Le nombre des cas et des morts varie grandement dans les divers Etats de l'Union selon la façon dont la vaccination est pratiquée. Rien ne le montre mieux que le contraste entre l'Etat de Massachusetts et celui de Californie.

Au Massachusetts, de 1919 à 1924 inclus, il n'y a eu que 126 cas de petite vérole. En Californie, pendant les mêmes années, 26.651 cas. Et cependant le recensement de 1920 donne à la Californie 400.000 habitants de moins qu'au Massachusetts. D'où vient l'énorme différence en faveur de ce dernier? Le Massachusetts a pratiquement la vaccination obligatoire, la Californie a été jusqu'à repousser les premières lois obligeant à cette pratique : par contre les milliers d'étudiants des universités californiennes, qui tous sont vaccinés, ont tous depuis vingt ans échappé à la contagion.

Vaccin et tétanos. — Depuis 1902 la fabrication du vaccin est contrôlée par le gouvernement. Tout vaccin est examiné avant de pouvoir être vendu. La vaccination n'est *pas* « l'introduction de saleté dans le sang », comme le disent ses adversaires. « Nous ne vaccinons pas avec des *cruches*, écrit le professeur Keen, et nous évitons le pus comme nous éviterions la lèpre. »

Il y a eu 41 cas de tétanos sur de nombreux millions de vaccinations. L'examen le plus attentif a montré dans chaque cas que le germe du tétanos n'existait pas dans la lymphe du vaccin. De même qu'il ne faut pas couper un cor avec une lame qui n'a pas été désinfectée... On entend souvent raconter qu'une coupure trop profonde s'est envenimée et que le patient est mort d'empoisonnement du sang ou de tétanos... De même un vaccin peut s'infecter chez une personne sans soin ou sale, et tétanos et mort peuvent s'ensuivre.

Il y a des statistiques de 25.500.000 vaccinations sans une mort (1).

La légalité et la vaccination. — « *Les ennemis de la vaccination protestent contre une atteinte à leur liberté personnelle et un outrage illégal à leurs personnes.*

« Est-ce qu'un homme, en négligeant la vaccination, a le droit légal de tuer 3.164 personnes, de mettre en danger les vies de 15.000 à 20.000 personnes qui échapperont à la maladie... un *non* énergique est la seule réponse possible. Cependant la négligence d'un homme à être ainsi vacciné a précisément occasionné ces résultats dans une épidémie à Montréal dans une population de 185.000 âmes, comme nous le rapporte sir William Osler. Un facteur d'une voiture Pullmann arriva dans cette ville le 23 février 1885, malade de la variole; il fut la cause d'une épidémie prolongée qui tua ou mutila des milliers de personnes et arrêta pendant dix mois le commerce dans la ville. La couleur de la peau du malade avait masqué le caractère de l'éruption, et ainsi sa maladie n'avait pas été reconnue au premier abord. Les pertes directes et indirectes et les dépenses qui résultèrent sont incalculables.

« Pendant les 42 années suivantes la vaccination a été pratiquée universellement et sans interruption à la suite de cette épidémie, et les dernières statistiques montrent que la variole a en fait disparu de Montréal.

« Est-ce que la communauté n'a pas à la fois le droit et le devoir impérieux d'imposer la vaccination et de prévenir ainsi un tel massacre général?

« La vaccination est-elle un attentat illégal contre

---

(1) Parmi les fables qui sont colportées sur les méfaits de la vaccination, il en est une très répandue. Les adversaires de la vaccination soutiennent qu'elle peut propager la syphilis.

M. le professeur Keen a bien voulu à ce sujet nous communiquer un rapport de MM. W. Ireland, surgeon general U. S. Army, E. R. Stitt, surgeon general U. S. Navy et M. S. Cumming, V. S. Public Health Service, intitulé *10.300.000 vaccinations contre la variole n'ont occasionné aucun cas connu de syphilis.*

Le titre de ce rapport, qui date du 15 février 1927 et dont l'original est déposé aux Archives de l'Office du Surgeon general, U. S. Public Health service, à Washington, est suffisamment explicite pour que nous nous bornions à le citer. (*N. D. L. R.*)

une personne? C'est une question que les Cours de justice ont tranchée.

« Dans le *Journal of the american medical Association* du 9 août 1924, Mr. James A. Tobey, du barreau américain, secrétaire administratif du Conseil national de santé, a recueilli 63 décisions des tribunaux d'Etat et 3 décisions de la Cour suprême des Etats-Unis, rendues de 1830 à 1923. La Cour suprême, Cour du dernier ressort, a d'abord décidé que sous son autorité de police un Etat peut ordonner la vaccination obligatoire des enfants; ensuite, qu'en même temps qu'un Etat, par son autorité de police, peut décréter une loi rendant la vaccination obligatoire, le Parlement peut juger du moment où la vaccination préviendra le mieux la petite vérole; enfin, qu'un Etat a le droit de déléguer à une municipalité le pouvoir d'exclure de l'école un enfant non vacciné. Ces décisions de la Cour suprême des Etats-Unis établissent la légalité de la vaccination obligatoire.

L'expérience des siècles et le bon sens de toute communauté militent en faveur de la vaccination universelle. »

Il faut remercier M. le professeur Keen d'avoir attaqué courageusement l'apathie ou les idées préconçues de ses concitoyens.

S'il arrive à les convaincre il aura rendu une fois de plus un service signalé à son pays mais aussi à tous les pays du monde. R. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1927)

L'élimination du cobalt par le rein. — M. LE GOFF a eu l'occasion de constater que les composés solubles du cobalt introduits dans l'organisme animal, par voie buccale ou hypodermique, se fixent en partie dans les tissus et en partie s'éliminent par les excrétas.

La quantité trouvée dans les urines, durant les vingt-quatre heures qui suivent l'absorption, varie suivant la nature de l'acide du sel de cobalt. Les composés à acide organique s'éliminent plus rapidement que ceux de l'acide minéral.

Névralgie faciale. — M. BOISSIER précise le rôle du stomatologiste en présence d'une névralgie faciale dite essentielle. Il relate le cas de deux malades. Le premier était traité depuis longtemps par un dentiste pour une névralgie rattachée à des lésions dentaires et qui, en réalité, était d'origine paludéenne. Dans le second cas, la névralgie était qualifiée de syphilitique et elle était due à une dent de sagesse incluse dont l'extraction amenda tous les symptômes.

Abcès en série d'origine bismuthique. — M. DROUET.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 4 MARS 1927)

Cancer des mamelles bilatéral d'emblée. — M. P. GRESSET rapporte le cas rare d'un cancer du sein bilatéral d'emblée chez une femme de cinquante ans. La malade refuse de se laisser opérer et le cancer évolue sous forme de squirrhe pustuleux disséminé. Mort au bout de deux ans d'une métastase pleuro-pulmonaire.

La lymphorrée consécutive à l'évidement de l'aisselle. — M. P. BONNEAU en rapporte deux cas : l'un d'adénite chronique, durée cinq semaines; l'autre de cancer, adénite interpectorale venue du sein du côté opposé, durée quatre semaines. Il pense que si le fait ne se produit pas dans l'opération de cancer, c'est que les lymphatiques oblitérés ont été suppléés avant l'intervention.

Rœntgenthérapie d'une tumeur inopérable du côlon ascendant. — MM. AUBOURG et JOLY présentent l'observation d'un malade de M. R. FRANÇAIS, opéré d'iléo-transversostomie. La radiumthérapie amena une régression très manifeste d'une tumeur colique droite inextirpable. Les auteurs ont employé simultanément les rayons X et la diathermie; celle-ci pour combattre l'élément inflammatoire surajouté.

Pseudarthrose du col du fémur traitée par greffe du péroné. — M. JUDET présente un malade chez qui il a pratiqué, un an auparavant, pour pseudarthrose du col du fémur, un enchevillement avec un greffon péronéal. La marche est devenue facile, indolore; la hanche est solide mais partiellement enraidie.

Ankylose vicieuse du genou. Résection cunéiforme. — M. André TRÈVES montre une jeune fille de quatorze ans à laquelle il a fait subir une résection cunéiforme sous-périostée, en respectant les épiphyses et en conservant un surtout ostéo-périostique qui a permis d'obtenir une consolidation très rapide.

Corps étrangers extraits de l'œsophage et des bronches par broncho-œsophagoscopie. — M. GUISEZ présente un os, deux arêtes, un dentier et un anneau extraits de l'œsophage après section ou désenclavement et retournement, et une anche de trompette extraite d'une ramification bronchique inférieure droite où elle séjournait depuis sept mois.

Cancer en ficelle de l'angle splénique du côlon. — M. THÉVENARD présente une pièce de cancer dit en ficelle de l'angle splénique du côlon. Une tumeur sphérique est surajoutée, reliée par un pédicule. Occlusion provoquée par un repas baryté pour examen radioscopique.

Inciseur circulaire pour découper l'aréole et le mamelon dans le procédé de transposition esthétique du sein. — M. DARTIGUES présente un instrument qui permet de découper géométriquement et mécaniquement, en quelques secondes, l'aréole et le mamelon dans la transposition du mamelon en chirurgie esthétique du sein.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

BAUX A LOYER. REPRISE PAR LE PROPRIÉTAIRE.

CESSION DE L'APPARTEMENT. MÉDECIN.

La loi du 1er avril 1926 a reconnu au propriétaire le droit de reprise d'une façon absolue, sans qu'il ait à donner un juste motif comme l'exigeait la législation antérieure. Mais l'exercice de ce droit ne doit pas être l'objet d'un abus, et notamment si le propriétaire agit dans un but unique de spéculation, le Tribunal se reconnaît le droit de ne pas faire droit à la demande formée par le propriétaire.

C'est ce qu'a décidé le Tribunal civil de la Seine le 14 janvier 1927, dans une espèce où un médecin était intéressé.

« Attendu sans doute, dit-il, qu'en vertu de l'article 5 de la loi du 1er avril 1926, le droit à la prorogation n'est pas opposable au propriétaire de nationalité française qui veut occuper par lui-même, ou faire occuper par son conjoint, par ses ascendants ou par ceux de son conjoint son immeuble ou partie de son immeuble d'habitation.

Or, attendu que T..., qui occupe déjà un appartement de son immeuble de la rue d'Alsace-Lorraine, n° 12, à Saint-Mandé, entend reprendre dans le même immeuble l'appartement des époux M... pour l'occuper personnellement;

Mais, attendu qu'il résulte de la correspondance versée aux débats et de la déclaration faite à l'audience par T... lui-même que s'il veut reprendre pour l'occuper personnellement l'appartement de ses locataires, c'est dans le but d'installer à sa place dans son propre appartement un de ses confrères auquel il doit céder son cabinet et sa clientèle de médecin;

Attendu que le Tribunal ne saurait, dans ces conditions, accorder à T... la reprise qu'il sollicite; que sa demande de reprise est basée sur un but de spéculation et qu'elle constitue en réalité un moyen détourné de reprendre un appartement occupé par ses locataires, au profit d'un étranger, ce que la loi du 1er avril 1926 n'a pas entendu autoriser puisqu'elle a limitativement énuméré dans son article 5 les seules personnes en faveur desquelles le propriétaire pouvait exercer son droit de reprise;

Attendu, en conséquence, que le docteur T... est sans droit pour reprendre l'appartement des époux M.... »

Ainsi, il résulte de cette décision que le droit de reprise du propriétaire n'est pas absolu; il ne peut s'exercer que dans les conditions prévues par la loi.

A côté de cette décision, il importe d'en signaler une autre rendue par le même Tribunal civil de la Seine le 13 janvier 1927, d'où il résulte que le propriétaire peut exercer le droit de reprise d'un appartement, bien que celui-ci soit occupé professionnellement, si ledit appartement a été loué à usage d'habitation, et si c'est malgré la volonté du propriétaire que la destination en a été changée.

« Attendu que la dame X... est depuis le 13 décembre 1923 propriétaire d'un appartement au troisième étage dans l'immeuble sis à Paris, 18, rue Laugier; que suivant actes sous seings privés du 23 septembre 1922, la demoiselle B... était locataire de cet appartement pour une durée de trois ans à compter du 1er octobre 1922 et moyennant, outre les charges, un loyer annuel de 3.600 francs pour la première année et de 4.000 francs pour les deux années suivantes; que cette location a pris fin le 1er octobre 1925; que le 30 décembre Mlle B... a épousé le docteur G...; que le 22 mai 1926 la dame X... a signifié congé aux époux G... pour le 1er janvier 1927 en leur notifiant qu'elle désirait reprendre l'appartement pour son habitation personnelle; qu'elle demande au Tribunal de décider qu'elle est en droit d'exercer le droit de reprise prévu par l'article 5 de la loi du 1er avril 1926 pour occuper les lieux par elle-même; que les époux G... s'opposent à ce droit de reprise; qu'ils allèguent qu'aux termes de l'alinéa 3 de l'article précité, le droit dont il s'agit ne peut porter que sur les locaux servant exclusivement à l'habitation; qu'ils prétendent que l'appartement litigieux doit être considéré comme à usage professionnel, le docteur G... exerçant depuis le 2 février 1926 dans les lieux loués la profession de médecin et y recevant ses clients. »

Le Tribunal n'a pas accepté la thèse du médecin, parce que l'appartement n'avait été loué à Mlle B... que pour servir à l'habitation et non à l'exercice de la profession de médecin. Il y avait changement de destination en dehors du consentement de la propriétaire.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

La Rœntgenthérapie des épithéliomas cutanés et cutanéomuqueux par la méthode du docteur Jules Coste, par le docteur Georges GIREL. Un volume de 300 pages avec 8 planches hors texte. — Prix de base pour la France : 30 fr.; en plus hausse variable (40 p. 100 juillet 1926); prix fixe pour l'étranger : 1 dollar 20. — Paris, Masson et Cie.



NOTES POUR L'INTERNAT

ÉTIOLOGIE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, SIGNES DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

FRACTURES DU COL DU FÉMUR [1]

1. **Luxations de la hanche.** — Les pubiennes sont en rotation externe mais avec extension et abduction caractéristiques.

— Les luxations hautes ont une attitude semblable, mais trauma violent, attitude vicieuse énorme et typique, hanche bloquée.

2. **Fractures du bassin.** — En présence d'une déformation à type fracture du col, examen systématique du bassin où l'attitude vicieuse est la même.

1° En cas de fracture de la ceinture. Mais en plus des signes locaux que cet examen met en évidence.

En dehors de la violence du traumatisme causal existent des signes bien particuliers : signes de choc; signes urinaires.

2° Les fractures partielles (aile interne, crête iliaque) sont d'un diagnostic parfois plus délicat, mais en outre des signes radiographiques, la douleur à type de névralgie obturatrice, l'ecchymose annulaire du scrotum sont typiques.

Penser à la fracture du *sourcil cotyloïdien* avec ecchymose fessière.

3° La luxation centrale de la tête après enfoncement du cotyle est caractérisée par :

L'attitude en rotation externe, mais flexion et abduction;

L'aplatissement du grand trochanter.

3. Les fractures de la diaphyse fémorale :

a. Fractures du grand et du petit trochanter rares : attitude vicieuse opposée; douleurs et impotence spéciales;

b. Les autres fractures sont plus difficiles à éliminer :

— *Trochantéro-diaphysaire*, signes de cervico-trochantérienne.

Sans pénétration, avec attitude vicieuse corrigible.

— *Sous-trochantérienne*, déformation en crosse très caractéristique.

4. Reste la *contusion de la hanche*. Ce qu'il faut en penser :

Elle n'existe pas;

Elle masque des lésions de la tête ou surtout de l'acétabulum;

Elle ne peut être admise sans vérification radiographique soigneuse;

Une contusion de la hanche avec ecchymose au pli de l'aine au cinquième jour est une fracture cervicale.

— *Chez l'enfant*, penser au décollement épiphysaire.

Diagnostic de variété. — Pratiquement fracture pénétrée ou non pénétrée avec la réserve que chacune des deux variétés peut être ou non pénétrée.

La loi de fréquence doit être présente à l'esprit.

La radiographie juge.

Diagnostic radiographique. — Il existe, il mérite qu'on s'y arrête, il a permis d'individualiser les fausses fractures du col.

a. **Chez l'adulte.** — La *subluxation congénitale larvée*. Après une chute : pas d'impotence fonctionnelle, pas de rotation externe, mais *abduction très gênée*, alors que les autres mouvements sont d'une amplitude exagérée.

Amélioration par le repos.

La radio montre ici un col en coxa vara, avec *bassin asymétrique, cotyle atrophié, sourcil effacé*.

b. **Chez l'enfant.** — La *coxavara essentielle* avec ses formes juxta et médiocervicale, juxtatrochantérienne.

Présentant avec la fracture du col une similitude parfaite relevant pour certains de fractures, méconnues par suite du peu d'importance des signes immédiats; pour d'autres (opinion actuelle) de l'*ostéochondrite déformante juvénile* et dont l'aspect radiographique est bien spécial.

TRAITEMENT

On doit s'efforcer d'obtenir un résultat anatomique, s'opposer à la non consolidation ou à la consolidation vicieuse.

A. **Méthodes.** — 1. Une à peu près abandonnée : l'extension continue ;

2. Une d'exception : la réduction dans un plâtre en abduction et flexion permettant la station assise immédiate (vieillard); première attitude de réduction des luxations congénitales.

3. Deux méthodes de choix :

a. *Immobilisation en abduction forcée* et *rotation interne* dans un plâtre (R. Whitman), procédé modifié par Judet pour permettre la station assise et obvier à son grave inconvénient : l'immobilisation prolongée au lit.

Elle permet d'obtenir le relâchement des pelvitrochantériens, la tension du psoas et des adducteurs, la tension capsulaire, c'est-à-dire de corriger l'abduction, d'abaisser le fragment externe.

b. *Vissage ou enchevillement* avec ou sans arthrotomie (méthode de Delbet) par vis de métal, vis d'os, greffon ostéopériostique homo ou hétéroplastique (Dujarier).

B. **Indications.** — Sont tirées de l'*âge* et de la *variété*. Insister sur le facteur moral : psychothérapie nécessaire. Ne pas donner au blessé, surtout s'il est âgé, l'impression d'abandon ou d'impuissance.

1. Chez le *vieillard* supprimer le lit, parer aux complications d'ordre général, donc :

a. Fracture engrénée, lever précoce, massages, plâtre en abduction. Flexion : il faut asseoir le malade.

b. Fracture non engrénée, tenter l'enchevillement de préférence à l'ostéosynthèse ou la résection de la tête.

2. Chez l'*enfant*. Whitman.

3. Chez l'*adulte* : *a.* Fracture engrénée sans grosse déformation : extension continue, marche après deux mois.

b. Déformation marquée, *tenter la réduction*; désenclaver sous anesthésie par manœuvres douces; réduire; maintenir en bonne position.

Par extension continue; Whitman, enchevillement.

c. Fractures sous capitales; la consolidation osseuse quel que soit l'âge, reste exceptionnelle; enchevillement.

Traitement de *longue durée* (six mois dans le Whitman avant de permettre l'appui sur le col) raccourci par la méthode de Delbet.

Traitement *difficile*, variant avec l'expérience et les préférences personnelles.

Traitement *aléatoire* malgré les progrès certains.

Pour les complications :

La *pseudarthrose* relève :

Ou de la résection de la tête;

Ou de l'arthrotomie avec avivement suivi ou non d'ostéosynthèse;

Ou du *simple enchevillement*.

Les *fractures vicieusement consolidées* nécessiteront dans les cas relativement récents une ostéotomie oblique sous-trochantérienne; dans les cas anciens, ostéotomie en présence d'une hanche mobile, résection en cas d'ankylose.

Bibliographie. — Les neuf agrégés. — TANTON, in *le Dentu, Delbet*. — JUDET. *Traité des fractures des membres*. — DUJARIER, IMBERT. *Rapport au XXXIIIe Congrès français de chirurgie* (1924). — LEVEUF. *Traitement des fractures et luxations des membres*.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 30, p. 502; n° 32, p. 534, et n° 34, p. 566.

LE JEUDI 9 JUIN 1927

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication de la fourniture des *appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, nécessaires au service des divers établissements de l'Administration, savoir :

Pendant le deuxième semestre 1927 :

1er lot. *Instrumts en gomme et caoutchouc.* 20.000 f.
2e — — . 20.000
3e — *Gants et doigtiers en caoutchouc.* 190.000 f.
4e — *Articles de caoutchouc*.......... 50.000
5e — *Tétines et obturateurs*.......... 37.000
7e — *Articles divers*................ 8.000

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des lettres de demande d'admission jusqu'au 23 mai 1927, avant 16 heures.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (nomination). — *Consultation écrite.* — Séance du 2 mai. — MM. Chevalley, 18; Mouquin, 18,36; Schulmann, 17.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 2 mai. — MM. Charrier, 17; Sénèque, 15; Fey, 19.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est composé de MM. Bouffe de Saint-Blaise, Le Lorin, Macé, Lévy-Solal, Devraigne, Villaret, Chifoliau.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est composé de MM. Mespoulous, Fargin-Fayolle, Lebedinsky, Lemerle, Robin, René-Marie, Lejars.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est composé de MM. Guibert, Maingot, Mme de Brancas, MM. Laquerrière, Veau, Ramond (Félix), Lapointe.

— CONCOURS D'ASSISTANTS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DES HÔPITAUX. — Le jury est composé de MM. Bourguignon, Pestel, Darbois, Pagniez, Lenormant, Macé, Laquerrière.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — La chaire de clinique obstétricale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication dudit arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 1er mai 1927.)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Coutan (de Rouen).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bonnet (de Constantine), Thirion (de Saint-Dié).

GUERRE. — L'ECOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES A MARSEILLE. — Les chaires : 1° d'anatomie chirurgicale et médecine opératoire; 2° d'hygiène sociale et coloniale, sont déclarées vacantes à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales. (*J. O.*, 4 mai 1927.)

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Lorquin (Moselle).

Conformément aux dispositions réglementaires les candidats doivent justifier de la connaissance de la langue allemande.

COMMISSION INTERNATIONALE PERMANENTE DES MALADIES PROFESSIONNELLES. — La Commission internationale permanente des maladies professionnelles, créée en 1906, vient d'être reconstituée et se prépare à reprendre son activité.

Les membres titulaires de cette Commission sont les suivants :

Allemagne : MM. les professeurs Hahn (Berlin), Holtzmann (Karlsruhe), Koelsch (Münich), Teleky (Düsseldorf), Thiele (Leipzig).

Australie : MM. les professeurs Badham (Sydney), Robertson (Melbourne).

Autriche : MM. le docteur Brezina (Vienne), les professeurs von Schroetter et Sternberg (Vienne).

Belgique : MM. le docteur Glibert (Bruxelles), les profes seurs Herman (Mons), Malvoz et Stassen (Liége).

Canada : M. le professeur Cunningham (Toronto).

Etats-Unis d'Amérique : M. le professeur C. K. Drinker (Cambridge), Mme le professeur A. Hamilton (Boston), M. le professeur Hayhurst (Columbus).

France : MM. les professeurs Agasse-Lafont et Kohn-Abrest (Paris), Martin (Lyon).

Grande-Bretagne : MM. le docteur Bridge (Londres), le professeur Collis (Cardiff), sir Thomas Oliver (Newcastle), sir Thomas Legge (Londres), le professeur Prosser-White (Manchester).

Hongrie : M. le docteur Szegedy Maszak (Budapest).

Italie : MM. le professeur Biondi (Sienne), le docteur Carozzi (Genève), secrétaire; les professeurs Devoto (Milan), président; Monti (Pavie), Pieraccini (Florence), les docteurs L. Veratti (Milan); Vigano (Milan), trésorier.

Japon : M. le professeur Teruoka (Kurashiki).

Norvège : M. le professeur Lorange (Oslo).

Pays-Bas : MM. les docteurs Heyermans (Amsterdam), Kranenburg (La Haye).

Pologne : M. le docteur Zielinski (Varsovie).

Suisse : M. le professeur Cristiani (Genève).

Tchéco-Slovaquie : M. le professeur Loewy (Prague).

U. R. S. S. : MM. les professeurs Kagan (Karkhow), Kaploune (Moscou).

Le secrétariat est encore confié au docteur L. Carozzi, chef du service d'hygiène au B. I. T. (Genève).

SECOURS AUX INFORTUNES DE GUERRE. — L'Union des médecins mutilés de guerre, 19, rue Blanche, à Paris, composée de médecins mutilés de guerre ou blessés, et titulaires d'une pension, prie MM. les médecins de France et des colonies de bien vouloir lui signaler les infortunes conséquences de la guerre.

CHRONIQUE

LA PRESSE MÉDICALE LATINE A VICHY

Après les journées de travail de la Réunion de la Presse médicale latine, M. Pierra a eu l'heureuse pensée de montrer à nos hôtes un des aspects les plus séduisants de la France.

Grâce à l'amabilité coutumière de la Compagnie fermière de Vichy, un groupe de 64 médecins étrangers est parti dimanche pour Vichy sous la conduite de M. Normand, secrétaire général de la Compagnie fermière, de MM. Loeper et Pierra.

A la gare, une aimable réception nous attendait : M. le docteur Chabrol, président de la Société des sciences médicales, entouré de nombreux confrères de Vichy, et M. le docteur Binet, représentant la municipalité, nous souhaitèrent la bienvenue. Puis des cars emmenèrent les voyageurs à travers les belles avenues si remarquablement entretenues par la municipalité et M. Aletti nous reçut au Thermal Palace dont le luxe n'est égalé que par le confort.

Après un dîner intime tous se rendirent au Casino où la troupe du théâtre Daunou donna une brillante représentation de la *Poupée française* avec Mme Madeleine Carlier, MM. Cappellani et Hasti. Ce fut une délicieuse soirée. Le lendemain fut consacré à la visite des installations hydrominérales et de la pastillerie sous l'aimable conduite de M. Lavergne. Puis M. Brian, ingénieur en chef, nous fit une remarquable conférence technique accompagnée d'un film documentaire du plus haut intérêt.

Une conférence jumelée de MM. Chabrol et Lœper mit en valeur les ressources infinies de Vichy. M. Chabrol nous rappela la composition des principales sources : la Grande-Grille, l'Hôpital, Chomel, sources chaudes à minéralisation élevée (5g5 environ de bicarbonate de soude), les Célestins, source fraîche à faible minéralisation (3g3 de bicarbonate de soude), il étudia leur action physiologique et thérapeutique, les indications de la cure, il indiqua l'utilisation des eaux transportées et nous fit aimablement profiter de sa longue expérience d'hydrologue. Lœper, en physiologiste, nous entretint de l'action des eaux sur l'organisme et des travaux récents de Roger Glénard.

Le grand établissement que dirige avec tant d'autorité le docteur Haller retint ensuite longuement les visiteurs. Bains, douches, piscines, bains carbogazeux, massage sous l'eau furent montrés par le docteur Bellonne. Le service d'électrothérapie du docteur Aimard, la splendide installation mécanothérapique furent justement admirés. Ils sont dignes de leur réputation mondiale, et dignes des 120.000 baigneurs qui fréquentent annuellement Vichy.

Mais les meilleures choses ont une fin, et après une intéressante visite aux sources de l'Hôpital, la Grande-Grille, la source Chomel et les Célestins, une délicieuse station au Sporting Club, véritable Eden au bord de l'Allier, il fallut songer au retour. Un grand dîner réunit, avant le départ, dans le merveilleux cadre du Majestic, nos confrères latins autour des représentants de la Compagnie de Vichy, de la Société des sciences médicales et de la municipalité.

Vichy n'est pas seulement un pays de régime, nous pûmes apprécier cet incomparable adjuvant de la cure qu'est la cuisine française assaisonnée par l'air pur et vif de l'Allier. A l'heure des toasts, M. Normand, les docteurs Chabrol, Binet, Mathieu de Fossey exprimèrent aux membres de la Fédération le plaisir qu'ils avaient eu à les recevoir et ils remercièrent particulièrement M. Loeper et M. Pierra, le grand animateur de ces belles journées.

MM. les professeurs Horno Alcorta (de Saragosse), Piccinini (de Milan); MM. Rondopoulos (d'Athènes), Cosacesco (de Bucarest), Marcucci, au nom de l'Amérique latine, exprimèrent dans leur langue maternelle leur admiration enthousiaste pour Vichy et leur gratitude pour l'accueil royal qui leur avait été fait.

M. Lœper développa à son tour les mêmes sentiments avec une élégance de forme et une élévation de pensée qui furent très goûtées.

C'est avec une véritable émotion que tous vinrent, avant le départ, dire à MM. Normand et Feuillade, au docteur Chabrol, et à nos chers confrères de Vichy, quel souvenir profond ils emportaient de leur visite dans la première station thermale du monde.

F. L. S.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique chirurgicale ophtalmologique, par Duverger, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, et Velter, professeur agrégé à la Faculté de Paris, ophtalmologiste des hôpitaux. Un volume de 480 pages avec 45 figures et 40 planches hors texte en couleurs. Se vend broché ou cartonné. — Prix de base pour la France : broché, 100 fr.; relié, 110 fr.; en plus hausse variable (40 p. 100 juillet 1926); prix fixe pour l'étranger : 4 dollars 40. — Paris, Masson et Cie.

Théophraste RENAUDOT

MÉDECIN ET PÈRE DU JOURNALISME

Par M. le professeur E. FORGUE [de Montpellier] (1).

Très honorés confrères de France
et des Nations latines,

Il y aura bientôt trois siècles — quatre ans seulement nous séparent de cet anniversaire — que naissait, en France, le premier journal. C'est, en effet, le 30 mai 1631 que parut le numéro initial de la *Gazette*, par privilège royal daté du même jour, permettant « au sieur Renaudot, l'un des médecins ordinaires du roi et maître général du bureau d'adresses du royaume, de faire imprimer, vendre et distribuer dans lesdits bureaux d'adresses, ou en tel autre lieu et par telle personne qu'il voudra les Gazettes, Relations et Nouvelles ordinaires, tant de ce royaume que des pays étrangers ».

J'ai, sous les yeux, la copie de ce précieux recueil des *Gazettes* de l'année 1631 dont la Nationale possède le très rare exemplaire. Et je ne puis pas considérer sans recueillement, sans respect, cette demi-feuille de quatre pages, petit in-4°, sur une seule colonne, modestement hebdomadaire, qui paraissait tous les vendredis (le samedi à partir du 1er janvier 1633) et qui coûtait un sou parisis, de quinze deniers, soit environ six centimes. La feuille (qui n'est datée qu'à partir de son sixième numéro, celui du 4 juillet 1631) commence par ce seul titre, en grosses lettres, placé en haut de la page : GAZETTE ; au bas, se trouve en italiques cette indication qui évoque le charme simple et pittoresque de notre vieux Paris : « *Au bureau d'adresses, au Grand Coq, rue de la Calandre, sortant au Marché-Neuf, près le Palais à Paris.* » Et la première nouvelle qu'elle porte à la connaissance du public et qui émane de Constantinople, à la date du 2 avril 1631 est la suivante : « Le roy de Perse avec 15 mille chevaux et 50 mille hommes de pied assiège Dille, à deux journées de la ville de Babylone, où le Grand Seigneur a fait faire commandement à tous ses janissaires de se rendre, sous peine de la vie, et continue nonobstant ce divertissement là (cette diversion) à faire toujours une aspre guerre aux preneurs de Tabac, qu'il fait suffoquer à la fumée. »

Et voilà l'humble commencement, le fait divers de rédaction médiocre et sommaire, qui constitue l'origine de cette haute puissance qu'est devenue la Presse moderne, à la fois direction et reflet de l'opinion publique, organe indispensable d'information et de publicité, instrument de gouvernement et en même temps arme de combat contre les gouvernements, agent précieux d'évolution pacifique et ferment possible de révolutions, au total l'une des grandes forces intellectuelles et morales qui mènent le monde et préparent ses destins !

De ce jour de printemps 1631 à notre année 1927, que de bouleversements politiques, que de progrès techniques d'information et de diffusion de la pensée humaine ! En vérité, que penserait notre ancêtre Renaudot si, par miracle, il pouvait être introduit, à l'heure du fébrile travail de rédaction et de composition, dans une de ces puissantes maisons que représente, actuellement, un grand journal, équipé à la moderne comme une usine, en communication ultrarapide avec le monde entier, armé de toutes les ressources scientifiques de transmission à toute vitesse ! Mais, du moins, pourrait-il proclamer que si, matériellement, l'organisation du journal s'est transformée à ce degré merveilleux, moralement les règles du journalisme demeurent immuables et doivent rester telles qu'il les traçait, dès l'origine, dans ces préfaces, hardies et profondes, où il défendait, contre ses jaloux, l'esprit de sa *Gazette* et en indiquait, avec une grande noblesse de pensée, la portée sociale et les devoirs.

Envers le public, est-il possible de tenir un langage plus digne et plus sage que ces paroles de sévère tenue professionnelle : « Ma prière s'adresse, dit-il, aux particuliers, à ce qu'ils cessent de m'envoyer des mémoires partiaux et passionnés, vu que nos Gazettes sont épurées de toute autre passion que celle de la *vérité.* » Envers les puissants, quelle attitude de fière indépendance : « Je dirai à ceux qui se plaignent de quoi je parle quelquefois des grands sans les louer, que la vraie et solide louange se trouvant dans les actes vertueux, *dire la vérité, c'est louer tout ce qui le mérite.* »

Enfin, quelle prescience des droits de la pensée libre et de sa force explosive contre l'oppression, quelle haute conscience de son devoir et de son pouvoir de vérité, nous devons admirer dans cette superbe apostrophe aux rois de la terre : « Je ferai, affirme-t-il, en ce lieu, aux princes et aux états étrangers, la prière de ne perdre point inutilement le temps à vouloir fermer le passage à mes Nouvelles, vu que c'est une marchandise dont le commerce ne s'est jamais pu défendre et *qui tient de la nature des torrents et qu'il se grossit par la résistance.* » Voilà, certes, une audacieuse image et il a fallu au pauvre gazetier comme l'appelaient les pamphlets de l'époque, une belle intrépidité d'âme pour en risquer la hardiesse, il y a trois siècles, en un temps où les plus hautes têtes n'étaient guère solides sur les épaules ; en vérité, même à notre époque et sous notre régime, pourrions-nous signer une profession de foi plus libérale.

Dès son origine, le journal se révèle, en effet, comme un pouvoir de vive croissance, de développement ininterrompu. Le créateur de la *Gazette* ne s'était point trompé sur ses destinées ; il avait vu juste, profond et loin, lorsque en 1632 il prophétisait déjà que son œuvre serait impérissable.

Dès la seconde année, l'humble demi-feuille de Renaudot est forcée de doubler son format qui est porté à huit pages divisées en deux cahiers intitulés l'un *Gazette*, l'autre *Nouvelles Ordinaires de divers endroits*, en raison de la diversité des matières, les *Nouvelles* comprenant les pays septentrionaux et occidentaux, et la *Gazette* ceux de l'Orient et du Midi. Il est intéressant de comparer la *structure* de ce premier journal de France à l'ordre de composi-

(1) Conférence faite à la séance inaugurale de la Première réunion de la Fédération de la Presse médicale latine, le 29 avril 1927.

tion d'un de nos grands quotidiens modernes; et la comparaison, au point de vue de la distribution méthodique, n'est point au désavantage de la vieille *Gazette*. La chronique de l'étranger est en tête; les nouvelles de la Cour sont à la fin : « Disposition conforme, disait Renaudot, à l'ordre du temps et à la suite des dates; sauf à ceux qui voudraient suivre celui de la dignité, à commencer leur lecture par la fin, à la mode des Hébreux. » Comme fait actuellement le *Larousse mensuel*, Renaudot publie en plus, tous les mois, un numéro supplémentaire servant de lumière et d'abrégé aux numéros hebdomadaires, apportant aussi une mise au point souvent nécessaire; « car, selon l'observation judicieuse de notre premier ancêtre en journalisme, il en est des nouvelles comme des métaux; ceux-ci, au sortir de la mine, sont mêlés de quelque terre; celles-là d'abord sont ordinairement accompagnées de quelques circonstances mal entendues dont elles s'épurent avec un peu de temps, comme font les autres étant jetés dans leurs lingotières; » croit-on, en vérité, que nos périodiques ne gagneraient point en exactitude à cette revision mensuelle, à ce triage critique des informations hâtives ou contradictoires? Plus tard, ces suppléments mensuels sont remplacés par des annexes consacrées à la publication des documents officiels, à des communiqués sur les événements de marque, sièges, batailles, fêtes, sur les édits, ordonnances et règlements : la primitive *Gazette* prend une allure de *Journal officiel*.

Ainsi, le cadre du premier journal français allait en s'élargissant, de même que sa solidité de construction et sa résistance à toutes les attaques s'affirmaient de plus en plus; quand, au déclin de sa vie, Renaudot médite tristement sur les ruines de la plupart de ses « innocentes inventions », comme il disait avec modestie, quand il a perdu procès sur procès, quand, par sentence du Châtelet et par arrêt du Parlement, il lui est fait « très expresses inhibitions et deffences » d'exercer la médecine à Paris, de prêter sur gages, de tenir bureaux d'adresses et de continuer ses consultations charitables; dans ce désastre de toute son œuvre, seule la *Gazette* survit. Et quelle haute satisfaction il eût éprouvée s'il avait pu, en mourant, mesurer la longue carrière réservée à cette *Gazette* dont il resta jusqu'à son dernier jour l'animateur infatigable; s'il l'avait vue, sous Louis XIV, pour enregistrer les exploits du Grand Roi et les magnificences de Versailles, porter son format de huit à douze pages, doubler sa périodicité en 1762, prendre à partir de cette même année le titre vénérable de *Gazette de France*, portant en tête les armes royales, traverser la tourmente révolutionnaire, s'adapter aux régimes successifs et rester, pendant près de deux siècles et demi de publication ininterrompue, le plus ancien journal de l'Europe et le doyen de tous les journaux de France!

Il faut reconnaître que, dès ses débuts, le journal de Renaudot avait eu la chance de trouver deux solides appuis : d'une part, la faveur du public; de l'autre, le soutien du pouvoir.

La *Gazette* était vite devenue populaire : ne répondait-elle pas à cette curiosité d'information, à cet appétit de nouvelles qui est un des besoins de l'esprit humain : « Depuis les grands jusqu'aux petits, dit un contemporain, on ne parle d'affaires que par la *Gazette*; les aisés l'achètent et en font des recueils; d'autres se contentent de la lire en payant des droits pour cette lecture, ou se cotisent entre eux pour l'acheter à moins de frais. » Elle est vendue et criée, dans les rues de la ville, par des colporteurs, qui ressemblent étonnamment à nos actuels camelots de la rue du Croissant : une estampe du temps, conservée à la bibliothèque de la rue Richelieu, et représentant la *Gazette* assise sur un trône entre le mensonge démasqué et la vérité, recevant les hommages et les nouvelles de tous les peuples de la terre, nous montre, au fond, un crieur, portant un panier rempli d'exemplaires; et une riposte de Renaudot à l'attaque d'un gazetier de Cologne décrit pittoresquement « ces curieux impatients arrachant des mains des colporteurs la *Gazette* encore toute moite de l'impression ». On la consulte aussi dans certaines boutiques, notamment chez Ribon, Loison et autres « regratiers » ou brocanteurs du Pont-Neuf. Aussi, durant la Fronde, quand Renaudot suivit la Cour à Saint-Germain, dès les premiers jours du blocus « Les Parisiens, renfermés dans leurs murs, dit une Mazarinade, souffraient moins de la disette de pain, que du manque des *Gazettes*. »

Mais, surtout, le plus efficace atout dans son jeu, c'était de compter, comme patrons, et même comme rédacteurs très illustres, ces deux puissances : le Cardinal, le Roi. Le grand et impérieux ministre avait rapidement compris quelle force de gouvernement lui viendrait de ce nouveau moyen de diriger et de dominer l'opinion publique, quelle arme de riposte il lui fournissait contre la guerre de pamphlets qui l'irritaient et auxquels il lui était difficile de répondre directement, et comme il se connaissait en hommes, il avait apprécié quel concours il pouvait attendre de cet esprit intègre et voué au bien; car, il y avait, dans ce terrible homme d'Etat, de fortes chaleurs de cœur. Aussi, dans la coulisse, il faisait partie occulte du bureau de rédaction de la *Gazette*, lui envoyait, par l'intermédiaire de l'Eminence grise du Père Joseph, qui se rendait deux fois par semaine rue de la Calandre, des articles entiers, y faisait insérer les traités d'alliance, les capitulations, les relations des sièges et des batailles écrites par les généraux (on voit, par là, que les communiqués d'état-major ne datent pas d'aujourd'hui) et les dépêches des ambassadeurs, faisant ainsi servir l'humble feuille du médecin journaliste à ce double but vers lequel sa pensée fut toujours dirigée : la majesté du trône et la grandeur de l'Etat.

Quant à Louis XIII, c'est un roman que de l'imaginer, ainsi que l'a fait un chroniqueur, plus spirituel que documenté « quittant sournoisement son Louvre pour se rendre à bas bruit, dans la boutique de la rue de la Calandre, où il se dédommageait par maints commérages, du silence auquel le condamnait son ministre ». Il est réel qu'il était un collaborateur bénévole de la *Gazette*, qu'il lui apportait des échos, des propos de Cour parfois même, des vers de Mirliton, royalement médiocres, comme ceux que lui inspira l'accès de fou rire, poussé jusqu'à l'incon-

tinence qui advint un jour, à la favorite, Mlle de Lafayette, au jeu de la Reine, à Saint-Germain.

Mais, il ne faudrait pas croire que ce Roi, rejeté dans l'ombre par la haute figure de Richelieu, bornât sa collaboration à ces pauvretés, ni le juger par cette mauvaise pièce de vers, qui, d'ailleurs, arrêtée par la sévère censure du Cardinal, ne fut point insérée : ce n'était pas le débile cerveau, désœuvré, « faiseur de petits airs et de chansons en bouts rimés » que Michelet a représenté; il savait, à l'occasion, faire énergiquement son métier de souverain; il avait apprécié le rôle politique de la presse naissante. Quand, après la mort de ses deux protecteurs, le Cardinal et le Roi, en 1644, Renaudot fut tracassé et menacé de la Bastille pour un article publié onze ans avant et mettant la Reine en cause, il pouvait, en toute exactitude, répondre, pour sa défense : « Chacun sait que le Roi ne lisait pas seulement mes *Gazettes*, et n'y souffrait pas le moindre défaut, mais qu'il m'envoyait presque ordinairement des mémoires pour y employer. » Et la preuve en est fournie, selon le père Griffet, par deux volumes des manuscrits de Béthune qui contiennent les minutes de ces différents articles écrits de la propre main de Sa Majesté Louis XIII. N'est-ce point un impressionnant retour des choses humaines que de voir un Roi de France et son très grand ministre, pour fortifier le pouvoir absolu, forger eux-mêmes l'arme libératrice qui, un siècle et demi après devait l'abattre!

Voilà donc de quel haut parrainage et de quelle popularité, Renaudot, le père du journalisme, fut, dès le début, honoré et secondé. C'est, pour nous, une juste fierté professionnelle que de saluer, dans ce novateur, dans cet esprit d'avant-garde, un médecin. Pour bien connaître, dans la multiple activité de sa haute intelligence, l'une des plus vastes de son époque, servie par un labeur opiniâtre, reportons-nous, par la pensée, si vous le voulez bien, vers son bureau de rédaction, et allons le visiter à sa maison du Grand Coq, rue de la Calandre. Nous sommes dans notre vieux et cher Paris, d'il y a trois siècles : nous descendons la rue Saint-Jacques, nous traversons le petit Pont, surmonté de maisons, flanqué de moulins, nous pénétrons dans la rue de la Cité et arrivons rue de la Calandre, paroisse Saint-Germain-le-Vieil, près du Palais; l'hôtel du Grand Coq a une issue près du Marché-Neuf; c'est l'un des coins les plus vivants de Paris, les plus bariolés, retentissant du matin au soir de disputes, d'appels, de crudités gauloises, de cris de harangères; et ce voisinage populaire est une bonne fortune pour le bureau d'adresses et pour le centre de consultations charitables. Nous pouvons y venir dès la première heure; car, en ce temps-là, le Parisien étant forcé de régler sa vie sur la lumière du jour; dès cinq heures du matin, nous avons rencontré des groupes d'étudiants, réveillés au son de cloches des matines, qui descendent dans les rues sombres et étroites du quartier latin et se dirigent vers la rue du Fouarre. Nous pénétrons dans la demeure et trouvons déjà notre confrère, au travail, feuilletant des registres.

C'est qu'il n'est pas seulement un directeur de journal. Il mène de front, avec une égale ardeur créatrice, cette œuvre triple, inspirée du même idéal d'humanité et de charité; le bureau d'adresses ou de rencontre qui a surtout pour but de renseigner sur les emplois disponibles les malheureux, accourus en troupe à Paris pour y trouver du travail, et de les préserver du vagabondage; le « bureau de vente à grâce, troques et rachats de meubles et autres biens quelconques » qui, sur gage, fournit aux gens du peuple les avances nécessaires; le service des consultations charitables où le malade reçoit gratuitement des conseils et des remèdes. Toute la maison du Grand Coq est remplie de cette quadruple activité; et, à chaque étage, l'aspect du travail spécialisé est changeant. Ici, c'est l'imprimerie où une presse à bras a remplacé les vingt scribes, groupés autour d'une large table, qui, au début, étaient occupés à calligraphier les nouvelles à la main, dont la *Gazette* est issue; là, ce sont les bureaux, tables et registres aux dossiers méthodiquement classés, où, moyennant modique redevance de trois sous et gratuitement pour les pauvres, sont renseignés tous ceux qui veulent « vendre, acheter, louer, permuter, les maîtres qui cherchent des compagnons, les compagnons qui cherchent des maîtres (ceux-ci moins nombreux, ce qui prouve qu'il y a trois siècles, l'offre d'emploi l'emportait déjà sur la demande), ceux qui ont des avis à donner ou à recevoir, pour toute sorte d'affaires, négoces et commodités quelconques. » Plus loin, sont des pièces remplies de hardes, de bijoux, de meubles déposés en gage, numérotés, étiquetés avec la moitié d'un morceau de parchemin dont l'emprunteur a l'autre moitié, pareillement marquée de son numéro, comme dans un vestiaire bien organisé. Dans la grande salle du bureau d'adresses, dès le mois de novembre 1633, se tiennent des conférences, établies sur des bases vraiment démocratiques, où la discussion est libre sur toutes questions proposées, sauf la religion et les affaires d'Etat qui sont laissées à la Sorbonne et au Conseil d'où elles procèdent. Le mardi, dans la même salle, et plus tard tous les jours, fonctionne le service des consultations : une quinzaine de médecins, amis de Renaudot, divisés en plusieurs tables examinent les malades; si le cas est difficile, ils se groupent en consultation; les chirurgiens pratiquent la partie manuelle de l'ordonnance; les apothicaires délivrent les médicaments; les élèves suivent ces séances instructives; à côté, sur un fourneau, des fioles, des alambics, des éprouvettes, l'arsenal d'un vrai laboratoire de chimie, où, contre les règles de la pharmacie de l'époque, les minéraux dominent.

En vérité, quel est le réformateur, quel est l'homme d'Etat qui, avec une semblable unité d'inspiration, et une égale diversité d'invention, ait mis sur pied une organisation sociale de cette valeur et de cette envergure? Dans cette maison de la rue de la Calandre sont nés les plus puissants moteurs de la vie publique moderne et les meilleurs instruments de l'assistance sociale : *le Journal*, *la publicité*, *le prêt sur gages*, que le peuple reconnaissant appelle le Mont-de-Piété, l'élevant ainsi au rang des inspirations chrétiennes; les *consultations gratuites*. De cet hôtel du Grand Coq sortent, à la fois, des nouvelles pour les curieux, des secours pour les pauvres, des

conseils et des remèdes pour les malades. L'homme qui conduit toute cette organisation charitable, est, vraiment, une personnalité de haut relief, un philanthrope doublé d'un socialiste avant l'heure, car il n'a point craint de signer cette pensée de haute solidarité sociale : « *Il faut que, en un Estat, les riches aident aux pauvres, son harmonie cessant lorsqu'il y a partie d'enflée outre mesure, les autres demeurant atrophiées* ». Dans ces temps, où la misère des peuples était si profonde, un autre bienfaiteur, un saint homme, inspiré de la même recherche ardente et désintéressée du bien, peut lui être comparé, qui eut comme lui, l'esprit ouvert à toutes les idées justes, et qui, comme lui, ne fut pas l'ouvrier *unius operis*, le créateur d'une seule œuvre, mais l'animateur de multiples fondations, le créateur de l'ordre des Filles de la Charité, Vincent de Paul; ce médecin et ce prêtre, ces deux fils de la vieille terre de France se ressemblent et se valent par leur dévouement au service des pauvres, par l'efficacité de leur bonté agissante.

Mais, dans cette application multiforme de son esprit, à la fois inventif et réalisateur, Renaudot reste, avant tout, médecin. « La médecine, répondait-il, *aux petits avortons d'esprit*, qui blâmaient la diversité de ses emplois, la médecine est le centre de mon repos; c'est la masse de mon édifice. » La grande réforme médicale qu'il a tentée, se fondait sur ces deux principes essentiels : la clinique opposée à la scolastique; la chimie appliquée à la médecine. Grâce aux conférences du lundi, Renaudot avait groupé autour de lui des médecins de province surtout des docteurs de Montpellier, et même des élèves parisiens enclins à accepter les idées nouvelles et les remèdes chimiques; c'était là, un noyau de corps enseignant; et Renaudot comprit avec une grande clairvoyance qu'il pouvait ainsi opposer à la vieille Faculté, immobilisée dans ses stériles discussions scolastiques, une école médicale nouvelle, éprise de progrès, ouverte à la méthode expérimentale fondée sur l'étude du malade. Et c'est bien, comme l'a dit Gilles de la Tourette, un essai de faculté libre au XVIIe siècle qu'a entrepris Renaudot. Ses consultations charitables ont été le germe de l'enseignement clinique, son fameux opuscule, « la présence des absents », a constitué la première ébauche d'un traité de diagnostic; vingt mille consultants ont passé par le bureau d'adresses, en moins de dix ans, représentant un imposant matériel d'instruction clinique; et si l'hostilité jalouse de la Faculté ne l'en avait point empêché, par cette longue suite d'attaques et de procès qui se terminèrent le 1er mars 1644 par la condamnation au Parlement, il eût eu la gloire de fonder le premier hôpital des cliniques. Imagine-t-on l'orgueil que ressentirait cet initiateur s'il pouvait voir le développement actuel, dans toute la France, du service des consultations externes et des dispensaires, s'il embrassait du regard ce qui, dans une seule matinée de nos hôpitaux de Paris, s'y réalise, en œuvre bienfaisante par le diagnostic précoce, par le conseil des plus grands maîtres, par le triage des malades, par l'économie des hospitalisations! De même, quel étonnement s'il pouvait mesurer ce qu'est devenue cette chimie qui, à son époque, se dégageait à peine des creusets du moyen âge, pour l'étude de laquelle il avait eu tant de peine à obtenir par lettres patentes du 2 septembre 1640, l'autorisation royale de préparer les remèdes minéraux et de « tenir toutes sortes de fourneaux, alambics, matrats et récipients », et s'il la voyait par la chimiothérapie, maîtresse incontestée de la thérapeutique moderne!

Donc, médecin il est resté; et, surtout, médecin de Montpellier. C'est, en effet, en novembre 1605, que Théophraste Renaudot, âgé de dix-huit ans, s'inscrit comme étudiant, dans le registre des matricules de notre Ecole; en moins d'un an, il a franchi les examens *per intentionem*, les points rigoureux, la licence, les triduanes, et arrive au doctorat, ce qui témoigne sans doute d'aptitudes peu communes, mais ce qui prouve aussi que le régime des dispenses ne date point d'aujourd'hui. Nous avons la bonne fortune de conserver, dans le Registre des Congrégations de notre Faculté, les pièces originales et manuscrites de ces autorisations. Donc, c'est à dix-neuf ans, le 12 juillet 1606, que Renaudot a reçu, comme il l'a écrit lui-même « le bonnet de la fameuse Université de Montpellier ». Il a célébré, chez nous, l'*Actus triomphalis* dans toute la pompe de son cérémonial : les cloches de Saint-Firmin, ont, dès la veille, annoncé la fête; le récipiendaire est conduit en cortège, les tambourins et les hautbois ouvrent la marche, puis, viennent les professeurs en costume officiel; Renaudot reçoit, à l'Eglise, le bonnet noir, surmonté d'une houppe de soie cramoisie, une bague d'or, une ceinture dorée et le livre d'Hippocrate; il fait le tour de l'assistance, distribuant gants, bonbons, dragées et fruits confits; la cérémonie se termine par un banquet, pantagruélique à l'auberge de la Croix d'Or! Cela n'est-il pas d'une autre allure que nos médiocres examens de thèses en séries?

Il nous est permis de penser que c'est à l'Ecole de Montpellier que Renaudot a puisé ces principes de large démocratie, cette liberté et cette audace d'entreprises sociales, cette tolérance de la pensée, cette passion pour les idées progressistes, pour la chimie et ses remèdes, pour ces deux pôles de la vie médicale moderne : le laboratoire et la clinique. Démocratique, notre Ecole l'a été dès son origine : songez que, dès le XVIe siècle, en face du chancelier et du doyen, le procureur des étudiants, qui portait le bâton d'honneur, dans les cortèges officiels, avait le droit d'admonester le professeur dont le cours n'était pas scrupuleusement fait. Et cela s'explique bien comme l'a montré Germain, quand on considère le milieu républicain au sein duquel se sont développées nos écoles, et la vie catholiquement démocratique de la commune de Montpellier, au moyen âge. Alors que la Faculté de Paris repoussait les étudiants de la religion réformée, notre Université les accueillait avec grande tolérance; et cette raison dut décider Renaudot, né de riches parents protestants, à venir demander, à notre Ecole, l'admission libre et l'instruction médicale.

Alors que la Faculté de Paris, plus que stationnaire, réactionnaire, combattait avec âpreté, et par d'injurieuses polémiques, toutes les découvertes

nouvelles, les circulateurs, les chirurgiens, les « chymistes », l'Ecole de Montpellier, qui attirait à elle tous les étudiants des rives méditerranéennes et par eux ressentait l'influence des grandes écoles italiennes et des centres arabistes d'Espagne, qui, par son collège allemand, avait reçu les idées de Paracelse, qui avait possédé Arnaud de Villeneuve, qui, près d'un siècle avant, avait compté Rabelais parmi ses élèves et ses docteurs, l'Ecole de Montpellier rejetait, par l'étude de la chimie, le dogmatisme et continuait en clinique les principes expérimentaux du génie hippocratique! C'est à ces inspirations libérales de notre Ecole que se sont formées les hautes qualités d'indépendance, d'initiative et de solidarité humaine qui sont la gloire de ce grand ancêtre en journalisme, l'une des figures dominantes du XVIIe siècle.

Le Congrès de la Presse médicale, vous le voyez, ne pouvait pas s'ouvrir sous de plus nobles auspices que par l'évocation de la haute personnalité de ce médecin journaliste, précurseur des idées modernes, épris d'amélioration sociale, et dont l'œuvre nous étonne par sa justesse d'invention et par sa permanence. La durée : voilà l'épreuve et la marque des vrais progrès. Or, à près de trois siècles de distance, nous voyons, en magnifique floraison, ces germes de bien dont il disait avec modestie « qu'il avait bien pu semer et arrozer les graines, mais qu'il appartenait à Dieu de leur donner accroissement ». Avoir créé le journal et la publicité des annonces, ces deux organes essentiels de la vie moderne; les Monts-de-Piétié et les consultations gratuites, ces deux instruments efficaces d'assistance et de charité : cela ne mérite-t-il point de classer Renaudot parmi les grands novateurs qui ont donné le branle à l'humanité! Par contre, des véhémentes polémiques de Guy Patin, de toute cette vaine dépense d'esprit réactionnaire et caustique, de l'arrêt du Parlement qui a condamné Renaudot, des privilèges de la Faculté de médecine qui lui ont fait obstacle, que reste-t-il? D'une pareille vie, une forte leçon se dégage : c'est le rôle que le médecin peut jouer dans l'organisation sociale quand, s'inspirant des principes de solidarité et d'entr'aide, il poursuit cet idéal, au milieu de toutes les traverses, avec une foi absolue dans le progrès humain. A ceux qui voulaient le détourner d'affronter, au voisinage de la cinquantaine, tous les obstacles qui allaient s'opposer à ses entreprises charitables, il répondait avec courage : « Me reconnaissant né au bien public, auquel j'ai sacrifié le plus beau de mon âge, sans autre récompense que celle dont la vertu se paye par ses mains, il serait trop tard désormais d'épargner comme on dit le fond du tonneau, après avoir été prodigue du reste. » Et il tint parole : ce philanthrope, qui avait reçu comme fortune de ses parents la somme de 40.000 livres, chiffre considérable pour le temps, est mort ainsi que l'a écrit son implacable ennemi Guy Patin, « gueux comme un peintre ». Insulte suprême; suprême hommage envers l'homme dont toute l'œuvre s'est consacrée au soulagement de la misère humaine!

FÉDÉRATION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

PREMIÈRE RÉUNION

(Paris, 28-30 avril 1927)

La première Réunion de la Presse médicale latine vient de prendre fin, on sait dans quelle atmosphère de cordialité et d'entente parfaite. Ce fut, en vérité, suivant l'heureuse expression de M. le professeur Ascoli (de Rome), une belle manifestation d' « union sacrée latine ».

Réception des délégués. — La veille de l'ouverture de la Réunion, l'Association de la Presse médicale française a reçu les représentants des diverses associations de Presse médicale latine au Cercle de la Librairie que son Président avait très aimablement mis à notre disposition. Dans le cadre charmant créé par Charles Garnier, le célèbre architecte de l'Opéra de Paris, les délégués étrangers prirent un premier contact avec leurs collègues de France. M. le professeur Cortezo, président du Conseil d'Etat, président de la Royale Académie d'Espagne, président de l'Association de la Presse médicale espagnole et directeur d'*El Siglo medico*, arriva dans les premiers; il était accompagné des professeurs Coca (de Madrid), Horno Alcorta (de Saragosse) et Turo (de Barcelone). Parmi les autres délégués on remarquait M. le professeur Ascoli (de Rome), président de l'Association italienne; M. le professeur Léopold Mayer, président de l'Association belge; M. le docteur Ulysses Vianna (de Rio), représentant l'Association brésilienne; M. le professeur Danielopolu, président de l'Association roumaine; M. Kohly, représentant l'Association cubaine; MM. Lorenzo Verney (de Rome), le professeur Piccinini (de Milan), Etchegoïn (Argentine), Suarez Herrera (Chili), Rondopoulos et Œconomos (d'Athènes), Moutrier (Luxembourg), Cramer (de Genève) et Tecon (de Lausanne), Condé Jahn (de Caracas), Cosesceano et Pavel (de Bucarest), de Ribeiro (Pérou), Gonzales Ancira (Mexique), Osorio (de Sucre), et de nombreuses dames dont quelques-unes dans leur gracieux costume national.

Le programme admirablement organisé par notre ami Pierra qui, malgré la charge écrasante du secrétariat général, n'a négligé aucun détail d'organisation, comportait *une heure de musique*. Nous avons eu le rare plaisir d'entendre Mme Dolorès de Silvera, l'éminente cantatrice de l'Opéra-Comique et du théâtre de la Monnaie de Bruxelles. Avec une exquise bonne grâce, elle charma l'auditoire en chantant de vieux airs italiens et espagnols. Puis M. Paulet interpréta avec un grand art des œuvres de Raoul Brunel (docteur Blondel). Le chansonnier Noël-Noël mit en joie l'auditoire. Enfin, l'Orchestre médical, dont la réputation n'est plus à faire, se fit entendre à différentes reprises.

SÉANCE D'OUVERTURE

Cette séance a eu lieu dans la belle salle du Conseil de la Faculté, revêtue de ses admirables Gobelins.

M. le président Roger présidait, assisté de M. le professeur Cortezo, de M. le professeur Ascoli, de M. Léopold Mayer et de M. Loeper, président de la Réunion.

Dans l'assistance très nombreuse nous avons remarqué, outre les délégués étrangers déjà cités plus haut, M. le professeur Gley, président de l'Académie de médecine; MM. les professeurs Hartmann et J.-L. Faure (de Paris), Forgue (de Montpellier), Collet (de Lyon), Cruchet (de Bordeaux), Etienne (de Nancy), Leriche (de Strasbourg), MM. Bellencontre, Blondel, Darras, Dartigues, Decourt.

M. le professeur Roger déclara la Réunion ouverte et donna la parole à M. le président Loeper.

Association de la Presse médicale française.

Le discours d'ouverture de M. Loeper fut consacré à une magistrale étude historique du journalisme médical et à un programme de travail pour la Fédération de la Presse latine. Nous ne déflorerons pas en l'analysant hâtivement ce beau discours qui sera publié in extenso dans les comptes rendus de la Réunion et dans le *Progrès médical.* Nous n'étonnerons personne en disant combien il fut goûté.

Les délégués officiels des dix-huit gouvernements étrangers prirent ensuite la parole.

Une ovation salua M. Léopold Mayer, représentant le gouvernement belge. Il apporta avec sa cordialité habituelle le salut de la nation sœur. Puis MM. Vianna, délégué du Brésil, et Kohly, délégué de Cuba, lui succédèrent.

Lorsque M. Cortezo, délégué du gouvernement espagnol, se leva, il fut salué d'acclamations. M. Cortezo n'est pas seulement un grand savant, il est un des plus grands personnages du Royaume, il est surtout, et cela nous touche beaucoup, un ancien élève de notre Faculté et un ami sincère de la France Avec une charmante simplicité il nous rappela ses souvenirs d'étudiant à Paris, son cher béret de velours qu'il portait jadis au quartier latin et qu'il porte encore quelquefois. Il dit le grand rôle que doit jouer la presse, surtout quand il s'agit de presse médicale et de presse médicale latine. En terminant il demanda à notre Réunion d'adopter comme règle : la cordialité, la solidarité, la probité.

Après M. Cortezo, M. Ascoli, délégué du gouvernement italien, nous dit sa joie de voir la latinité resserrer ses liens amicaux, il nous dit son affection, que nous connaissons depuis longtemps, et il exprime le vœu que nos assises pourront un jour s'élargir pour le plus grand bien de la science et de l'influence latine.

Le défaut de place nous force à citer seulement les noms des autres délégués des gouvernements étrangers qui prirent ensuite la parole : M. le professeur Danielopolu, au nom de la Roumanie; notre ami Etchegoïn, au nom de la République Argentine; le professeur Osorio, au nom de la Bolivie; le docteur Suarez Herrera, au nom du Chili; le docteur Nemours, au nom du Haïti; le docteur Moutrier, au nom du Luxembourg; le docteur Gonzalès Ancira, au nom du Mexique; le docteur de Ribeiro, au nom du Pérou; le docteur Coelho, au nom du Portugal; le docteur Manuelo Grullon, au nom de la République Dominicaine; le docteur Cramer, au nom de la Suisse; le docteur Conde Jahn, au nom du Vénézuéla; M. le professeur Roger parla, enfin, au nom de la France et salua cordialement nos confrères latins.

L'ordre du jour appelait ensuite le rapport du secrétaire général. Une modification imposée par l'heure changea l'ordre primitif, et nous avons été privés d'entendre ce rapport dans lequel Pierra exposait les travaux préparatoires de la Réunion mais dans lequel, très certainement, il ne disait pas combien l'organisation, que nous lui devons et qui fut si réussie, lui a coûté de travail et de veilles.

On passa rapidement au vote des statuts de la Fédération, et M. le professeur Forgue eut la parole pour sa conférence sur *Théophraste Renaudot, médecin et père du journalisme.*

Cette conférence si parfaite dans la forme et dans le fond, pleine d'enseignements précieux et de véritables trouvailles historiques, a été écoutée avec l'attention la plus soutenue. A la fin son auteur a été l'objet d'une véritable ovation.

PREMIÈRE QUESTION.

Unification de la terminologie, du classement et de la bibliographie dans la littérature médicale.

Rapport de M. Mirande (de Paris).

Le rapport de M. Mirande marque un effort considérable pour débrouiller une question particulièrement confuse.

« La *terminologie*, écrit-il, c'est l'art de représenter des idées par des mots.

Mais ces mots doivent se conformer à des règles qui les rendent susceptibles d'être classés dans l'ordre des idées qu'ils représentent : cela, c'est l'art de la *nomenclature* (nomen, calo), qui assemble les noms donnés aux objets dont une science se compose.

Mais cette nomenclature, pour assembler les mots en usage dans cette science, doit suivre les règles de *classification* de la science dont elle dérive.

On voit que la terminologie doit se soumettre à la nomenclature, qui elle-même découle de la classification et qu'une étude de la terminologie médicale ne peut atteindre son objet qu'après avoir remonté à ses sources : la classification et la nomenclature médicale »...

Ces définitions étant posées, M. Mirande étudie les divers essais de *classification.*

« Les nosographes du début s'arrêtaient aux caractères les plus simples des états morbides : durée, extension, siège; on les vit, avec les progrès des sciences médicales, invoquer des bases plus précises et successivement prôner les méthodes symptomatique, anatomo-topographique, organo-pathographique (Piorry), étiologique, enfin anatomo-pathologique et anatomo-physiologique »...

Le rapporteur montre par de nombreux exemples qu'aucune de ces méthodes ne se suffit à elle-même et cette déclaration indique combien sera compliquée la tâche de la commission qui va continuer l'étude de la question.

L'étude de la nomenclature et de la terminologie est non moins compliquée. S'arrêtera-on à la terminologie éponymique ou historique, à la terminologie nosologique? Quelle langue emploiera-t-on? M. Mirande préconise résolument le grec et il a raison à notre avis.

Le *classement* utilise quatre procédés : le classement alphabétique, le classement méthodique ou analytique, le classement alphabétique *et* analytique et le classement décimal très en vogue dans les pays anglo-saxons.

En ce qui concerne la *bibliographie*, M. Mirande a une préférence marquée pour les notes en bas de pages, et pour la citation d'un titre dans sa langue originelle et il termine par les conclusions suivantes :

« L'unification de la terminologie dans la littérature médicale est devenue œuvre nécessaire; la confusion de la nosographie croît avec le nombre des acquisitions et menace d'entraver le progrès des sciences médicales.

Elle ne peut être qu'une œuvre internationale et de longue haleine, systématiquement répartie en commissions nationales et réunions internationales.

Elle devra s'inspirer des tendances spontanées de la nosologie, qui sont le reflet de l'esprit de la médecine : elle cherchera suivant les cas, ses bases dans l'étiologie, la physiologie pathologique, l'évolution clinique et son expression dans une langue unique, susceptible de s'adapter aux faits acquis et aux découvertes futures, tant pour la formation des mots que pour la nomenclature.

Elle s'efforcera de respecter l'œuvre du passé en ordonnant celle de l'avenir.

Les conclusions, en ce qui regarde le classement et les indications bibliographiques, s'inspirent, dans leurs sphères respectives, des mêmes principes généraux. »

Rapport de M. Rondopoulos (d'Athènes).

Le rapporteur a une préférence marquée pour la terminologie grecque. Cela est naturel mais cela est aussi conforme au bon sens et c'est avec un plaisir extrême que nous avons lu son rapport qui se termine par des conclusions précises.

« *a.* La terminologie médicale doit être faite dans la langue grecque, puisque les trois quarts des termes médicaux déjà en usage sont des termes grecs;

b. Les termes médicaux grecs déjà en usage seront réformés ou corrigés, afin de correspondre à la signification qu'ils doivent avoir;

c. Les termes composés de grec et de latin seront révisés

et remplacés par des termes grecs. Par exemple, le terme chondrofibrome, composé du mot grec chondros (χόνδρος) et du mot latin « fibrome », doit être remplacé par le terme grec *inochondrome;* le terme *érythème noueux* formé par le mot grec « erythyma » (ἐξύθημα) et le mot latin « naevi » doit être remplacé par le terme grec *erytheme ezeux.* Les termes *fibrinodiagnostic, fibrinogène, fibrinoplastique*, formés par le mot fibrinum et le mot grec plastique (πλαστική), doivent être remplacés par les termes grecs *inicodiagnostic, inicogène, inicoplastique*, etc.;

d. Les termes latins pour lesquels il existe un terme correspondant dans la langue grecque doivent être remplacés et formés en grec. C'est ainsi que les termes *lupus, coarctation, émasculation, couenne, coueneux, filiforme*, doivent être remplacés par les termes grecs *esthiomène* (déjà proposé et usité par Milian), *sténose, péritomie, épipage* (terme en usage chez Hippocrate), *nymatoïde*, etc.;

e. Pour les maladies, les syndromes, les méthodes décrites pour la première fois par un auteur, on doit garder leur nom dans la terminologie et rejeter la synonymie. C'est ainsi, par exemple, qu'on dirait maladie de Basedow, sans garder le terme goitre exophtalmique. On dirait aussi maladie de Hirschprung sans garder le terme mégacôlon congénital, etc.;

f. En ce qui concerne la synonymie, je pense qu'elle doit être supprimée, parce que non seulement elle est inutile, mais elle prête chaque jour à des confusions;

g. Les nouveaux termes qui seront formés à l'avenir par les divers auteurs doivent être approuvés par le Comité de réforme et d'unification de la terminologie médicale : c'est ainsi que vous me permettrez de vous proposer que soit nommé le Comité qui sera constitué par notre Réunion, si ma proposition est acceptée.

Telles sont mes idées sur l'unification de la terminologie médicale. Elles sont le résultat d'une longue étude de la question, qui m'a toujours préoccupé. Je puis vous dire que cette synonymie, cette divergence et cette inexactitude de plusieurs termes dans la médecine m'a toujours préoccupé, et m'a toujours inspiré cette réforme et unification de la terminologie médicale, sur les bases et le plan que je viens de vous exposer. Souhaitons qu'elle soit effectuée et que dans la prochaine réunion nous ayons l'occasion d'applaudir l'œuvre de cette unification, qui simplifiera ainsi les études de la science médicale et l'œuvre des auteurs. »

Rapport de MM. H. et M. Tecon (de Lausanne).

Nos confrères apportent une contribution considérable et vraiment bien intéressante à la question. Voici leurs *conclusions.*

I. 1° La *terminologie* médicale est défectueuse : *a.* au point de vue philologique; *b.* au point de vue de la signification des termes; *c.* au point de vue de leur équivalence dans les différentes langues;

2° On ne peut créer une terminologie nouvelle qui amènerait un redoublement de la confusion actuelle;

3° Il faut adopter les anciens termes : *a.* en supprimant tous les termes équivalents, sauf un pour chaque signification; *b.* en établissant une équivalence des termes dans les différentes langues;

4° La création d'un dictionnaire des termes adoptés et de leur équivalence en chaque langne latine est absolument nécessaire si l'on veut arriver à une unification efficace;

5° L'adoption d'une langue médicale commune aux pays latins ne paraît guère possible actuellement.

II. 1° La *classification* actuelle des sciences médicales est basée sur des critères variés, qui changent selon les spécialités, selon les écoles, selon les opinions;

2° Parmi les critères utilisés, il ne semble pas qu'on en puisse trouver un ou quelques-uns qui permette soit une classification des faits qui constituent l'ensemble de la médecine, soit une classification des faits qui forment des spécialités médicales;

3° Il faut adopter une classification artificielle, dont le seul avantage serait de faciliter les recherches, sans qu'elle constitue une classification médicale proprement dite;

4° Ce mode de classification devrait pouvoir se superposer à n'importe quel autre mode de groupement, en laissant aux auteurs la liberté de faire usage de toute classification originale plus spécifiquement médicale;

5° La classification décimale ou telle autre semblable doit s'adapter dans tous les pays aux exigences de l'unification, sans qu'elle nuise en rien aux progrès de la médecine.

III. 1° Pour toute *indication bibliographique*, il faut adopter un schéma unique, qui comprend : le nom et les initiales du prénom de l'auteur, le titre de l'article, le nom du journal, le volume ou le tome, les pages, le mois, les jours du mois pour les journaux hebdomadaires, l'année;

2° Pour un livre, le schéma comprendra : le nom de l'auteur, le titre du livre, le nombre de pages, le nom de l'éditeur la ville où le livre est édité, l'édition et l'année;

3° Le titre des articles de journaux doit être donné dans la langue originale et en entier;

4° Ce schéma ou quelque autre analogue une fois adopté, tous les journaux et toutes les maisons d'édition de la presse médicale latine s'engageraient à le faire adopter par leurs collaborateurs, en refusant l'impression des articles dont les indications bibliographiques ne correspondraient pas à ce schéma;

5° La bibliographie devra être groupée de préférence à la fin de chaque volume, de chaque chapitre et de chaque article; cette bibliographie sera classée par ordre alphabétique des noms d'auteurs;

6° Les médecins, les journalistes et les éditeurs médicaux des pays latins envisageront la création dans le plus bref délai possible, d'un ouvrage complet de bibliographie médicale, créé selon les règles de l'unification bibliographique adoptées par ce Congrès. »

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 25 avril 1927)

Action du foie broyé sur le cyanate d'ammonium. — M. R. Fosse et Mlle N. Rouchelmann.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 3 mai 1927)

L'Académie entend la lecture de deux notices nécrologiques, l'une de M. Lapicque sur M. Regnard, l'autre de M. Auvray sur M. Jules Bœckel.

Les gazés de la guerre et la tuberculose. — M. Sergent, à propos de la récente communication de M. Achard, demande que le nom d'anciens gazés soit réservé à ceux qui ont réellement subi une forte intoxication par les gaz. Il considère le diagnostic différentiel entre les séquelles des gaz et la tuberculose comme très difficile, et il pose en principe que la présence des bacilles dans les crachats peut seule permettre de l'établir. M. Sergent estime d'ailleurs que les anciens gazés atteints de séquelles respiratoires doivent être énergiquement défendus au point de vue des pensions.

La teigne et l'immigration. — MM. Jeanselme et Joannon montrent que la teigne augmente du fait de l'arrivée en

France de nombreux habitants de l'Europe orientale. Ils demandent des mesures de précaution.

Du rôle du degré de la purification des préparations insuliniques dans la détermination des accidents hypoglycémiques. — MM. Chabanier, Lebert, Lobo-Onell et F. Lumière.

Secret professionnel. — L'Académie nomme, sur la demande de M. Letulle, une Commission du secret professionnel. En font partie MM. Le Gendre. Brault, Letulle, Balthazard, Legry, de Lapersonne, Brouardel, Sergent et Couvelaire.

L'hygiène en Tunisie. — On élit une Commission de l'hygiène en Tunisie pour étudier les vœux de M. Dinguizli. En font partie MM. Léon Bernard, Vaquez et Jules Renault.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1927)

Installation du nouveau bureau : 1° Discours d'ouverture du président, le docteur Béliard; 2° rapport moral du secrétaire général sortant (docteur Lacronique); 3° bilan financier par le trésorier sortant (docteur Gornouec).

Infection dentaire en « canons de fusil ». — M. Pont (Lyon) attire l'attention des praticiens sur les réactions de voisinage des dents secondaires à une infection péri-apicale. Ces actions par ordre croissant sont l'arthrite, la mortification pulpaire et ses complications. Sur une image radiographique, les racines voisines baignent souvent dans un foyer d'ostéite et donne l'image en « canons de fusil ».

Conclusions thérapeutiques : penser toujours à ces complications si le traitement causal de la dent malade n'apporte pas l'amélioration que, logiquement, on est en droit d'attendre.

Accidents orbitaires réflexes d'origine dentaire. — M. Puig. Il s'agit d'une observation de ptosis de l'œil droit et de diplopie survenus secondairement à l'avulsion de la canine de ce côté et qu'un curettage de l'alvéole infecté a fait disparaître. C'est une observation à ajouter au dossier des complications oculaires d'origine dentaire.

Note sur les lésions traumatiques du « septum » interdentaire. — M. Lattes. Lésions banales au cours de la pratique courante qu'il faut connaître pour ne pas commettre de fâcheuses erreurs de diagaostic.

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1927).

Anomalie dentaire rare. Persistance de la denture temporaire chez un adulte et absence totale des dents permanentes. — M. Goldschlager. Il s'agit d'un homme de vingt-six ans, hypothyroïdien et spécifique vraisemblable.

Chancre de la gencive. — M. Darcissac présente une malade qui, au-dessus de l'incisive centrale, montre un chancre spécifique de la gencive; la lésion a fait l'objet de nombreuses erreurs de diagnostic.

Parotidite suppurée d'origine dentaire. — MM. Coustaing et Chanpeval rapportent l'observation d'un malade, âgé de soixante ans, qui a présenté une parotidite suppurée à la suite d'accidents phlegmoneux d'origine dentaire.

Deux observations de curettage péri-apical. — M. Lacronique a pratiqué cette intervention dans un premier cas

pour enlever une aiguille cassée au niveau de l'apex, dans un deuxième cas pour une fracture haute para-apexienne d'une incisive centrale.

Lymphangiôme de la lèvre inférieure, traitée par le radium et la chirurgie. — M. le professeur Dieulafé (de Toulouse) rapporte l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans qui a subi, sans succès, l'intervention chirurgicale seule. Après deux applications de radium, une nouvelle intervention fut couronnée de succès.

LIVRES NOUVEAUX

Epidémiologie [t. III (1)], par le docteur Dopter, directeur du Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine, et le docteur Vezeaux de Lavergne, professeur agrégé de la Faculté de Nancy.

Cet ouvrage est le troisième et dernier tome du *Traité d'épidémiologie* de Dopter et de de Lavergne. Il a trait principalement à des maladies épidémiques, rares dans les pays tempérés ou civilisés, mais que cependant la rapidité et la multiplicité des moyens de communication risquent de rendre d'année en année plus fréquentes. Telles sont, par exemple, l'infection mélitococcique, la peste bubonique, le typhus exanthématique, l'amibiase, le paludisme, les leishmanioses, les trypanosomiases, la fièvre jaune, le typhus récurrent, les bilhazioses, les filarioses, les helminthiases, etc.

A la fin du Traité sont examinés les faits nouveaux mis à jour tout récemment sur différents points : rougeole, scarlatine, méningococcie, diphtérie, alastrim, etc. Les auteurs restent fidèles au mode d'exposition qu'ils ont adopté dès le début de leur Traité. A un chapitre d'historique fait suite l'exposé des caractères généraux de la maladie envisagée, puis celui de l'étiologie, des causes déterminantes ou adjuvantes. La prophylaxie s'en déduit logiquement. Cette méthode rigoureuse a le précieux avantage d'introduire dans le texte une grande clarté.

Dans ce Traité qu'il est actuellement possible d'embrasser d'une vue d'ensemble et qui constitue une véritable somme de nos connaissances épidémiologiques sont recueillis des documents qui se trouvaient jusqu'ici éparpillés à travers d'innombrables publications. Malgré l'abondance des faits l'ouvrage ne ressemble en rien à une compilation; cela tient à ce que ces documents ne sont pas seulement rassemblés, mais encore sélectionnés, passés au crible d'une longue expérience et d'une très haute compétence. On se rend compte que les auteurs n'ont pas seulement appris et enseigné l'épidémiologie, mais qu'ils l'ont vécue.

Des faits ainsi groupés et commentés se dégagent, à propos de chaque question, les notions épidémiologiques de base, en dehors desquelles la prophylaxie ne saurait que divaguer. Le médecin praticien, le médecin de collectivité (école, usine, armée) et, dans un sens très général, l'hygiéniste puiseront sans effort dans cet ouvrage des renseignements sûrs et précis.

Il est rare qu'on trouve fondus à ce point, dans une même publication, les mérites d'une œuvre scientifique fondamentale et les avantages d'un ouvrage immédiatement pratique.

Chr. Zoeller.

Le mal héréditaire [2e série] (2), par le docteur Cabanès.

Dans son premier volume (3), Cabanès nous avait montré la dégénérescence progessive de la race de Charles Quint et en terminant il se demandait si l'infusion du sang de la maison de France allait régénérer la dynastie espagnole.

Hélas « la dynastie nouvelle sera coulée dans le moule ancien et en gardera l'empreinte ». La vésanie de Philippe V, l'hérédité morbide qui s'étend sur ses successeurs constituent un ensemble pathologique saisissant et tragique que Cabanès étudie autant en clinicien qu'en historien.

Dans la lignée de souverains malades ou étranges que nous décrit Cabanès, les reines firent souvent figure de victimes. Rien n'est plus attachant que les dessous de ces mariages « diplomatiques » dans lesquels les secrets d'alcôve s'étalaient tout au long de la correspondance des ambassadeurs. Cabanès nous dévoile à ce sujet des détails bien curieux. Ne nous montre-t-il pas Saint-Simon se transformant un jour en clinicien? Les anecdotes piquantes fourmillent d'ailleurs dans son volume : les personnages illustres comme la princesse des Ursins, les modes, les coutumes d'Espagne, les menus même lui en fournissent la matière. Ce dernier volume est assuré d'obtenir auprès du public lettré un succès qui dépassera ceux auxquels est déjà habitué notre confrère Cabanès.

F. L. S.

(1) In-8 de 1.265 pages. — Paris, Baillière et fils.
(2) Un volume in-8. — Prix : 15 fr. — Paris, Albin Michel.
(3) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, p. 186.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 9 mai. — Jury : MM. Sebileau, président; Couvelaire, Ombrédanne et Mathieu. — M. Perin. L'enfant issu de parents syphilitiques. — M. Vernier. La part de la syphilis dans les albuminuries de la gestation. — M. Caroly. Etude sur les végétations adénoïdes (six premiers mois de la vie). — M. Leproust. Les déviations du maxillaire d'origine épiphysaire. — M. Redaud. Etude d'un syndrome d'arrêt du membre inférieur. — M. Pompanon. Remarques sur quelques cas de sténose hypertrophiqué du pylore chez le nourrisson.

Jury : MM. Roger, président; Vaquez, Donzelot et Binet. — M. Aude. Influence de l'hormone testiculaire sur les échanges respiratoirés. — M. Heim de Balsac. Le sulfate neutre d'atropine en pathologie.

Mardi 10 mai. — Jury : MM. Brindeau, président; Lejars, Lecène et Terrien. — M. Delavaud. Etude des dents dans les kystes de l'ovaire. — M. Maricot. Chorio-épithéliome malin de l'utérus. — M. Van der Horst. Etude de la symphysiotomie (méthode de zarate). — M. Yousef Badi el Din. Bilharziose et calcul urinaire. — M. Guisoni. Etude des rétrécissements du rectum. — M. Moussette. Sympathicectomie péricardidienne en ophtalmologie.

Jury : MM. Bernard, président; Bezançon, Carnot et Sicard. — M. Riendeau. Accidents consécutifs à l'emploi de l'alcool méthylique. — M. Camail. Etude du pronostic de l'arythmie complète. — M. Delvaille. Recherches bactériologiques et cliniques. — M. Mornas. Considérations sur un cas de tumeur du cervelet. — Mlle Ronchel. Colite aiguë ulcéro-gangréneuse d'origine amibienne. — M. Pannier. Les évolutions dans la tuberculose pulmonaire (première enfance). — M. Menchaea. Etude sur la maladie de Buerger.

Jury : MM. Marfan, président; Desgrez, Nobécourt et H. Labbé. — M. Castellant. Etude de la colibacillose du nourrisson. — M. Rochard. Etude sur la climatologie de Nice. — M. Fajolles. Etude du diagnostic du myxœdème de petite enfance. — M. Poinot. L'anémie scorbutique de la première enfance. — M. Testart. Etude de la maladie de Basedow chez l'enfant. — M. Maridet. Etude sur le traitement de la diphtérie. — Mlle Delbary. Etude de l'examen des enfants de dix à quinze ans.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Moussu et Robin. — M. Kerdilles. Etude sur les jeunes bovins dans le Finistère.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili. Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (nomination). — *Consultation écrite*. — Séance du 5 mai. — MM. Nicaud, 18,27; Basch, 14; Coste, 18; Ravina, 17.

Séance du 6 mai. — MM. de Gennes, 20; Tzanck, 19,72; Marquézy, 18,36; Périsson, 17,90.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique*. — Séance du 5 mai. — MM. Oberlin et Wilmoth, 14; Soupault, 13.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lévy-Solal, Chifoliau, qui acceptent; Bouffe de Saint-Blaise, Le Lorin, Macé, Devraigne, Villaret, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Mespoulous, Lebedinsky, qui acceptent; Fargin-Fayolle, Mogué, Robin, René-Marie, Auvray, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Maingot, Ramond (Félix), qui acceptent; Guibert, Mme de Brancas, MM. Laquerrière, Lenormant, Gosset, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS D'ASSISTANTS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Pestel, Weissenbach, qui acceptent; Bourguignon, Detré, Lenormant, Macé, Laquerrière, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours de l'adjuvat*. — Le jury est composé de MM. le professeur Legueu, président; Gosset, Sebileau, Cunéo, Richet (Ch.); suppléants : MM. Alglave, Hovelacque, Binet.

Concours du prosectorat. — Le jury est composé de MM. le professeur Roger, président; Delbet, Hartmann, Lejars, Ombrédanne, Rouvière, Hovelacque; suppléants : MM. Proust, Binet, Olivier.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Guérithault, professeur suppléant, est nommé professeur de matière médicale, en remplacement de M. Col, décédé.

CENTENAIRE DE BRIGHT. — Au mois de juillet, sera célébré le centenaire de la publication des *Histoires cliniques* de Richard Bright, médecin du Guy's Hospital de London.

OFFICE THERMAL ET CLIMATIQUE FRANÇAIS. — Il vient de se fonder à Paris, 15, rue Royale, un « Office thermal et climatique français » qui a pour but de faciliter aux malades français et étrangers l'accès et le séjour aux stations thermales et climatiques.

Cet Office fournira tous renseignements utiles sur les cures (prix, nature du traitement); il réservera dans les hôtels et sans frais les chambres conformément à tous les desiderata et à des prix compatibles avec les ressources de chacun; pour les voyages il émettra des billets spéciaux et assurera les moyens de transport, non seulement pour se rendre aux stations mais aussi pour les promenades et excursions.

L'Office se préoccupera de procurer partout des avantages spéciaux à MM. les docteurs et à leurs familles.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre à Copenhague la mort de Torkild Rovsing, le grand chirurgien danois que nous étions heureux de voir fréquemment à Paris. Professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Copenhague on lui doit d'importants travaux sur les affections de l'estomac, de l'intestin et sur les voies urinaires.

Rovsing n'était pas seulement un homme de science, il fut aussi un homme d'Etat et fit partie du gouvernement de son pays. C'était un sincère ami de la France, aussi nous associons-nous de tout cœur au deuil de nos confrères danois.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE. (Professeur : M. Marcel LABBÉ.) — *Cours pratique sur les maladies de la nutrition.* — MM. Marcel Labbé, professeur; Henri Labbé, agrégé; Stévenin, médecin des hôpitaux, et Nepveux, chef de laboratoire, commenceront le mercredi 18 mai 1927, à 3 heures au laboratoire de pathologie générale, un cours pratique sur les procédés d'examen (clinique et laboratoire) dans les maladies de la nutrition et les affections du tube digestif.

Le cours aura lieu tous les jours et sera terminé en un mois.

Le montant du droit à verser est de 250 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants pourvus de seize inscriptions, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement dû.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés dès à présent, jusqu'au 24 mai, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — *Cours de broncho-œsophagoscopie et de chirurgie anaplastique de la face et du cou.* — I. Cours de broncho-œsophagoscopie, par le professeur Chevalier-Jackson (de Philadelphie), sur invitation du professeur Pierre Sebileau, au nom de la Faculté de médecine. Ce cours comprendra cinq leçons qui auront lieu le matin, à 10 h., à la Clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière (service du professeur Sebileau). Chaque leçon durera environ deux heures. Le cours, qui sera fait en langue anglaise, comportera, le cas échéant, des explications faites en langue française par le docteur Edmond Aucoin. Ce cours est gratuit et ouvert à tous les praticiens ainsi qu'à tous les étudiants. Des « propos à la craie », des projections, des démonstrations cinématographiques, la présentation d'un mannequin ouvert le compléteront.

Il sera accompagné et suivi d'un cours pratique, lequel aura lieu du 11 au 30 juillet et sera fait en langue française et en langue anglaise par les docteurs Edmond Aucoin et Fernand Eeman, assistants du professeur Chevalier-Jackson.

Ce cours ne comportera que six auditeurs (droits de laboratoire à la Faculté de médecine : 175 fr. par semaine). Il aura lieu tous les jours, à 14 h., au laboratoire de médecine opératoire de la Faculté de médecine (professeur B. Cunéo) et durera deux heures. Les séances cliniques auront lieu le matin, à 10 h., à la Clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de médecine (service du professeur P. Sebileau, à l'hôpital Lariboisière).

II. Cours de chirurgie anaplastique de la face et du cou, par le docteur Pierre Sebileau (professeur) et le docteur Léon Dufourmentel (chef de clinique). Ce cours de chirurgie réparatrice et cosmétique de la face et du cou comprendra douze leçons théoriques et douze leçons pratiques.

La partie clinique et théorique du cours aura lieu le matin, à 10 h., dans le service de la Clinique oto-rhino-laryngologique à l'hôpital Lariboisière.

La partie technique aura lieu l'après-midi, à 14 h., à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Le cours technique comporte un droit d'inscription de 1.000 fr. — S'inscrire au secrétariat de l'amphithéâtre, 17, rue du Fer-à-Moulin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — *Cours de perfectionnement de dermatologie et de vénéréologie.* — Un *cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie* sera organisé, à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques, du 19 septembre au 5 novembre 1927, sous la direction de M. le professeur L.-M. Pautrier avec la collaboration de :

MM. les professeurs A. Barré, professeur de clinique neurologique; L. Blum, professeur de clinique médicale; G. Camut, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique; Merklen, professeur de clinique médicale.

MM. les docteurs Blum, chargé de cours d'hydrologie; Boëz, chargé de cours de bactériologie; Gunsett, chargé de cours de radiologie; Rœderer, chargé de cours de dermo-vénéréologie; Simon, professeur agrégé, clinique chirurgicale A; Vaucher, chargé de cours, clinique médicale B; Weill, chargé de cours d'ophtalmologie; A. Bœckel, chargé de la polyclinique urologique à la clinique chirurgicale A; Diss, chef de laboratoire; Glasser, chef de laboratoire; G. Lévy, chef de clinique; M. Sloimovici.

Le cours aura lieu du lundi 19 septembre au samedi 5 novembre, tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, matin et soir, aux heures indiquées sur le programme détaillé.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

Les élèves recevront après chaque cours un résumé de deux à trois pages, tapé à la machine à écrire, qui, avec les notes qu'ils auront prises, leur permettra de reconstituer la leçon.

Droit d'inscription : 300 francs.

S'inscrire en écrivant directement au professeur Pautrier, 2, quai Saint-Nicolas.

Cours de laboratoire. — Un cours sur les principales méthodes de laboratoire et l'anatomie pathologique générale des dermatoses en vingt leçons, aura lieu en même temps.

Droit d'inscription : 300 francs.

S'inscrire en écrivant directement au professeur Pautrier.

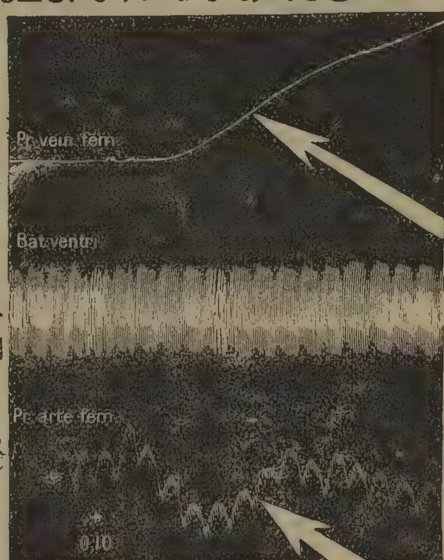
INSTITUT DU CANCER. (Directeur : professeur G. ROUSSY.) — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LE CANCER. — Les conférences théoriques du cours auront lieu *les dimanches à 10 h. 1/2, mercredi et vendredi à 20 h. 1/2.*

Ces leçons sont entièrement libres. Les auditeurs qui désirent prendre part aux travaux et démonstrations pratiques et recevoir un diplôme auront à acquitter les droits d'inscription.

Les séances cliniques avec présentation de malades auront lieu dans les services hospitaliers le matin.

La première leçon aura lieu le dimanche 22 mai, à 10 h., à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

La mise en série pour les travaux et démonstrations pratiques se fera à la fin de cette première séance.


Pr. vein. fém.
Bat. ventr.
Pr. arte fém.
0.10

LE SYNDROME INFUNDIBULAIRE
DANS L'HYDROCÉPHALIE
L'APPAREIL RÉGULATEUR DE LA FONCTION HYPNIQUE

Par M. Jean LHERMITTE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hospice Paul Brousse.

Sous le terme de syndrome infundibulaire, Henri Claude et J. Lhermitte (1) ont décrit en 1917 un complexus symptomatique particulier et lié aux lésions surtout néoplasiques de la région infundibulo-tubérienne. Les éléments de ce groupement, qui ne possèdent en eux-mêmes aucun caractère pathognomonique, présentent par leur réunion un tableau clinique très significatif et qui doit attirer l'attention, non seulement du neurologiste et du chirurgien, mais encore du médecin tout court.

Les symptômes qui ressortissent, d'après H. Claude et J. Lhermitte, au syndrome infundibulaire, consistent dans la polydipsie, la polyurie, les troubles circulatoires et enfin la narcolepsie.

Polyurie et polydipsie traduisent la perturbation du mécanisme régulateur de la teneur en eau de l'organisme, mécanisme dont la valeur a été pleinement démontrée par les expériences fondamentales de J. Camus et G. Roussy.

Les perturbations de la circulation sanguine qui se traduisaient dans l'observation de Henri Claude et Lhermitte par des crises de tachycardie avec arythmie, trouvent également leur pendant expérimental. Aschner démontra, en effet, que si l'excitation de l'hypophyse et des méninges annexes ne provoque aucun trouble circulatoire ou respiratoire, la striction, le tiraillement, la piqûre du *tuber cinereum* sont suivies de ralentissement et d'affaiblissement du pouls, parfois même d'arrêt du cœur.

Le problème de la narcolepsie est demeuré entouré de beaucoup plus d'obscurité; et cela en raison des difficultés auxquelles on se heurte dans l'étude du sommeil expérimental. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner si plusieurs neurologistes demeurent sceptiques sur la valeur localisatrice du symptôme narcolepsie. Et cependant, rien qu'au nom de la clinique, il semble bien que l'on soit en droit de considérer le sommeil irrésistible et prolongé comme l'expression d'une lésion de la région ventrale du ventricule moyen.

En dehors, en effet, de l'observation de H. Claude et Lhermitte, où l'autopsie révéla l'existence d'une tumeur exactement limitée au plancher du IIIe ventricule, d'assez nombreux faits sont venus, au cours de ces dernières années, démontrer de manière éclatante l'authenticité d'un appareil nerveux régulateur de la fonction hypnique, ayant son siège à la base du diencéphale.

Est-il besoin de rappeler que, pour ne prendre que les faits les plus récents, aussi bien dans l'observation de H. Claude, Schaeffer et Alajouanine (2) que dans celles que publièrent A. Thomas, Jumentié et Chausseblanche (1), G. Guillain, Bertrand et Périsson (2), Souques, Baruk et Bertrand (3), les crises de sommeil paroxystique étaient liées au développement d'une tumeur qui comprimait et détruisait les centres infundibulaires?

Mais, pour significative que soit l'association des crises de sommeil avec l'éclosion d'une néoplasie infundibulaire, celle-ci n'a pas paru à tous pleinement démonstrative. Et à ceux qui soutenaient la thèse de la subordination de la narcolepsie à la lésion infundibulaire, on a répliqué que, dans de nombreuses tumeurs cérébrales de siège varié, des crises de sommeil paroxystique pouvaient survenir.

Certes, nul ne contestera la réalité de ce fait. Mais, si comme l'a dit Claude Bernard, la science ne consiste pas dans les faits mais dans les conséquences qu'on en tire, il importe, avant tout, de chercher une explication pathogénique aux crises de narcolepsie qui surviennent au cours des tumeurs cérébrales développées loin de l'infundibulum.

A cet égard, il est significatif que, la plupart des tumeurs d'origine extra-infundibulaire dont le cours s'accidente de narcolepsie, sont précisément celles qui retentissent le plus sûrement et le plus précocement sur la circulation céphalo-rachidienne.

Ne soyons donc pas surpris si les néoplasies, qui siègent dans la région des tubercules quadrijumeaux et de la glande pinéale, s'accompagnent assez fréquemment de sommeil pathologique.

Ainsi que nous l'avons montré (4), le syndrome néoplasique quadrigéminal compte parmi ses éléments l'hypersomnie. Tout récemment encore, Alajouanine et Baruk (5), en s'appuyant sur une observation, insistaient sur la même donnée.

Si l'on demande le pourquoi d'un semblable retentissement, il suffira pour répondre à cette question de considérer les faits anatomiques.

Ceux-ci montrent, à l'évidence, que les tumeurs qui compriment ou oblitèrent l'aqueduc de Sylvius, par où chemine le liquide céphalo-rachidien du ventricule moyen au IVe ventricule, déterminent très rapidement une distension du IIIe ventricule et très souvent un amincissement extrême des parois infundibulaires.

Mais, le processus tumoral n'est pas le seul qui soit susceptible de déterminer les lésions infundibulaires du type de celles que nous venons de décrire. Nous n'en voulons pour exemple que l'hydrocéphalie congénitale ou acquise. Dans cette affection dont le déterminisme est variable, la distension des cavités cérébrales porte, dans certains cas, non pas tant sur les ventricules latéraux que sur le ventricule moyen,

(1) H. Claude et Lhermitte. Le syndrome infundibulaire dans un cas de tumeur du IIIe ventricule, *Presse méd.*, 23 juillet 1917.

(2) H. Claude, Schaeffer et Alajouanine. Un cas de tumeur cérébrale ayant simulé l'encéphalite léthargique, *Paris méd.*, 1923, p. 337.

(2) A. Thomas, Jumentié et Chausseblanche. Léthargie intermittente traduisant l'existence d'une tumeur du IIIe ventricule, *Revue neurol.*, 1923, p. 67.

(3) G. Guillain, Bertrand et Périsson. Sur un cas de tumeur du IIIe ventricule, *Revue neurol.*, 1925, p. 467.

(4) Souques, Baruk et Bertrand. Un cas de tumeur de l'infundibulum avec léthargie, *Revue neurol.*, 1926, p. 532.

(1) J. Lhermitte. Le syndrome néoplasique quadrigéminal, *Gaz. des hôpit.*, 20 janv. 1920.

(2) Alajouanine et Baruk. La valeur séméiologique des narcolepsies, *Progrès méd.*, 24 avril 1926.

réalisant ainsi les altérations infundibulaires que nous avons signalées dans les tumeurs.

Ce sont ces lésions infundibulaires qui, à notre avis, expliquent la fréquence relative de certains symptômes qui semblaient autrefois indépendants de l'hydrocéphalie et qu'aujourd'hui nous rattachons à cette affection.

L'adiposité, l'atrophie des organes génitaux, la polyurie et la polydipsie en sont les principaux.

Nous voudrions y ajouter maintenant l'hypersomnie.

Pendant la guerre, il nous a été donné d'observer un malade chez lequel, précisément, le syndrome infundibulaire, d'origine hydrocéphalique, se complétait par l'adjonction de narcolepsie. Il s'agissait d'un homme de quarante ans, atteint d'hydrocéphalie remontant à l'enfance, avec débilité mentale très prononcée. Le volume du crâne considérable apparaissait hors de proportion avec le massif facial. Le prognatisme inférieur ajoutait encore un trait significatif à la physionomie du sujet. La tension céphalo-rachidienne était un peu élevée et atteignait 25 dans le décubitus latéral. Tous les réflexes tendineux étaient normaux, mais nous constations une extension spontanée du gros orteil, un signe de Babinski bilatéral déclenché par l'excitation du talon antérieur et une extension croisée de l'orteil, également bilatérale, libérée par la manœuvre d'Oppenheim.

Les éléments du syndrome infundibulaire consistaient ici en une polyurie avec polydipsie et polyphagie. Malheureusement les conditions dans lesquelles nous nous trouvions ne nous ont pas permis de déterminer rigoureusement le taux de la polyurie et de la polydipsie.

En outre, et ceci nous intéresse plus directement, le malade présentait des crises de sommeil paroxystique des plus nettes. L'attaque narcoleptique survenait à un moment quelconque de la journée et frappait le sujet dans les situations les plus variables. Etait-il assis ou allongé? un sommeil invincible le gagnait facilement; mais, même dans la position debout, le malade ne pouvait pas toujours résister à l'attaque narcoleptique.

En raison de la débilité mentale du sujet, il nous a été difficile de préciser la date exacte à laquelle se déclarèrent les premières manifestations du syndrome infundibulaire; mais cependant nous avons pu établir que, aussi bien la polyurie, la polydipsie, la polyphagie que la narcolepsie apparurent seulement un ou deux ans avant notre examen. Cette constatation est à retenir en ce qu'elle implique que le syndrome infundibulaire éclos à une période tardive de l'hydrocéphalie est lié, selon toute vraisemblance, à une poussée ventriculaire récente.

Quoi qu'il en soit, au reste, de ce point particulier, ce que nous désirons fixer c'est l'existence d'un syndrome infundibulaire assez complet puisque la narcolepsie y participait, au cours d'une hydrocéphalie manifeste.

L'apparition à la même époque de tous les éléments constitutifs du syndrome infundibulaire, c'est-à-dire la polyurie, la polyphagie, la polydipsie et la narcolepsie indique bien que le groupement de ces différents termes n'a rien de fortuit et doit reconnaître une atteinte lésionnelle de topographie unique.

Les arguments que nous venons de développer possèdent, croyons-nous, une valeur qu'il serait vain de sous-estimer, mais nous savons fort bien qu'ils ne sont pas à eux seuls susceptibles d'entraîner définitivement la conviction.

Rien ne peut remplacer à cet égard la preuve expérimentale.

*
* *

La démonstration par l'expérience, *in anima vili*, de la subordination du sommeil morbide à l'altération de la région infundibulaire, vient précisément de nous être fournie par les belles recherches de V. Demole (1).

Partant de cette donnée, établie par Cloetta et Thomann que dans le plasma du sang au cours du sommeil, ce qui change ce n'est ni le poids spécifique, ni la viscosité, ni la teneur en albumines, ni la stabilité colloïdale, ni la tension superficielle, mais seulement la teneur en ions calcium et potassium, Demole se proposa de susciter chez l'animal le sommeil artificiel en injectant une solution de chlorure de calcium dans une région déterminée du cerveau. Cette recherche s'appuyait, d'une part, sur les faits que nous venons de mentionner et qui témoignent de l'existence d'une zone sensible, infundibulaire, de l'appareil régulateur du sommeil, et, d'autre part, sur l'hypothèse que le calcium, dont la teneur s'abaisse dans le sang pendant la période hypnique, s'accumule dans le cerveau, probablement dans la région ventrale, basilaire, où siègent les centres végétatifs.

Les expériences de Demole ont été poursuivies chez le chat parce que le sommeil s'installe facilement chez cet animal, et que, d'autre part, sa mimique et ses mouvements sont particulièrement expressifs.

Voici comment, d'une manière générale, Demole conduisit ses recherches.

Ayant fait choix d'une solution de chlorure de calcium de faible concentration, l'auteur injecte de 5 à 8 centimètres cubes de cette solution dans le cerveau, ce qui correspond à une quantité variant de 1 à 3 décimilligrammes de calcium.

L'animal est anesthésié à l'éther; l'aiguille est poussée à travers un hémisphère cérébral jusqu'au voisinage de la selle turcique, puis retirée de 1 à 3 millimètres; l'injection est alors pratiquée.

Dans ces conditions, le liquide se répand dans la substance grise ventrale, sous-thalamique, ou dans l'infundibulum.

Dans le but de déterminer rigoureusement le siège de l'injection, Demole ajoutait à la solution calcique, soit du carmin, soit du noir immédiat.

Quels sont les effets produits par l'injection de

(1) V. Demole. Pharmakologische anatomische Untersuchungen zum Problem des Schlafes, *Arch. f. experim. Pathol. und Pharmakol.*, 1927, vol. CXX, f. 3-4.

calcium dans le cerveau du chat? Lorsque l'injection calcique est poussée à l'aveuglette dans une région quelconque du cerveau, l'animal, aussitôt l'opération pratiquée, se réveille; les pupilles sont dilatées, la respiration accélérée. Rapidement il se rétablit sur les pattes, miaule et semble éprouver un certain désagrément de l'opération qu'il vient de subir.

L'injection calcique a-t-elle atteint, au contraire, la région infundibulaire? La réaction de l'animal est tout autre. Après la suture, le chat reste étendu sur le côté, exécute avec peine de lents mouvements, cherche, sans succès, à se mettre sur les pattes, puis se calme et laisse reposer sa tête sur le sol. Les yeux sont à demi-fermés, les pupilles rétrécies et on aperçoit la membrane clignotante. Enfin, la respiration devient de plus en plus lente et présente les mêmes caractères que pendant le sommeil naturel : inspiration lente, expiration courte séparées par une pause.

Pendant le sommeil calcique, l'animal bâille de temps en temps, s'étire, et les mouvements de sa queue et de ses pattes expriment un sentiment de bien-être.

Chez certains animaux, car le chat met de la personnalité dans son sommeil, l'assoupissement peut être beaucoup plus profond. Dans ces conditions, l'invasion du sommeil s'effectue identique à celle de l'état physiologique : l'animal demeure immobile, les paupières se closent, la tête s'enfonce entre les épaules et lorsque le menton touche le sol l'animal se réveille, puis la tête retombe lourdement, et le chat ne réagit plus, ni au bruit, ni au toucher. La durée du sommeil calcique varie entre vingt et quarante minutes.

Vient-on à injecter une quantité moindre de la solution calcique, toujours dans la même région, le sommeil est moins profond et moins prolongé. Si, au contraire, on dépasse la dose indiquée plus haut, le sommeil prend les caractères de la narcose.

Quant à la profondeur même du sommeil, il semble bien qu'elle soit réglée par la dose de calcium ; ainsi 0g00025 de calcium provoquent un sommeil d'une durée de trente à quarante minutes, tandis que 0g002 déterminent une narcose qui se prolonge pendant trois heures.

Aux résultats expérimentaux obtenus par M. Demole, on pourrait objecter que l'assoupissement et à fortiori la narcose ne ressemble que de plus ou moins près au sommeil naturel; mais il semble que Demole ait répondu à l'avance à cet argument. En effet, cet auteur fait remarquer que, à la différence de la narcose toxique, le sommeil calcique est bien comme le sommeil naturel un état réversible que l'on peut toujours interrompre temporairement. D'autre part, nous ferons remarquer que les phénomènes objectifs qui accompagnent le sommeil calcique sont identiques à ceux qui doublent le sommeil naturel.

Dans l'un comme dans l'autre sommeil, les pupilles sont en myosis, les mouvements respiratoires, les battements du cœur sont ralentis, le tonus musculaire est relâché, enfin il n'est pas jusqu'au sentiment d'euphorie exprimé par l'attitude et les mouvements de l'animal qui ne montre la similitude parfaite du sommeil calcique avec le sommeil naturel.

Rappelons, enfin, que le réveil spontané s'effectue par degrés et est suivi d'un léger état d'assoupissement analogue à celui que tout dormeur a expérimenté.

Bien que nous nous écartions ici de notre sujet, nous ne pouvons pas ne pas mentionner les très intéressants résultats qu'a obtenus Demole en remplaçant, dans la solution, le chlorure de calcium par le chlorure de potassium.

Si l'on injecte la solution potassique dans la région infundibulaire, l'animal expérimenté présente des phénomènes d'excitation qui s'opposent, comme le blanc au noir, au repos du sommeil. Et il est extrêmement intéressant de remarquer que tous les phénomènes d'excitation, déclenchés par l'injection infundibulaire de chlorure de potassium, sont immédiatement suspendus par l'injection de chlorure de calcium.

Ayant constaté les effets hypnogènes saisissants de l'injection de chlorure de calcium à la base du cerveau, Demole se préoccupa de fixer les limites de la région sensible, c'est-à-dire de la zone où devait être pratiquée l'injection hypnotique. Ainsi que le démontrent les figures reproduites dans le travail de M. Demole, la région sensible comprend, essentiellement, l'infundibulum. Nous ajouterons pour préciser que cette zone s'étend en avant depuis le recessus préchiasmatique jusqu'aux corps mamillaires en arrière. Les limites latérales dessinent des contours analogues à ceux qui cernent un cœur de carte. En haut les limites sont moins précises, mais cependant ne dépassent jamais la région sous-thalamique.

Si nous avons insisté longuement sur les recherches de Demole, c'est que celles-ci ouvrent un chapitre nouveau de la physiologie du sommeil et que, d'autre part, la confrontation des résultats expérimentaux avec les données anatomo-cliniques est pleine d'enseignements.

Comment ne pas voir, en effet, que la zone hypnogène, délimitée par Demole chez le chat, répond exactement à la région de l'infundibulum de l'homme où se développent précisément les tumeurs qui donnent naissance au sommeil pathologique (H. Claude et J. Lhermitte, A. Thomas, Jumentié et Chausseblanche, G. Guillain, Bertrand et Périsson, Souques, Baruk et Bertrand).

La pathologie et la physiologie concordent donc pleinement dans leurs résultats, en témoignant l'existence à la base du cerveau d'un appareil présidant à la fonction hypnique.

Cet appareil comprend, de toute évidence, une zone sensible qui est, avant tout, infundibulaire. Et c'est sur cette zone que retentit la compression des tumeurs comme celle de l'hydrocéphalie, compression dont la traduction clinique compte, parmi ses termes les plus expressifs, l'hypersomnie.

Mais, est-ce à dire que tout l'appareil régulateur de la fonction du sommeil soit condensé dans l'infundibulum? Les données anatomo-cliniques nous assurent du contraire. Comme nous l'avons montré

dans des travaux antérieurs avec J. Toupet (1), et comme l'a vérifié van Bogaert (2), des lésions focales destructives d'origine artérielle, exactement limitées à la partie antérieure du mésocéphale, peuvent donner naissance à un sommeil pathologique à l'exemple des lésions infundibulaires.

Nous sommes donc en droit de conclure que le dispositif régulateur du sommeil, s'il comprend l'infundibulum, se prolonge en arrière du diencéphale pour atteindre la calotte mésocéphalique.

Sans nous appesantir sur ce dernier point, retenons que si, comme nous l'exprimions au début de ce travail, certains éléments du complexus anatomo-clinique, désignés par H. Claude et Lhermitte du terme de syndrome infundibulaire, avaient déjà reçu une sanction expérimentale (nous avons en vue ici la polyurie, la polydipsie, les troubles circulatoires), la narcolepsie possède maintenant, grâce aux recherches de Demole, une attestation physiologique.

L'hypersomnie paroxystique ou continue s'intègre donc légitimement dans le syndrome infundibulaire dont elle forme parfois le trait le plus saillant, et auquel elle confère toujours une physionomonie qui doit arrêter l'attention du médecin comme du chirurgien.

FÉDÉRATION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE

PREMIÈRE RÉUNION

(Paris, 28-30 avril 1927) (3)

JOURNÉE DU VENDREDI 29 AVRIL 1927 (*fin*).

Discussion. — Les rapports sur l'unification de la terminologie, du classement et de la bibliographie ont été suivis d'une intéressante discussion.

M. Œconomos insiste particulièrement sur la nécessité de l'emploi du grec dans la terminologie et il signale quelques mots très usités dont la formation n'est pas correcte. Le mo *azotémie*, qui signifie azote dans le sang, devrait être remplacé par le mot *uriémie* qui signifie urée dans le sang. Le mot *hyperuriémie* devrait remplacer le mot hyperazotémie.

M. le docteur Fruictier (de Paris) demande à l'assemblée de désigner une commission chargée d'étudier non seulement la terminologie médicale proprement dite et la présentation des références bibliographiques, mais la forme générale des articles, leurs sous-titres et leurs conclusions, ainsi que la réduction des formats à un nombre aussi petit que possible.

M. le docteur André Choay (de Paris), présente d'intéressantes observations sur la bibliographie et, en particulier, sur l'emplacement des références, qu'il voudrait voir figurer toujours à la fin des articles et des ouvrages, sur la rédaction des tables alphabétiques d'auteurs, sur la pagination, etc.

M. Lematte (de Paris), énumère quelques termes nouveaux utilisés en biologie, en s'efforçant d'en préciser le sens exact, et demande que tous les biologistes expriment la composition des tissus et des aliments avec les mêmes symboles. Il voudrait, en particulier, que les résultats analytiques soient rapportés à 100 de matière sèche et à 100 de matière fraîche, afin d'exprimer la quantité d'eau contenue dans l'échantillon, et que ces résultats soient traduits par les symboles qui se rapportent aux bases hydratées et aux acides hydratés, pour avoir des nombres proportionnels aux groupements organo-métalliques qui existent dans les tissus ou les organes.

M. Gautrelet (de Paris), voudrait que les données relatives à l'établissement de la bibliographie fussent modifiées, et que l'éducation de l'étudiant fût faite à leur égard. Il est partisan du maintien de la thèse de doctorat, et demande que la bibliographie soit enseignée aux étudiants.



M. LE PROFESSEUR CORTEZO Président d'honneur de la Fédération. M. LE PROFESSEUR FORGUE (de Montpellier).

(Cliché de l'*Informateur médical.*)

M. Maurice Tecon (de Lausanne), insiste sur l'importance qu'il y aurait à créer : 1° un dictionnaire polyglotte suffisamment complet des termes médicaux; 2° une publication médicale comprenant une partie bibliographique et un ensemble de résumés des travaux médicaux. Cette publication latine comblerait une lacune très fâcheuse.

M. Pierra approuve la plupart des conclusions du remarquable rapport de M. Rondopoulos en ce qui concerne la terminologie. Il est d'accord avec lui pour adopter, de préférence, à toute autre, une nomenclature des maladies basée sur l'étymologie grecque et pour proscrire les synonymes, qui sont des causes d'erreurs et de confusions (tout au plus peut-on faire une exception en ce qui concerne les maladies désignées par des noms d'auteurs). Par contre, il lui semble plus difficile qu'au rapporteur de créer une terminologie nouvelle pour les mots de formation incorrecte, mais dont le sens est admis par tout le monde : cette terminologie ne ferait sans doute qu'augmenter encore la confusion.

En ce qui concerne le classement, il est d'accord avec M. Mirande pour préconiser la classification décimale, et rappelle à ce sujet les efforts considérables qu'ont faits jadis

(1) J. Lhermitte. Syndrome de la calotte pédonculaire. Les troubles psycho-sensoriels dans les lésions du mésocéphale, *Soc. de neurol.*, 9 nov. 1922. — J. Lhermitte et J. Toupet. Les troubles psycho-sensoriels associés aux ophtalmologies centrales, *Soc. d'ophtalm. de Paris*, mai 1925.

(2) Van Bogaert. Syndrome de la calotte protubérantielle avec myoclonie localisée et troubles du sommeil, *Soc. de neurol.*, 27 mai 1926.

(3) *Association de la Presse médicale française.*
Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 37, p. 609.

le professeur RICHET et M. Marcel BAUDOIN pour répandre cette classification.

En ce qui concerne, enfin, la bibliographie, on ne peut que s'associer aux conclusions de M. TECON, qui a donné un modèle vraiment parfait de la référence bibliographique telle qu'elle devrait être établie désormais.

Pour conclure, il propose la nomination d'une commission comprenant au moins un délégué pour chaque langue, et qui établirait une sorte de dictionnaire indiquant les équivalences de termes médicaux d'une langue à l'autre.

M. RONDOPOULOS émet le vœu que les gouvernements des différentes nations latines, ainsi que le gouvernement grec, inscrivent à leur budget d'instruction publique une subvention destinée à faciliter le travail d'établissement du dictionnaire des termes médicaux, pour lequel il est en complet accord avec le docteur PIERRA.

A sa demande, la réunion décide qu'une démarche sera faite dans ce sens auprès des gouvernements représentés.

Communications. — M. le professeur PICCININI (de Milan) insiste sur l'*utilité de la presse médicale pour la connaissance réciproque des stations thermales des différents pays latins.*

Enfin le docteur DECOURT (de Paris) montre l'importance de la liaison entre *la presse médicale et les groupements professionnels.*

— La soirée fut consacrée à différentes réunions amicales, tandis qu'un certain nombre d'adhérents se rendaient dans un théâtre de Montmartre où des places leur avaient été réservées.

DEUXIÈME QUESTION

SÉANCE DE SAMEDI MATIN 30 AVRIL 1927

La Propriété littéraire et la Presse médicale.

Rapport de M. H. RIBADEAU DUMAS (de Paris).

Dans un travail extrêmement complet, l'éminent Conseil juridique de l'Association de la Presse médicale française étudie l'état actuel de la législation protectrice du droit d'auteur, non seulement en France, mais dans les principales nations latines.

Nous ne pouvons malheureusement le suivre ici dans la revue si complète qu'il a passée des textes et documents en vigueur, non plus que dans l'appréciation et l'interprétation qu'il a bien voulu en donner.

Il résulte de son étude que « les médecins, auteurs d'articles de journaux et de revues et propriétaires de journaux et de revues, se trouvent d'une manière générale protégés par les législations.

Mais, pour avoir une protection efficace, il faut qu'ils prennent l'initiative : dans leur propre pays, ils doivent organiser leur défense pour éviter la spoliation et constituer des groupements ayant la personnalité civile, de manière à rendre cette défense sérieuse, et surtout, s'ils le peuvent, s'affilier à des groupements, syndicats ou associations existant déjà, ayant manifesté leur puissance. C'est qu'aujourd'hui le nombre fait la loi, la majorité est maîtresse dans les assemblées. La loi de chaque pays donne le moyen de se protéger.

Puis, pour étendre cette protection, les groupements de chaque nation doivent se réunir; pourquoi les médecins et les chirurgiens ne s'inspireraient-ils pas des conventions de Berne et de Montévidéo, pour la protection de la presse médicale? La presse médicale latine se trouve réunie pour la première fois, et son but est de grouper en une fédération commune les associations de la Presse médicale, les revues et journaux médicaux et les journalistes médicaux comprenant, dirigeant ou rédigeant des journaux dans une des langues latines. Il apparaît comme de première utilité d'assurer une protection efficace, à celui qui livre à la publicité les découvertes, les recherches et les études qu'il a faites, qui publie sa technique et ses résultats, qui divulgue les créations de son esprit consistant en méthodes, en produits thérapeutiques, en appareils; cette protection doit s'étendre dans tous les pays, parce que l'activité du médecin et du chirurgien profite à l'Homme. »

Rapport de M. le docteur Victor GARDETTE (de Paris).

Ce rapport envisage uniquement les droits des éditeurs et directeurs de journaux. Le rapporteur rappelle que la propriété littéraire donne à chaque auteur le droit exclusif d'autoriser ou d'interdire l'édition, la publication ou la reproduction de son œuvre. Elle comprend, d'ailleurs, tous les genres de production intellectuelle, sous quelque forme qu'elle soit livrée au public, qu'elle soit écrite ou verbale. Elle s'étend à tous les modes de publication, que l'on peut ranger sous quatre chefs : édition, reproduction, traduction, adaptation. Si les droits des auteurs paraissent parfaitement défendus et protégés, il ne semble pas qu'on puisse en dire autant de ceux des éditeurs qui sont limités à la première édition.

« L'œuvre intellectuelle, sous toutes ses formes, constitue en somme pour son auteur un patrimoine auquel nul ne peut attenter, mais dont il peut aliéner à sa guise conformément à ses droits de propriétaire tout ou partie, à temps ou d'une façon définitive; en toute hypothèse, l'auteur conserve sur son œuvre même quand il l'a cédée, un droit de regard... et il peut toujours s'opposer à ce qu'il soit porté une atteinte quelconque soit à sa forme, soit à son esprit.

Le droit d'auteur sur son œuvre lui est acquis sa vie durant et il passe à ses héritiers ou ayants droit pendant un délai de cinquante ans après sa mort.

Ceux qui enfreignent ce droit s'exposent à une action judiciaire qui peut s'exercer ensemble ou séparément contre tous ceux qui se sont faits les instigateurs ou les collaborateurs de la reproduction illicite (auteur, éditeur, imprimeur, libraire) et les faire traduire, suivant les cas, devant les tribunaux civils ou correctionnels. »

Rapport de M. le professeur HORNO ALCORTA (de Saragosse).

La propriété intellectuelle repose sur une double assise : la première, de caractère juridique, dérive du droit de personnalité; la seconde, de caractère économique, basée sur la valeur que peut représenter le travail. Il en résulte le droit qui doit garantir à l'auteur l'intangibilité de son œuvre et l'exploitation économique de cette œuvre. C'est un droit spécial, *sui generis*, qui tient à la fois du droit royal et du droit personnel.

L'auteur est « celui qui conçoit et réalise une œuvre scientifique ou littéraire ». Loi et règlement lui donnent les droits les plus amples, attendu que personne ne peut reproduire son œuvre sans son contentement.

La loi espagnole protège entièrement les manifestations littéraires et donne à l'auteur, moyennant certaines formalités le monopole de l'exploitation de son ouvrage, interdisant sa reproduction, sa transformation, limitant le droit de citation, réglant la transmission de la propriété.

Tout ce qu'un journal peut insérer est susceptible d'être reproduit sans autorisation préalable par d'autres publications s'il n'est fait aucune mention générale, ou en bas de chaque travail, de la réserve expresse des droits.

En ce qui concerne spécialement la presse médicale, le rapporteur constate que beaucoup de publications sont composées exclusivement d'articles originaux, pris librement dans d'autres revues, procédé qui donne à celles-là un prestige dont elles ne devraient pas bénéficier, et leur permet de lutter avantageusement contre la presse sérieuse. Les publications dont le but est exclusivement commercial, causent naturellement aux autres grand préjudice, et l'on peut dire que celles-ci ne sont pas défendues.

Le rapporteur demande, en terminant, et pour remédier à ce fâcheux état de choses, qu'aucun texte original ne puisse être transcrit par une autre publication, sans autorisation

expresse de la Revue qui en est propriétaire, ou qui s'est réservé le droit de l'insertion.

Rapport de M. le professeur Ascoli (de Rome).

Le rapporteur donne d'intéressantes précisions sur le droit d'auteur, tel qu'il résulte de la récente législation italienne.

La loi de novembre 1926 protège toutes les œuvres littéraires, scientifiques, artistiques et didactiques, quelles que soient leur valeur et leur destination. Elle protège donc, en particulier, les auteurs de mémoires et articles publiés par les journaux médicaux, elle étend son bénéfice aux revues et journaux eux-mêmes, reconnaissant que chaque journal appartient à son directeur, et que tout ce qui est contenu dans ce journal est propriété de ce directeur. Les mémoires ou articles ont ainsi deux propriétaires : l'écrivain et le directeur de la Revue, et le droit de propriété est exercé par tous les deux.

La nouvelle loi italienne paraît bien être une loi vraiment organique que l'on pourra modifier dans ses détails, mais qui durera longtemps comme un modèle parce qu'elle fixe mieux qu'aucune autre à la fois les droits des auteurs et ceux des éditeurs de journaux.

Discussion. — Répondant à une question de M. Gardette, M. Horno Alcorta reconnaît que, même en Espagne, les droits des directeurs de Revues ne sont pas protégés, puisque l'auteur d'un article a le droit d'en autoriser la reproduction, même si le directeur de la Revue où il a paru s'y oppose.

M. Ascoli souligne le fait que, avec la nouvelle loi italienne, c'est le contraire qui se produit : l'auteur ne peut autoriser la reproduction de son article que s'il est d'accord avec le directeur du Journal où l'article a paru.

M. Pierra tient à attirer l'attention sur la différence radicale qui existe entre la législation espagnole et la législation italienne. Les membres de la Réunion ne peuvent oublier qu'ils sont, pour la plupart, des propriétaires et des directeurs de journaux médicaux, et renoncer aux droits que leur confère cette situation, et qui sont déjà tout à fait insuffisants. En Espagne, les droits de l'auteur d'un article l'emportent, en cas de désaccord, sur ceux du directeur de journal; en Italie, au contraire, les droits de l'éditeur sont supérieurs, s'il y a conflit, à ceux de l'auteur. Il est à souhaiter que cette dernière manière de voir soit adoptée partout, et qu'ainsi les journaux médicaux, dont la vie matérielle est déjà si difficile, soient défendus contre la concurrence déloyale des journaux commerciaux, qui vivent de coupures faites aux dépens de la presse sérieuse.

En conclusion M. Pierra présente le vœu suivant :

« Les membres de la première Réunion de la presse médicale latine, réunis à Paris les 28-30 avril 1927, émettent le vœu que les législations de toutes les Nations latines reconnaissent, à côté des droits des auteurs, ceux des propriétaires de revues et journaux médicaux sur les articles publiés par eux, ainsi que sur les dessins qui les illustrent, en particulier au point de vue de leur reproduction. »

Ce vœu, mis aux voix par le président, est adopté à l'unanimité des membres présents.

Communications. — M. Cosasesco (de Bucarest) étudie la question des *échanges*. M. le préfesseur Cruchet (de Bordeaux) fait une remarquable étude sur *les rapports de la presse médicale et de la publicité pharmaceutique*, étude historique très brillante avec des conclusions d'ordre pratique, On devra la lire *in extenso* dans le Bulletin de l'*Association de la Presse médicale française*. Il en est de même de la communication de M. Fumouze, vice-président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques sur la même question. Son opinion diffère de celle de M. Cruchet sur quelques points. Cette question sera étudiée complètement par la Commission spéciale nommée à cet effet en fin de journée.

TROISIÈME QUESTION

SÉANCE DU SAMEDI SOIR 30 AVRIL 1927

Le rôle de la Presse médicale dans la préparation, l'organisation et les comptes rendus des Congrès médicaux.

Rapporteurs : MM. de Azevedo (Lisbonne), Turo (Barcelone), Beckers (Bruxelles), Pavel (Bucarest), F. Le Sourd (Paris).

Voici une question qui prend un intérêt particulier à une époque où les Congrès médicaux se multiplient d'une façon impressionnante, en même temps que les services d'information deviennent plus compliqués et plus onéreux pour les journaux de médecine. Il y a dans les rapports que nous avons entendus sur ce sujet une chose très remarquable c'est que les rapporteurs, sans s'être entendus préalablement, sont arrivés aux mêmes conclusions inspirées par leur expérience de journalistes. Nous ne ferons qu'un court exposé de ses rapports *en les groupant* pour terminer par les conclusions qui ont été votées par la Réunion latine.

L'organisation d'un service de presse dans un Congrès, qu'il s'agisse de la publicité préalable, qu'il s'agisse de l'organisation proprement dite ou de la réalisation du compte rendu des travaux, est une chose bien simple, et les organisateurs la compliquent souvent à plaisir.

Une question préalable se pose, et M. de Azevedo l'a formulée avec raison :

« Le premier objectif des Associations de la Presse médicale, en ce qui concerne les Congrès de médecine, serait de régler la réalisation des réunions projetées, soit en cherchant à espacer celles destinées à s'occuper des mêmes sujets ou matières analogues, soit en essayant de fixer, pour la même époque de l'année, celles qui ont lieu dans les villes voisines. » Ce point sera réglé par la Fédération qui « élaborera au commencement de l'année un calendrier des Congrès qui devront avoir lieu dans le courant de la même année, calendrier qu'elle enverra aux associations nationales de la Presse médicale ».

M. Turo insiste, de son côté, avec raison sur ce point.

Ce calendrier des Congrès, que publient déjà la plupart des journaux de médecine français, a été réalisé pour la première fois par M. Léopold Mayer dans *Bruxelles médical*. Il serait très intéressant de suivre la suggestion de MM. de Azevedo et Turo et de lui donner en quelque sorte un caractère officiel en le faisant publier chaque année par la Fédération. Les lecteurs y trouveraient d'utiles renseignements, les organisateurs de Congrès, d'autre part, éviteraient de voir leurs Congrès chevaucher les uns sur les autres ou faire double emploi, comme cela arrive trop souvent.

Sur tous les autres points les rapporteurs se rencontrent sensiblement. Nous nous contenterons donc de donner les conclusions qui ont été adoptées par la Réunion; elles constituent un programme schématique dont s'inspireront utilement à l'avenir les organisateurs de Congrès.

I. *Le rôle de la Presse dans la préparation d'un Congrès médical.* — 1° Le comité d'organisation d'un congrès médical doit comprendre parmi ses membres un représentant de l'A. P. M. du pays organisateur, dont le rôle sera d'orienter la propagande du Congrès;

2° Les renseignements, programmes ou avis, formant la propagande du Congrès, seront adressés sous une forme concise et en temps utile à tous les journaux sans exception, soit par l'intermédiaire de l'A. P. M., soit de préférence directement, suivant une liste fournie par l'A. P. M. du pays organisateur;

3° L'envoi du volume des rapports devra être fait à chaque journal inscrit, autant que possible huit jours au moins avant l'ouverture du Congrès.

II. *Le rôle de la Presse pendant le Congrès.* — 4° Les représentants des journaux ou des associations de presse ayant fait

connaître leur intention de rendre compte des travaux sont inscrits d'office comme membres du Congrès. Ils jouissent des mêmes droits et reçoivent les mêmes invitations que les autres congressistes. Il n'est que correct de leur permettre d'assister aux réunions dont ils auront à rendre compte;

5° Tous les soirs, ils reçoivent du secrétariat les résumés des communications faites dans la journée, ainsi que le résumé des discussions, traduits, autant que possible, dans les langues officielles du Congrès;

6° Il est désirable que le nom de chacun des orateurs prenant part à une discussion soit inscrit très lisiblement sur un tableau au moment où il prend la parole;

[On vota aussi les deux conclusions suivantes adoptées le 23 mars 1911 par le Congrès de l'A. P. J. M. F. Elles n'ont rien perdu de leur actualité.]

7° Il est décidé que toute communication pour laquelle il n'aura pas été remis de résumés pour tous les journaux représentés sera passée sous silence, même par ceux ayant reçu lesdits résumés;

8° Enfin, nous demandons que dans chaque Congrès soit prévue une salle spéciale, bien isolée, réservée aux seuls membres de la presse. A cette salle sera annexé un bureau de poste ou tout au moins une boîte aux lettres dont la levée sera assurée à chaque courrier.

III. *Comptes rendus collectifs.* — 9° Devant la multiplicité des Congrès, l'usage des comptes rendus collectifs organisés par les associations de presse s'impose aux journaux de médecine. Ces comptes rendus, tels que les a organisés depuis plusieurs années l'A. P. M. F., permettent à peu de frais une documentation précise et rapide. Il est désirable que toutes les associations de presse médicale s'entendent pour les généraliser et les rendre de plus en plus pratiques.

Dans la *discussion* qui a suivi, MM. Danielopolu (de Bucarest), Osorio (de Sucre), Chavanne (de Lyon), Crinon (de Paris) ont pris successivement la parole. M. Chavanne a demandé notamment l'organisation de réunions médico-chirurgicales latines conjointement avec les réunions de presse latine.

Cette suggestion sera étudiée par une commission spéciale, ainsi que celle de M. Coca (de Madrid) sur la création d'un index bibliographique de tous les travaux latins.

On vote alors les conclusions indiquées plus haut.

ÉLECTIONS

Comité permanent de la Fédération de la Presse médicale latine. — Présidents d'honneur : MM. les professeurs Cortezo (Madrid), Roger (Paris), Sanarelli (Rome).

Président : M. le professeur agrégé Loeper (Paris).

Vice-présidents : MM. les professeurs Ascoli (Italie), Austregesilo (Brésil, Danielopolu (Roumanie), Coca (Espagne).

Secrétaire général : M. le docteur Pierra (Paris).

Secrétaire général adjoint : M. le docteur Beckers (Bruxelles).

Trésorier : M. le docteur Baillière (Paris).

Trésorier adjoint : M. le docteur Kohly (La Havane).

Membres : MM. Delchef et Hoedemaekers (Belgique), Rodriguze Lima et Vianna (Brésil), Lopez del Valle et Lopez Silvero (Cuba), Battestini et Horno-Alcorta (Espagne), Baillière, Cruchet et F. Le Sourd (France), Cervici et Ferranini (Italie), Cantacuzène et Cosacesco (Roumanie), Osorio (Bolivie), Suarez Herrera (Chili), Bejarano (Colombie), Lesage (Canada), Rondopoulos (Grèce), Nemours (Haïti), Moutrier (Luxembourg), Gonzalès Ancira (Mexique), Coelho (Portugal), Etchegoïn (Argentine), Grullon (Dominicaine), Caballero de Bedoya (Paraguay), de Ribeyro (Pérou), Tecon (Suisse), Conde Jahn (Venezuela).

Commissions nommées par l'assemblée générale de la F. P. M. L. — *Commission de la terminologie et de la bibliographie.* — MM. Cortezo, Mirande, Rondopoulos, Tecon et Verney.

Commission de la propriété littéraire. — MM. Ascoli, Cosasesco, Delchef, Gardette, Horno Alcorta et Me Ribadeau Dumas.

Commission de la publicité. — MM. Coca, Cruchet, Piccinini et Rodrigues Lima.

Commission de préparation des Congrès médicaux. — MM. de Azevedo, Brouha, Ferranini, F. Le Sourd, Pavel, Turo et Kohly.

Commission d'étude du bulletin bibliographique et du bureau d'analyses. — MM. Ascoli, Chavanne, Danielopolu, Etchegoïn, Mayer, Osorio et Vianna.

LE BANQUET DE CLÔTURE

Le samedi soir a eu lieu au Palais d'Orsay le banquet officiel de clôture. Il a réuni près de 150 convives.

M. le professeur Cortezo (de Madrid), la poitrine barrée par le grand cordon de l'ordre d'Alphonse XII et la plaque de la Légion d'honneur sur la poitrine, présidait entre M. le professeur Roger et M. Maurice Loeper. M. de Piessac représentait M. le ministre de l'Hygiène. Les ambassadeurs d'Espagne et du Brésil étaient représentés par des secrétaires d'ambassade. L. L. E. E. les ministres de la République Argentine, de l'Uruguay et de Costa Rica étaient présents ainsi que tous les délégués officiels des gouvernements étrangers.

Un grand nombre de dames apportaient leur charme à ce dîner qui fut le couronnement particulièrement réussi de l'organisation que nous devons à Pierra.

A l'heure des toasts, Loeper prit le premier la parole pour remercier encore les amis chers venus, souvent de bien loin, pour se serrer autour de leur sœur latine. Il n'oublia pas de saluer très respectueusement la femme latine, sa grâce et ses vertus.

M. le professeur Cortezo sut trouver les termes les plus exquis pour dire le plaisir qu'il avait eu à assister à nos réunions et à y représenter la noble nation espagnole. Puis M. le professeur Ascoli apporta le salut du gouvernement italien, y ajoutant l'expression d'une affection que nous connaissons et que nous rendons à son grand pays.

Notre cher ami Léopold Mayer apporta ensuite le salut vibrant de l'héroïque Belgique. S. E. M. Alvarez de Toledo, l'éminent ministre de la République Argentine, avec beaucoup de finesse et de cœur nous dit son intérêt pour notre œuvre. S. E. le ministre de l'Uruguay trouva des mots charmants pour la Presse latine. M. Kohly, le plus parisien des confrères cubains, qui est venu à Paris spécialement pour notre Réunion, nous parle de son pays qui aime tant la France. Nous avons entendu ensuite M. Lima (au nom du Brésil), M. le premier secrétaire de la légation de Portugal, notre excellent confrère et ami H. Tecon parlant au nom de la Suisse, S. E. le ministre de Costa-Rica, doyen d'âge du Corps diplomatique à Paris ; M. de Piessac, représentant M. le ministre du Travail ; M. Fumouze, au nom de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques ; M. Foveau de Courmelles, au nom de la *Presse scientifique* ; M. Raoul Blondel, au nom de l'*Association internationale de la Presse médicale* ; M. Dartigues, au nom de l'*UMFIA* ; M. le professeur Hartmann, au nom de l'*ADRM*.

M. le professeur Roger, enfin, clôtura les discours en disant sa joie de la réussite d'une œuvre à laquelle il n'a cessé de témoigner dès le début l'intérêt le plus vif.

D'autres orateurs auraient dû être entendus, notre ami Reinburg, notamment, le plus actif des pionniers intellectuels de l'Amérique du Sud, le plus populaire aussi parmi nos amis américains latins. L'heure pressant, nous avons été privés de l'entendre parler. Il a fallu toutes les instances de l'auditoire pour obtenir que Pierra, qui se cachait dans un coin, se résignât à subir l'ovation que la reconnaissance de l'assemblée a infligée à sa modestie.

VISITES ET EXCURSIONS

— Au retour de la belle excursion à Vichy dont nous avons précédemment rendu compte, de nombreux confrères étrangers ont eu l'occasion de visiter ces grandes usines modernes que les spécialistes français ont su organiser d'une façon si personnelle et en même temps si perfectionnée pour le plus grand bien de la thérapeutique et pour le bon renom de la science française.

Ce fut vers l'usine *Heudebert* que des cars emportèrent nos adhérents mardi dans l'après-midi. Ils purent constater l'effort prodigieux réalisé à Nanterre par la Société l' « *Aliment essentiel* ». Après une causerie sur les régimes et les produits de régime, nos confrères visitèrent la belle usine et ses laboratoires si parfaits. M. Heudebert leur offrit très aimablement un lunch pendant lequel ils acquirent l'agréable conviction qu'on peut suivre un régime tout en cédant à la gourmandise et que les délicieux produits Heudebert ne déparent pas la table des plus fins gourmets.

— Le mercredi, enfin, les adhérents sont allés visiter les beaux laboratoires Choay, dont M. Choay lui-même a tenu à leur faire les honneurs. F. L. S.

NOTES DE PRATIQUE

SURCHARGE GRAISSEUSE DU CŒUR

1° Combattre l'obésité par un régime restrictif fortement déchloruré (ne permettre que 3 à 6 gr. de sel) par jour, par exemple : à 7 heures, 60 à 100 grammes de viande froide dégraissée, 10 grammes de pain sans sel, une tasse de thé léger et chaud sans sucre ; à midi : 60 à 100 grammes de viande grillée, légumes verts cuits à l'eau à volonté, 30 gr. de pain sans sel, deux tasses de thé ; à 16 heures, une tasse de thé, sans sucre ; à 19 heures, même menu qu'à midi, en remplaçant la viande par deux œufs sans sel.

2° Favoriser la diurèse et l'élimination chlorurée en prescrivant deux cachets de 0g50 de *Théosalvose strophantique*, laquelle exerce en même temps une bienfaisante action cardiotonique.

Au bout de cinq jours, leur substituer deux cachets par jour de *Théosalvose digitalique*, puis arrêt de cinq jours, après lesquels on reprendra le même traitement, à continuer plusieurs mois.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Vendredi 13 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Couvelaire, président; M. Labbé, Sébileau, Moussu, Robin et Panisset. — M. Saure. Etude sur la torsion de matrice chez la vache. — M. Brunet. De l'obstruction œsophagienne chez les bovidés. — M. L'Hostis. Le rouget du porc.

Samedi 14 mai. — Jury : MM. Jeanselme, président; Guillain, Claude et Sézary. — M. Rosier. Etude sur la scarlatine. — M. Chatagnon. Les formes cliniques de la paralysie au début. — M. Glaive. Sur un type de paraplégie. — M. Saucier. La névrite hypertrophique.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE LA MÉLITOCOCCIE

GÉNÉRALITÉS. — On désigne sous ce nom une infection due le plus souvent au micrococcus melitensis, généralement accompagnée de septicémie, ne présentant pas de lésions anatomiques spéciales, évoluant cliniquement de manières diverses, le plus souvent sous l'aspect de fièvre ondulante de longue durée, accompagnée de sueurs, d'anémie, de constipation et souvent compliquée d'arthropathies, de névralgies ou d'orchite.

Elle est connue sous des noms très différents, fièvre méditerannéenne, fièvre ondulante, fièvre de Gibraltar, fièvre de Malte, etc. Chauffard, en 1911, consacra le terme de mélitococcie.

Depuis ce temps, des travaux divers ont établi que :

1° Il existe, à la manière du groupe des fièvres typhoïdes, un groupe de fièvres ondulantes de gravités diverses, difficilement différenciables, toutefois, au point de vue clinique et même au point de vue bactériologique dont peuvent être responsables deux éléments pathogènes extrêmement voisins, peut-être même identiques, micrococcus melitensis, découvert par Bruce en 1887, et Bacillus abortus cause de l'avortement épizootique, ou maladie de Bang découvert par Bang et Stribold en 1896.

2° La fièvre de Malte a tendance à accroître son domaine; anciennement cantonnée dans l'île de Malte, Gibraltar, la Suède, les îles Baléares, la Sardaigne, la Corse, la Tunisie, l'Algérie, l'Espagne, elle sévit, à l'heure actuelle, non seulement dans le bassin méditerranéen, mais dans le sud-est de la France, et plus particulièrement dans certains départements tels que l'Hérault, le Gard, l'Aude, si bien que Ch. Nicolle a pu dire : « La fièvre de Malte est une maladie d'avenir ».

3° La contagiosité de la fièvre de Malte, semble pouvoir se produire non seulement par le lait de chèvre, le fromage de chèvre, mais peut-être aussi par le lait de vache. Le contage *direct* ne serait pas impossible, et les troupeaux transhumants joueraient un rôle dans la dissémination de la maladie.

ETUDE CLINIQUE. — C'est une affection que l'on rencontre chez les chévriers, les vendeurs de bestiaux, chez les garçons de ferme, les bouchers, et aussi parmi le personnel des laboratoires maniant les cultures de melitensis.

Dans l'ensemble, c'est une affection d'un polymorphisme extrême; non seulement il n'y a pas de symptômes caractéristiques, mais encore la plupart des grands symptômes habituels sont susceptibles de présenter des variations étendues dans leur intensité.

La période d'incubation est silencieuse, elle est en moyenne de quinze à dix-sept jours.

Nous prendrons comme type de description la forme commune.

Début. — Il est progressif. On note de la fatigue générale, un état de dépression marqué, des douleurs vagues dans les membres, de la céphalée, de l'insomnie.

La fièvre s'élève progressivement mais avec *rémission matinale très sensible*.

En général, c'est un début qui rappelle de très près celui de la fièvre typhoïde, l'analogie étant parfois complétée par l'apparition d'*épistaxis*.

Ces divers symptômes peu marqués au début, s'accroissent de jour en jour, et obligent le malade à s'aliter.

Etat. — La période d'état est caractérisée par plusieurs ordres de symptômes.

A. LA FIÈVRE. — C'est le symptôme qui prédomine. La courbe thermique est constituée par des ondes fébriles successives, séparées par des intervalles d'apyrexie relative; en un mot, c'est une *fièvre ondulante*.

L'*onde fébrile* s'installe par élévation progressive de la température, dessine un *plateau*, se termine par une descente à peu près régulière en *lysis*.

L'onde en elle-même est caractérisée par de grandes oscillations thermiques.

Il existe souvent une différence de un degré entre la température du matin et celle du soir, le *maximum*, s'observant vers la fin de l'après-midi, les *rémissions* survenant dans les premières heures de la matinée.

L'onde fébrile dure de une à cinq semaines; en moyenne, neuf à douze jours.

La première est d'ordinaire la plus longue, les autres sont plus courtes.

Le nombre des ondes est variable, parfois il est de six ou sept, le plus souvent de trois, rarement d'une.

A chaque vague fébrile fait suite une phase d'apyrexie; néanmoins cette apyrexie n'est que *relative*, car la température demeure de 0°5 à 1 degré au-dessus de la normale.

Cette période d'apyrexie dure quelques jours, parfois six à quinze jours; en général, elle est plus courte que la période fébrile.

A côté de ce type schématique, on peut voir d'autres aspects de courbe thermique.

a. La forme hyperpyrétique. — La courbe thermique est caractérisée par une brusque ascension à 42 degrés ou 42°5, survenant soit au début, soit au cours de l'infection.

Ces élévations thermiques s'accompagnent alors de symptômes graves : dyspnée, vomissements, fétidité de l'haleine, localisations pulmonaires et la mort peut survenir en quelques jours dans l'*hyperpyrexie*.

b. Forme intermittente. — Les oscillations rappellent la fièvre hectique; cependant, examinée dans l'ensemble, la courbe montre des ondes successives.

Dans l'ensemble, la maladie est d'autant *plus sévère* que l'élévation thermique est à la fois plus forte et plus persistante d'autant plus *bénigne*, que la fièvre est moins élevée et moins durable.

B. LES SUEURS. — Elles constituent l'un des gros symptômes de la maladie, elles se voient dans 80 p. 100 des cas (Cantaloube), elles présentent les caractères suivants.

Sueurs critiques, survenant au moment de la rémission fébrile, dans les premières heures de la matinée.

Sueurs profuses, durant une à deux heures perlant en grosses gouttes au visage du malade, traversant l'oreiller, inondant la chemise et même les couvertures, exigeant deux ou trois changements de linge.

C. L'ASTHÉNIE. — Elle est très variable d'un malade à l'autre mais habituelle. Tantôt, elle est peu apparente, tantôt elle est extrême, le malade se trouvant inapte à tout effort, à tout mouvement.

D. L'AMAIGRISSEMENT. — Conséquence d'un état fébrile prolongé, il est généralement très marqué.

La céphalée, l'insomnie, les troubles mentaux (irritabilité, prostation, rarement délire) sont plus ou moins accusés.

E. L'HYPERTROPHIE DE LA RATE. — La rate est habituellement grosse, non seulement elle est percutable sur plusieurs travers de doigts, mais le plus souvent elle est palpable. On peut accrocher son pôle inférieur sous les fausses côtes, ou la sentir plus ou moins bas dans l'abdomen.

De plus, elle est souvent douloureuse.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux (nomination). — *Consultation écrite.* — Séance du 9 mai. MM. Etienne Bernard, 18; Marchal, 19,54; Turpin, 18,63; Mme Fontaine, 18,81.

Classement des candidats : MM. de Gennes, 20; Tzanck, 19,72; Marchal, 19,54; Mme Fontaine, 18,81; MM. Turpin, 18,63; Mouquin et Marquézy, 18,36; Meaux, 18,27; Chevalley, E. Bernard et Coste, 18; Périsson, 17,30; Boulin, 17,09; Schulmann et Ravina, 17.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 9 mai. — MM. Reinhold, 17; Pascalis, 16; Richard, 19.

Séance du 11 mai. — MM. Bloch (René), 18; Maurer, 15; Lorin, 17.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lévy-Solal, Chifoliau, Bouffe de Saint-Blaise, Le Lorin, Devraigne, Villaret, qui acceptent; Macé, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

— Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Mespoulous, Lebedinsky, Fargin-Fayolle, Moqué, qui acceptent; Robin, René-Marie, Schwartz, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Maingot, Ramond (Félix), Mme de Brancas, MM. Laquerrière, qui acceptent; Guibert, Mauclaire, Gosset, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Pestel, Weissenbach, Bourguignon, Lenormant, Macé, Laquerrière, qui acceptent; Detré, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Un emploi d'agrégé de neurologie et psychiatrie, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est déclaré vacant. (*J. O.*, 8 mai.)

L'UNION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS. — Voici une grande nouvelle que nous sommes particulièrement heureux d'annoncer.

Après 25 années de mésentente stérile, les deux groupements d'étudiants « L'Association corporative » et « La Section de médecine de l'A. » viennent de s'unir en fondant l'*Union corporative des étudiants en médecine de Paris.* Afin de fêter une réconciliation qui se présente sous les meilleures auspices, et à l'occasion de la publication du premier numéro de la Revue *Le Jeune médecin*, organe unique du nouveau groupement, Revue qui sera dirigée par notre ami le docteur Crouzat, un banquet par souscriptions est organisé, avec le concours dévoué de M. Barrault, pour le mercredi 1er juin, à 19 h. 30, dans les salons de la Sorbonne.

Ce banquet, auquel assisteront MM. Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur; Charlety, recteur; Roger, doyen de la Faculté de médecine, sera présidé par M. Herriot, ministre de l'Instruction publique.

Tous les maîtres de la Faculté et des hôpitaux sont instamment conviés à y souscrire.

Adresser les adhésions avant le 24 mai au docteur Crouzat, 1, rue Pierre-Curie (Ve), tél. Gob. 73-09. Montant de la souscription (chèque ou mandat) : 40 fr.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA RAGE (Paris, 25-30 avril 1927). — Trente pays étaient représentés à la Conférence internationale de la rage qui vient de se tenir à

l'Institut Pasteur sur l'initiative de la section d'hygiène de la Société des Nations.

Quatre commissions ont étudié la nature du virus rabique, le traitement, les accidents post-vaccinaux, et la vaccination préventive des animaux.

Il ressort des travaux de la Conférence que si on ne peut se prononcer encore sur la nature protozoaire ou bactérienne du virus rabique, il n'y a actuellement rien à changer à la technique du traitement préconisé par Pasteur et qui reste toujours aussi parfait. Des mesures seront prises pour fournir à tous les Instituts antirabiques une souche de virus fixé présentant un pouvoir immunisant élevé. Il sera aussi institué une statistique générale indiquant tous les résultats éloignés obtenus dans les divers Instituts. Quant à la vaccination préventive elle sera appliquée dans les régions où la rage sévit avec le plus d'intensité.

LE CINQUANTENAIRE DE L'INDÉPENDANCE DE LA ROUMANIE ET L'UNION INTELLECTUELLE LATINE. — Au cours de la cérémonie du cinquantenaire de l'Indépendance roumaine, M. Poincaré, président du Conseil, a célébré notre vieille amitié pour la sœur latine :

« Ce qui, mieux encore que tous les parchemins, nous unit les uns aux autres, c'est la force du sentiment et l'identité de la culture. J'ai passé jadis un mois à Bucarest, et pas un instant je ne m'y suis senti dépaysé. A entendre parler le français avec une pureté parfaite, je croyais me promener dans les rues de Paris. Je me trouvais beaucoup plus près de nos boulevards que dans des villes étrangères moins éloignées et je me disais que les distances ne comptent guère lorsque les esprits savent voisiner.

« Nous aurions grand tort, vous et nous, de négliger de si précieuses relations de parenté. Nous avons tous avantage à les fortifier par les rapports intellectuels que resserre si efficacement la jeunesse universitaire de nos deux pays. Nous avons avantage aussi à développer entre nous les échanges agricoles, commerciaux, industriels, financiers, et à doubler les liens moraux de liens économiques, car si idéalistes que soient les nations elles sont soumises aux lois d'airain de la nécessité et il suffit trop souvent d'une contradiction d'intérêts pour séparer les cœurs.

« Unissons-nous donc le plus étroitement que nous pourrons et servons, en commun, de notre mieux, la cause, tant de fois vantée et tant de fois compromise, de la paix et de la civilisation. »

Ces nobles paroles répondent très exactement aux sentiments que les médecins français éprouvent pour les médecins roumains. Aussi avons-nous tenu à les citer textuellement.

Au surplus le langage tenu par M. le président du Conseil est une magnifique consécration des travaux de la Réunion de la Fédération de la Presse médicale latine qui nous ont permis, il y a peu de jours, de resserrer « *de précieuses relations de parenté* ».

LE DINER DE PRINTEMPS DE L'U. M. F. I. A. — Le dîner de printemps de l'Union médicale franco-ibéro-américaine a eu lieu mardi sous la présidence de M. le professeur Cunéo. Il réunissait une très nombreuse assistance et fut particulièrement cordial. Au dessert, des toasts chaleureux ont été portés par MM. Dartigues, Molinéry, Rueda (de Bogota), Zapata (de Bogota), de Lima (de Rio de Janeiro), Coelho (de Porto), André, au nom des médecins français du Paraguay; Reinburg qui a salué en espagnol nos confrères américains; Roule, professeur au Muséum.

Notre vénéré maître, M. Charles Richet, a prononcé le plus généreux des appels en faveur de l'Union intellectuelle latine; enfin M. Cunéo a rappelé en termes émus la réception qui lui fut faite, il y a quelques mois, en Colombie et au Vénézuéla.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE. — Sur la présentation de M. le professeur agrégé Jean Tapie, médecin des hôpitaux, M. Henri Fischer (de Bordeaux) a été élu à l'unanimité membre correspondant de la Société anatomo-clinique de Toulouse.

JOURNÉES VÉTÉRINAIRES A L'ÉCOLE D'ALFORT. — Des Journées vétérinaires, créées sur le modèle des Journées médicales, sont organisées à l'Ecole vétérinaire d'Alfort les 27, 28 et 29 mai prochain. La séance d'ouverture, qui aura lieu le vendredi 27 mai, à 14 h. 30, sera présidée par M. le ministre de l'Agriculture.

Une exposition technique de médecine vétérinaire sera organisée ainsi qu'une exposition rétrospective (Alfort et la région alforienne dans le passé) qui restera ouverte en permanence jusqu'au 15 juin.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 12e décade, du 21 au 30 avril, 1.153 décès, comme pendant la décade précédente, et au lieu de 1.260, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La variole et la varioloïde ont causé 1 décès; 2 cas nouveaux ont été déclarés par les médecins, au lieu de 5 pendant la décade précédente (moyenne 0).

La rougeole et la scarlatine sont en légère augmentation. La diphtérie diminue.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. Georges Damiens, étudiant à Lille, fils du docteur Charles Damiens (d'Hersin-Coupigny, Pas-de-Calais), à qui nous adressons l'expression de notre profonde sympathie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 16 mai. — Jury : MM. Hartmann, président; Sebileau, Lemierre et Lardennois. — M. Asnus. Etude sur le traitement de l'épithélioma de la verge. — M. Digeon. L'infection locale dentaire. — M. Guex. Etude de l'hémoglobinurie paroxystique.

Mardi 17 mai. — Jury : MM. Bernard, président; Lejars, Sergent et Roussy. — M. Bernard. Contribution à l'emploi des rayons ultraviolets en oto-rhino-laryngologie. — M. J. Vainstin. Etude de la lutte contre les poussières de Paris. — M. Mayer. Etude sur la tuberculose pulmonaire. — M. Descomps. Contribution à l'étude du pneumothorax artificiel. — M. Lacroix. Etude de la torsion des trompes de Fallope.

Vendredi 20 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Dechambre et Moussu. — M. Claude. Etude sur le cheval barbe.

REVUE GÉNÉRALE

LES ABCÈS POTTIQUES[1]

Par André SICARD,
Interne des hôpitaux de Paris.

La tuberculose vertébrale s'accompagne toujours d'abcès précédés par un stade de décollement se produisant aux dépens des surtouts ligamenteux vertébraux antérieur ou postérieur. C'est là une notion connue depuis longtemps. Bouvier, Lannelongue, Broca, Ménard, Lance y ont insisté longuement. Des travaux récents ont précisé certains points. Mme Sorrel-Dejerine, dans son important ouvrage sur les paraplégies pottiques, basé sur 40 observations personnelles, a décrit les abcès intrarachidiens tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique. Massart et Ducroquet ont étudié la recherche des abcès par la radiographie, et Clavelin, basant son travail sur les nombreux cas observés dans son service de l'hôpital militaire Percy, insiste sur la latence des abcès migrateurs, qui bien souvent, constituent chez l'adulte un signe de début.

Enfin, Calvé et Sorrel ont proposé des méthodes ingénieuses, Calvé pour traiter les abcès intrarachidiens par cathétérisme du trou de conjugaison, Sorrel pour ponctionner les abcès juxta-vertébraux.

De ces différents travaux découle une notion commune. L'abcès est constant au cours du mal de Pott. Il ne faut pas le considérer comme une complication, mais comme une évolution naturelle de l'affection. Il faut savoir cependant que les abcès ne sont pas dans tous les cas cliniquement appréciables, et bien souvent restent une découverte de radiographie ou d'autopsie.

Comment se développent les abcès pottiques? — Lannelongue a étudié, avec clarté, leurs conditions de développement et de progression. Le rôle essentiel appartient à la membrane tuberculogène, c'est-à-dire à la paroi externe de la collection, s'étendant par envahissement progressif, inoculant de proche en proche les tissus, guidée essentiellement par les plans anatomiques qu'elle rencontre, la pesanteur ne jouant qu'un rôle accessoire dans sa marche. Profitant des espaces conjonctifs, des lames vasculaires, des insertions musculaires, ces abcès s'étendent parfois fort loin, pouvant être dans quelques cas ascendants ou récurrents. Leur dimension sera donc extrêmement variable. Si certains n'ont aucune tendance à s'accroître et ne contiennent que quelques centimètres cubes de pus, d'autres sont volumineux, et on peut y trouver un litre, même deux litres de pus.

Ils évoluent en quatre stades :

Un premier stade d'œdème avec épaississement et infiltration des tissus avoisinant le foyer tuberculeux.

Un deuxième stade assez court, où la poche est remplie de fongosités non encore ramollies, avec des débris intriqués de tissu cellulaire.

Un troisième stade d'abcès jeune, à parois tendues, à coque nette contenant un pus fluide verdâtre, se reproduisant rapidement après la ponction.

Un quatrième stade de vieil abcès, avec un pus épais, légèrement hématique bien souvent par suite des hémorragies des capillaires des bourgeons charnus de la paroi, exigeant des ponctions plus espacées mais aussi plus difficiles. Les parois sont devenues scléreuses, adhérentes aux tissus voisins. Et c'est ainsi que se fait le processus de cicatrisation.

L'évolution typique des abcès vers la guérison, si le mal de Pott est traité convenablement, et si l'état général reste bon, se fait en dix-huit mois à deux ans.

Physiologie pathologique.

Une caverne tuberculeuse, creusée dans le tissu spongieux du corps vertébral, s'agrandit et s'ouvre à la surface du rachis, soit en avant soit en arrière.

Dans l'un et l'autre cas, l'abcès tuberculeux va pointer sous le périoste que doublent les ligaments vertébraux communs antérieur ou postérieur.

Il se comportera de façon différente suivant le segment vertébral intéressé.

Région sous-occipitale. — Le tissu spongieux est extrêmement réduit. Le véritable abcès ossifluent y sera donc rare. On ne trouve que quelques gouttes de pus à l'intérieur même du foyer. Quand l'abcès existe, on peut le voir se développer dans l'espace rétropharyngien, exceptionnellement en arrière vers la nuque.

S'il fait issue dans le canal rachidien, il peut fuser vers le bas et comprimer la moelle cervicale. Il peut remonter dans la région endocranienne et menacer l'origine des dernières paires craniennes (trou condylien antérieur et même trou déchiré postérieur).

Région cervico-dorsale. — Nous comprenons dans ce même chapitre les cinq dernières vertèbres cervicales et les trois premières dorsales.

En effet, il est à ce niveau une topographie anatomique importante : le muscle long du cou qui occupe, dans tout ce segment, la face antérieure de la colonne, bridé par une aponévrose qui se continue sur la ligne médiane avec le ligament antérieur commun. L'abcès se forme dans cette poche, uni ou bilatéral, récurrent, s'élevant contre la pesanteur, lorsqu'il s'agit d'un Pott de la IIe ou IIIe vertèbre dorsale. Il se trouve dans l'espace rétro-viscéral : on ne l'a jamais vu s'ouvrir dans le pharynx ni dans l'œsophage, de même qu'il n'a aucune tendance à pénétrer dans le thorax.

Le pus fuse-t-il latéralement, il rencontre la gaine des scalènes et descend par son intermédiaire jusque dans le creux sus-claviculaire derrière le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, pouvant comprimer les nerfs du plexus brachial. Il se fait jour plus rarement en arrière, à travers les muscles de la nuque.

Dans cette région cervico-dorsale, on ne rencontre pas souvent d'abcès intrarachidien, puisqu'aucune disposition anatomique ne tend à entraver la progression du pus. Il est loin d'en être de même dans la région dorsale.

(1) Travail du service du professeur Clavelin, hôpital militaire Percy.

Région dorsale. — C'est là que se trouve en règle le type de l'abcès intrarachidien.

Le corps des vertèbres dorsales ne donne insertion à aucun muscle. De plus, le ligament commun antérieur est bridé latéralement par son union avec les ligaments rayonnés des articulations costo-vertébrales.

Il va donc se former au devant de la colonne une poche qui ne pourra trouver aucun orifice de sortie; médiane ou latérale, elle est souvent développée « en nid d'hirondelle ».

Ménard pensait qu'il s'agissait, en général, d'abcès de petit volume, et l'expliquait par « l'immobilité relative de la région dorsale, qui modère la marche envahissante de la tuberculose, et limite la quantité du résidu de destruction ».

Tel n'est pas l'avis de Massart et Ducroquet, qui ont rencontré à ce niveau des « décollements si vastes qu'il n'est pas rare de voir une grande partie des vertèbres dorsales tuberculisées secondairement. »

Que va devenir cet abcès juxta-vertébral? Il forme une masse allongée dans la gouttière costo-vertébrale, décolle à grand'peine la plèvre pariétale, progressant vers le haut ou vers le bas, toujours en contact avec les vertèbres qu'il tuberculise à mesure qu'il s'étend, ce qui explique le grand nombre de vertèbres toujours intéressées dans la région dorsale.

Si cet abcès sous-pleural prend un grand développement, on peut le voir refouler le poumon vers le hile, et même s'ouvrir dans les bronches (1 cas de Ménard, 1 cas de Chénieux).

On a dit que cet abcès pouvait pénétrer dans la région lombaire par les orifices du diaphragme. Ménard n'a jamais rencontré cette évolution. Cependant, dans certains cas, on a pu voir l'abcès s'engager sous l'arcade du carré des lombes, et devenir perceptible dans le losange de Grynfeldt.

La paroi de la poche vient-elle à s'ulcérer en arrière, on assiste à l'apparition du pus soit dans la gouttière latéro-vertébrale soit dans un espace intercostal, profitant du trajet des vaisseaux et nerfs perforants pour se faire jour sous la peau. Mais c'est là une évolution relativement rare.

Ces abcès pré et latéro-vertébraux de la région dorsale s'accompagnent généralement d'abcès intrarachidiens, pour lesquels, il faut, avec Mme Sorrel-Déjerine, différencier deux types :

L'abcès préligamentaire, bridé en arrière par le ligament vertébral commun postérieur, pouvant amorcer un décollement s'étendant vers les régions supérieure et inférieure, mais ne s'essaimant pas directement dans l'espace épidural par suite des adhérences ligamentaires à la face interne des pédicules des vertèbres.

L'abcès reste donc toujours antémédullaire, faisant plus ou moins saillie dans le canal, et comprimant la moelle, mais la comprimant en dehors de la dure-mère qui n'est jamais atteinte.

Sans doute, quand les parois de l'abcès deviennent scléreuses, au stade de vieillissement, elles peuvent adhérer à la dure-mère et donner l'impression d'une pachyméningite externe, mais on peut toujours par une dissection soigneuse parvenir à l'isoler. C'est probablement ce fait qui avait créé l'erreur de Charcot et Michaud quand ils avaient affirmé que les paraplégies pottiques relevaient toujours d'une lésion dure-mérienne, d'une pachyméningite externe. Ménard, Sorrel au contraire, pensent que la paraplégie relève presque uniquement de la présence d'abcès intra-rachidiens, réservant la possibilité d'une coexistence entre les deux lésions.

L'abcès sous-ligamentaire (*abcès épidural*). — Le ligament vertébral postérieur est, dans ce cas, perforé. Le pus fuse dans l'espace épidural. Il entoure directement la dure-mère affectant une situation latéro et même rétro-médullaire, il peut comprimer la moelle dans sa totalité établissant un véritable barrage sous-arachnoïdien.

L'abcès englobe les racines et pénètre avec elles dans le trou de conjugaison. Mais là, il est bien rare de voir ce canal lui servir de porte de sortie. Le trou de conjugaison est, en effet, obturé par un plan fibreux résistant, tendu sur le pourtour à la manière d'une peau de tambour sur son cadre : cette barrière fibreuse proviendrait du fascia qui double le périoste sur la face antérieure des corps vertébraux et qui est renforcé par les ligaments qui unissent le col de la côte aux apophyses transverses voisines (1).

L'enveloppe dure-mérienne du funicule (racine extradure-mérienne) se termine sur cet opercule fibreux en mélangeant ses propres fibres avec celui-ci; cette disposition explique pourquoi il est exceptionnel de voir les abcès fuser le long des nerfs rachidiens.

Il n'existe pas de cas où un abcès intrarachidien ne communique pas largement avec un abcès antérieur. Or, celui-ci est inclus entre les gros vaisseaux, les vertèbres, les plèvres, « l'abcès intrarachidien est donc soumis, expliquent Massart et Ducroquet, aux mêmes pressions, et c'est pour cette raison que l'on voit l'abcès si souvent à ce niveau, bomber dans le canal et comprimer la moelle. »

Ces abcès entraînent des lésions médullaires relativement peu marquées, capables presque dans tous les cas de se régénérer et de guérir, mais, si l'on se souvient que le nerf grand sympathique descend le long des articulations costo-vertébrales et que les rami communicantes passent dans le trou de conjugaison, on pourra s'expliquer un certain nombre de signes de la série sympatique que l'on rencontrera en clinique.

En résumé, dans la région spondylo-dorsale, qu'il s'agisse d'un abcès juxtavertébral ou d'un abcès intrarachidien, celui-ci restera presque toujours caché, inaccessible, explorable uniquement par la radiographie. La migration des abcès de ce département vertébral est exceptionnelle.

Abcès lombaires. — A la région lombaire, par contre, le cheminement de l'abcès est la règle. En effet, on rencontre de nouveau ici un muscle, le psoas, qui va jouer un rôle de conducteur analogue à celui du long du cou. Le psoas s'insérant sur les cinq

(1) J. Forestier (d'Aix-les-Bains). Le trou de conjugaison et l'espace épidural, *Th. de Paris*, 1922; Jouve.

vertèbres lombaires et sur la XIIe dorsale, nous comprenons dans ce chapitre le mal de Pott dorso-lombaire.

C'est donc, facilement, en décollant l'aponévrose du muscle que l'abcès va parvenir à la fosse iliaque.

Le premier obstacle qu'il rencontre est l'arcade crurale. La collection s'amasse en général dans la fosse iliaque interne, puis envahit le muscle iliaque, écarte en dedans les vaisseaux iliaques, mais ne donne pas de prolongement pelvien.

L'uretère est exceptionnellement comprimé (1 cas de Gaucher avec hydronéphrose, 1 cas de Lannelongue avec perforation et communication de l'uretère et de la poche).

La collection peut s'arrêter là, mais si la gaine du psoas cède en un point l'abcès pousse un prolongement en dehors du carré des lombes, à travers le quadrilatère de Grynfeldt ou plus bas dans le triangle de Jean-Louis Petit, ou même au milieu des muscles de la région (8 cas de Courboulès).

Elle peut également faire irruption à la racine de la cuisse, au niveau du triangle de Scarpa. On a alors l'abcès dit « en bissac », communiquant par un orifice étroit au-dessous de l'arcade crurale.

Broca a vu un cas d'envahissement de la bourse du psoas communiquant avec la synoviale de l'articulation de la hanche et ayant déterminé une coxalgie. Ménard fait remarquer que c'est là une éventualité très rare car le pus a plutôt tendance à fuser en avant.

L'abcès continue-t-il son cheminement progressif, il trouve le plan des adducteurs, profite d'un trajet vasculaire pour le traverser et parvient à la face postérieure, derrière le grand fessier ou à son bord inférieur, et là, en cheminant sous l'aponévrose, il rencontre les vaisseaux ischiatiques qui le conduisent vers le creux poplité.

Nous avons pu voir ainsi, à l'hôpital Percy, un abcès qui, issu de la IIIe lombaire, est progressivement venu se fistuliser à l'angle supérieur du creux poplité, malgré des ponctions répétées faites chaque fois à un étage inférieur; les cicatrices ponctiformes permettent de suivre sur la peau le chemin parcouru par la poche purulente.

Toutes les éventualités peuvent se voir en fait d'abcès migrateurs. Ainsi, il peut exister un abcès dans chaque fosse iliaque, souvent un abcès iliaque d'un côté, un abcès lombaire du côté opposé. La communication des deux collections est fréquente, et on peut, en ponctionnant un abcès, vider l'autre (abcès fusionné, en fer à cheval).

Le pus fuse-t-il en dehors de la gaine du psoas, dans l'espace sous-séreux entre le psoas et le péritoine, il descend vers la fosse iliaque, vient apparaître au-dessus de l'arcade crurale, bien près de la peau, qu'il ulcère le plus souvent. Ces abcès peuvent être en même temps sous et sus-aponévritiques, communiquant « en bouton de chemise ».

Ménard, cependant, insiste sur le fait que dans la grande majorité des cas l'abcès est intrapsoïque. Or, la gaine du psoas est fermée à ses deux extrémités. Un abcès dans sa gaine est donc pathognomonique d'une lésion de la XIIe dorsale ou d'une vertèbre lombaire. Si, au cours d'un mal de Pott dorsal, on voit apparaître un abcès psoïque, on peut affirmer au moins la tuberculisation de D12.

Sacrés. — Pour la même raison, seule une lésion sacrée pourra donner un abcès pelvien.

Celui-ci se forme par dénudation de la face antérieure du sacrum et, de là, évolue, soit vers la grande échancrure sciatique, soit vers le plancher du petit bassin qu'il peut perforer. Il arrive alors dans l'espace pelvi-rectal et s'ouvre rarement à la marge de l'anus.

On ne trouve aucun cas d'ouverture dans un viscère creux (rectum, vessie, vagin).

Signes cliniques.

C'est, en règle, au cours de la première année, généralement entre le sixième et le douzième mois, au stade d'ulcération et de destruction des corps vertébraux, qu'on voit apparaître les abcès pottiques.

Ils se développent plus facilement et plus rapidement chez l'adulte que chez l'enfant.

Les notions actuelles permettent de distinguer trois catégories d'abcès :

1. Les abcès migrateurs, fusant à distance, venant faire saillie parfois fort loin du foyer d'origine.
2. Les abcès intrarachidiens, s'accompagnant d'une symptomatologie médullaire suffisamment nette pour pouvoir les reconnaître.
3. Les abcès juxtavertébraux que l'on doit toujours voir sur une bonne radiographie.

Fréquence comparative. — Pour Massart et Ducroquet, 80 p. 100 des abcès restent cachés à l'examen clinique direct, et ceci malgré la plus grande fréquence des maux de Pott lombaires, région d'exploration clinique toujours plus aisée.

Clavelin, sur un ensemble de 60 maux de Pott dorso-lombaires et lombaires, signale 45 cas avec abcès migrateurs (29 intrapsoïques, 15 lombaires, 1 fessier).

A l'hôpital Percy, dans le service de tuberculose chirurgicale de l'Armée, avec notre maître, le professeur agrégé Clavelin, nous avons pu suivre depuis dix mois :

22 maux de Pott lombaires ou dorso-lombaires : 9 présentaient un abcès iliaque, 5 un abcès lombaire, 2 à la région fessière inférieure, 3 avaient un abcès iliaque d'un côté, lombaire du côté opposé. Chez 3 autres, enfin, l'examen clinique ne montrait aucune poche purulente, mais la radiographie permettait de déceler au voisinage du foyer une irrégularité de l'ombre psoïque.

14 maux de Pott dorsaux : 13 présentaient des images en fuseau; 2, chez lesquels la lésion siégeait au niveau de D9-D11, avaient un abcès iliaque. La XIIe dorsale avait dû être tuberculisée secondairement.

Ces derniers chiffres n'ont été recueillis que chez l'adulte.

I. Abcès migrateurs. — On les constate dans des conditions différentes.

1° C'est souvent un mal de Pott connu et parfaitement traité; l'abcès n'apparaît cliniquement que vers la fin de la première année. Il vient confirmer

le tableau symptomatique. Son apparition ne doit faire incriminer aucune erreur de traitement. Il s'agit là d'une évolution naturelle de la maladie.

Le malade maigrit légèrement, perd son appétit, devient pâle, présente le soir une certaine ascension fébrile, il se plaint de pesanteur dans la région lombaire ou de gêne dans l'extension de la cuisse. Celle-ci se met en demi-flexion et un peu en adduction. Veut-on l'étendre complètement, on détermine un certain degré d'ensellure lombaire et cependant la hanche est libre.

L'abcès se montre après quelques semaines évolutives, et en même temps les signes généraux disparaissent progressivement. Dans d'autres cas, le début est absolument silencieux, et Ménard insiste sur l'importance de l'examen quotidien et systématique du pottique pour dépister un abcès. Il faut palper les régions où l'anatomie pathologique nous a appris que l'on était en droit de suspecter la migration, déprimer lentement et méthodiquement les fosses iliaques, suivre le psoas de bas en haut. Une manœuvre est souvent nécessaire pour dépister un psoïtis à son début : le malade étant couché sur le ventre, on saisit la jambe et on porte la cuisse en hypertension d'un côté, puis comparativement de l'autre. Si la cuisse résiste, on doit craindre la présence d'un abcès.

S'agit-il d'un mal de Pott sous-occipital ou cervical haut placé, c'est alors le toucher pharyngien seul qui nous permettra de sentir un abcès antévertébral car il est rare de le voir s'accompagner de phénomènes douloureux ou de troubles de la déglutition.

La Ve lombaire ou le sacrum sont-ils intéressés, le toucher rectal devient indispensable pour dépister un abcès pelvien.

2° Tantôt, au contraire, la constatation d'un abcès pottique redresse une erreur diagnostique et signe la nature de la lésion.

Depuis des mois souvent on a porté un diagnostic de lumbago, de sciatique, de névralgie intercostale, de rhumatisme cervical, ou encore de paraplégie de cause indéterminée. Un abcès apparaît qui révèle et précise l'étiologie de l'affection et modifie le traitement.

3° Enfin, chez un sujet qui mène une existence active; ce sera au cours d'un examen parfois fortuit pour un traumatisme ou un accident du travail par exemple que l'on découvrira l'existence d'un abcès évoluant sans entraîner aucun trouble. Il peut n'exister aucun signe rachidien; et seule une radiographie viendra confirmer l'origine pottique. L'abcès a été le premier signe, mais le premier signe apparent, car le foyer initial évolue déjà depuis des mois, parfois des années.

Ce mode de début du mal de Pott est fréquent chez l'adulte. Cappelle dans sa thèse en a noté 17 cas sur 118 (16 p. 100). Clavelin y insiste; il l'a retrouvé 6 fois sur 26 (près de 25 p. 100); dans 3 cas, le malade avait quelques douleurs, mais si fugaces qu'il n'y attachait aucune importance.

Dans les trois autres cas, il n'existait aucune douleur, si minime fût-elle, tel est le cas de ce paveur, qui, avec un énorme abcès de la fosse illiaque gauche propagé au triangle de Scarpa continuait son métier, et de ce chasseur à pied qui signala la présence d'une ostéite du sacrum par un abcès de la fosse ischio-rectale.

On comprend combien fréquentes ont pu être les fausses interprétations, abcès périnéphrétique, abcès appendiculaire, adénite inguinale, éventration, hernie surtout, puisque ces abcès en bissac subissent souvent l'impulsion de la toux, sont généralement réductibles, et même peuvent permettre, après réduction, l'introduction du doigt dans un anneau qu'on prend pour un collet herniaire (Rœderer), toutes erreurs de diagnostice fort regrettables quand elles conduisent à l'intervention, le malade étant dans ces conditions presque fatalement voué à la fistulisation.

La radiographie a, dans ces conditions, une importance capitale. C'est elle qui va permettre non seulement le diagnostic, mais la localisation du foyer. On peut voir de grosses destructions osseuses contrastant avec la vie active que le malade a jusqu'alors menée, mais souvent ce sont des signes très discrets; il faut rechercher avec soin le pincement de l'interligne, le petit foyer d'ostéite, et avoir recours à l'injection de lipiodol dans la poche, avec mise en position opportune et maintien du sujet pendant une à deux heures environ dans cette attitude choisie. Le lipiodol précisera, avec une remarquable netteté, surtout si l'image est interprétée en stéréoscopie, le point de départ de l'abcès, en permettant d'éliminer les ostéites tuberculeuses juxta-vertébrales (1).

On peut être également surpris par le fait que ce ne sont pas les plus grosses destructions qui donnent naissance au plus grand nombre d'abcès, et nous avons pu assister à la disparition presque complète d'une vertèbre lombaire sans que le malade ait présenté de poche purulente cliniquement appréciable.

Enfin, il faut savoir que, contrairement à l'opinion classique qui nie tout pouvoir ostéogénétique de la tuberculose vertébrale, on peut constater dans le mal de Pott de véritables ostéophytes « en bec de perroquet » jetés en pont entre deux corps vertébraux (Jean et Coureaud, Sorrel, Duguet et Clavelin, Basset). Cette image est particulièrement curieuse quand on la rencontre chez un malade présentant un abcès faisant la preuve de la nature de l'affection et n'ayant pas encore été ponctionné, donc n'ayant pu être infecté secondairement.

Quel est le sort de ces abcès? — A la suite de quelques ponctions régulières et de plus en plus espacées, ils peuvent se résorber en un temps très variable.

Par contre, si le « tuberculome » gagne les plans superficiels, la peau devient adhérente, rougit, puis s'amincit et se perfore. La fistule est créée.

Deux conditions essentielles orientent ainsi ces abcès : d'une part, les conditions de traitement auxquelles le malade est soumis et dont va dépendre son état général, et, d'autre part, les conditions anatomiques : Les abcès du cou et les abcès lombaires,

(1) SIGARD et FORESTIER. Exploration des abcès froids migrateurs au lipiodol, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 23 fév. 1923. — OUDARD et SOLCARD (de Toulon), SORREL, etc.

de moindre volume que les collections iliaques mais trouvant moins d'espace pour s'accroître, ont une plus grande tendance à la fistulation.

La fistule évidemment aggrave le pronostic, car il est bien difficile de tenir strictement aseptique un trajet fistuleux, mais un certain nombre d'entre elles guérissent, surtout les fistules postérieures. Les fistules du psoas sont plus graves et s'accompagnent souvent d'ulcération et de décollement cutanés. Faut-il voir là l'influence de la longueur du trajet, ou le fait qu'étant moins fréquentes, elles évoluent sur un terrain affaibli, moins apte à se défendre? Pour cinq fistules lombaires que nous avons vues se tarir en six à huit mois, il n'y a eu qu'une fistule iliaque, et encore en plus d'un an.

Le sort du malade est dans l'asepsie des pansements. Un abcès infecté est une condamnation quasi fatale. La suppuration interminable finit par l'épuiser et il meurt dans la cachexie avec souvent dégénérescence amyloïde des viscères.

II. Abcès intrarachidiens. — A la région dorsale on assiste à l'évolution d'un syndrome de compression médullaire. M. et Mme Sorrel ne signalent qu'un cas de barrage sous-arachnoïdien par abcès sans signe de paraplégie (1).

Dans les régions cervicales et lombo-sacrées, les abcès déterminent un syndrome de compression radiculaire.

Ces différents types cliniques ont été étudiés avec une précision remarquable dans la thèse de Mme Sorrel-Dejerine.

Paraplégies par compression médullaire. — Leur début en est précoce et leur installation rapide. Vers la fin de la première année, en quelques jours ou en quelques semaines, la fatigue, l'affaiblissement des membres inférieurs s'accroissent, et la paraplégie devient totale, abolissant toute mobilité des membres inférieurs, les adducteurs de la cuisse étant les derniers atteints et restant le plus souvent partiellement conservés.

Le début peut même en être foudroyant, réalisant une véritable « attaque » comme le montre ce cas que nous avons observé chez un malade suspect de mal de Pott; après une phase aiguë de quelques jours et des douleurs thoraciques très vives, s'est installée subitement, au cours même de la visite, une paraplégie à type flasque, qui a évolué ensuite vers la spasmodicité.

On retrouve le même début pour ainsi dire syncopal dans le cas de Duguet : un adjudant qui comparaissait devant une commission de convalescence pour des phénomènes douloureux rebelles, tombe devant les experts, les membres inférieurs frappés brutalement par une paraplégie avec paralysie des sphincters.

La période flasque est toujours très courte. Elle peut même échapper. Et c'est à l'évolution d'une paraplégie spasmodique type en extension que l'on assiste.

Les troubles sensitifs subjectifs et objectifs revêtent une topographie essentiellement radiculaire, existant le plus souvent sur toute la hauteur des segments médullaires sous-jacents à la limite supérieure de la lésion. Leur limite supérieure est nette, non sujette à variations.

Au-dessus des troubles de la sensibilité, il existe parfois des réactions pilo-motrices qui s'étendent plus ou moins haut. Ce qui s'explique par l'irritation de la chaîne sympathique ou des rami communicantes sous l'influence des abcès juxtavertébraux. Mme Sorrel-Dejerine insiste sur l'importance diagnostique de ce symptôme : quand, au cours d'une paraplégie avec discordance apparente entre les troubles sensitifs et les troubles sympathiques, on hésite devant l'étiologie, cette discordance est plutôt en faveur d'une paraplégie pottique. Le mal de Pott est en effet la seule affection qui détermine des lésions extrarachidiennes sous forme de décollements associés à des lésions intrarachidiennes.

L'examen du liquide céphalorachidien montre au-dessous de la lésion la dissociation albumino-cytologique que l'on rencontre dans toutes les compressions médullaires.

Le transit du lipiodol pourra également être recherché après injection dans l'espace occipito-atloïdien. Il montre un arrêt dont la limite inférieure apparaît frangée, souvent différente de l'arrêt par pachyméningite qui a une limite horizontale plus nette.

Cet arrêt persiste tant que la paraplégie reste stationnaire; quand celle-ci régresse, le lipiodol reprend progressivement son transit.

Vers le septième ou huitième mois, les phénomènes sensitifs commencent à rétrocéder en même temps que les troubles moteurs; la force musculaire se rétablit vers le quinzième ou seizième mois. L'image lipiodolée montre que la voie sous-arachnoïdienne est redevenue libre : il y a bien encore accrochage momentané au niveau de la lésion, mais finalement le passage s'opère complètement.

Dans l'ensemble, une telle paraplégie évolue en dix-huit mois, deux ans, laissant parfois comme séquelles une exagération des réflexes tendineux, qui finit par disparaître également.

En résumé, une paraplégie, déterminée par un abcès intrarachidien, est précoce dans son début, rapide dans son installation, le plus souvent complète, revêt une allure d'emblée sérieuse qui pourrait en imposer pour une forme grave, mais guérit le plus souvent sans séquelles en dix-huit mois, deux ans.

On leur oppose les paraplégies par œdème, précoces également, s'installant rapidement, mais qui guérissent en quelques semaines, et les paraplégies par pachyméningite qui sont tardives, s'installent lentement et sont progressivement croissantes pendant des années, restant bien souvent définitives.

Ces notions cliniques ont donc une grande importance pronostique. Ce n'est pas sur la gravité des signes à la période d'état, mais sur la date d'apparition, le mode d'installation qu'il faudra se baser, tout en formulant une grosse réserve, car l'abcès intrarachidien peut secondairement s'accompagner de pachyméningite ou de myélite tuberculeuse. La

(1) M. et Mme Sorrel-Dejerine. *Revue neurol.*, mai 1925.

paraplégie devient alors chronique, sans tendance à la rétrocession.

Paraplégies par compression radiculaire. — Elles sont beaucoup plus rares.

Deux types cliniques sont observés : type cervico-brachial et type lombo-sacré.

Type cervico-brachial. — La compression peut s'exercer sur les racines ou sur les troncs primaires du plexus brachial (compression dans les trous de conjugaison ou abcès intrarachidien), entraînant une paralysie radiculaire généralement unilatérale et segmentaire, sans troubles de la sensibilité mais avec amyotrophie et abolition des réflexes ; ou bien la compression agit à la fois sur les racines et sur la moelle (abcès intrarachidien). Il y a alors quadriplégie. Les manifestations sont radiculaires aux membres supérieurs et médullaires aux membres inférieurs.

Type lombo-sacré. — La compression s'exerce sur les racines de la queue de cheval, avec ou sans participation du cône médullaire. On peut assister à une paraplégie flasque des membres inférieurs mais c'est le plus souvent un syndrome fruste que l'on observe se traduisant seulement par une abolition des réflexes rotuliens et achilléens, persistant parfois longtemps.

III. Abcès juxtavertébraux. — Toujours visibles à la radiographie, ils constituent le signe qui fait porter le diagnostic de mal de Pott, tout au moins chez l'adulte, car le mal de Pott dorsal de l'enfant s'accompagne rapidement d'une gibbosité qui n'échappe pas à l'examen.

L'abcès rétropharyngien se voit nettement ; on peut apprécier son volume, son évolution.

Dans la région cervico-dorsale, les abcès renflés à leur extrémité supérieure prennent une forme caractéristique « en cœur » (Massart et Ducroquet), témoignant leur tendance à fuser vers le haut.

A la partie moyenne de la colonne dorsale, le décollement juxtavertébral se manifeste sous forme de poches globuleuses, uniques ou multiples, circulaires ou triangulaires, « en nid d'hirondelles », mais plus souvent fusiformes avec renflement maximum au niveau du foyer. Ce fuseau situé à peu près symétriquement de chaque côté de la colonne est facile à distinguer de l'ombre de l'aorte que l'on aperçoit sur le flanc gauche.

Par contre il peut être difficile d'indiquer exactement à quelles vertèbres on doit rapporter la collection, d'autant plus que le pus gêne pour la lecture des détails osseux sur le cliché.

Dans la région dorsale inférieure, l'abcès se développe surtout latéralement, car il est bridé par les mouvements du diaphragme qui le comprime à chaque inspiration. Si la tuberculisation atteint la XIIe dorsale on peut apercevoir précocement un flou et une irrégularité du bord externe de l'ombre psoïque qui fera prévoir un envahissement de la gaine du muscle.

Enfin, dans la région lombaire, même dans les cas où aucun signe clinique ne révèle la présence d'un abcès, il est rare que l'on ne puisse voir un élargissement, une irrégularité ou un léger flou de l'ombre psoïque qui témoignent en faveur du mal de Pott. Ces signes parfois fort discrets peuvent être le premier indice d'un abcès qui ne va pas tarder à se développer. Ils peuvent rester les seuls symptômes de la poche purulente.

On peut suivre à la radiographie ces abcès. Les ombres disparaissent très lentement et ne disparaissent jamais complètement car les parois de la poche se crétifient. C'est beaucoup plus par la netteté que prend l'aspect des vertèbres que par la diminution de volume de la poche que l'on pourra juger l'évolution favorable ; pour Roederer, on ne peut, du reste, jamais affirmer que le processus est définitivement éteint ou qu'il ne va pas se réveiller.

Traitement.

Il ne faut pas perdre de vue que l'abcès est le prolongement de la lésion vertébrale. En même temps que le malade sera immobilisé sur un lit dur et plat, on le placera dans les conditions hygiéniques les plus favorables (cure hélio-marine, alimentation substantielle). Si l'on avait fait un corset plâtré, il sera bon de changer le procédé d'immobilisation pour suivre plus facilement l'évolution des abcès.

Abcès migrateurs. — Ils exigent une surveillance étroite. De leur traitement peut dépendre le pronostic du mal de Pott.

Ménard avait autrefois préconisé le curettage de ces abcès, qui généralement était suivi de fistule.

Or, tout doit tendre à éviter la fistulisation, et, plus encore que pour tout autre abcès froid, il importe de connaître les deux principes essentiels : ne jamais les ouvrir ; les empêcher de s'ouvrir spontanément.

La ponction est la méthode de choix. Elle se pratiquera toujours à distance en faisant de longs trajets, en chicane, et de haut en bas.

Faut-il injecter à l'intérieur de ces abcès un liquide modificateur ?

Calot en est partisan et défend sa méthode. Il injecte à l'intérieur de la poche, après en avoir évacué le contenu, 10 à 12 centimètres cubes d'huile créosotée iodoformée ou de naphtol camphré glycériné, qui agirait non seulement sur les parois mais aussi sur le foyer lui-même.

La plupart des chirurgiens ont abandonné ces injections modificatrices. Il paraît en effet illusoire que quelques centimètres cubes de liquide puissent imprégner suffisamment une surface aussi étendue.

L'abcès est-il fistulisé, c'est par une asepsie rigoureuse que l'on évitera l'infection secondaire. Des applications de rayons ultraviolets ont souvent une action favorable, diminuant après quelques séances la suppuration et activant la cicatrisation.

A l'hôpital Percy, nous y associons la calcithérapie par voie buccale, ou mieux par voie intraveineuse. Le chlorure de calcium semble être le sel de chaux le mieux absorbé. Il est injecté en solution très diluée ne dépassant pas 1,5 p. 100 et à dose progressivement croissante jusqu'à 250 centimètres cubes. Les injections sont renouvelées tous les deux

jours en deux séries de quinze injections, chacune séparée par un intervalle de quinze jours. Sa fixation est favorisée par la lumière et les rayons ultraviolets.

Cette thérapeutique, sans aucun danger, a toujours eu une action favorisante sur l'état général du malade.

Delore attribue les heureux effets des sels de calcium dans la tuberculose moins à la recalcification qu'à leur activation des diastases, à leur action de stimulation de la phagocytose et à leur action antitoxique (1).

Abcès juxtavertébraux. — Se basant sur le fait qu'un abcès intrarachidien communique généralement avec une poche extrarachidienne, M. et Mme Sorrel-Dejerine ont pu dans cinq cas de paraplégie ponctionner des abcès paravertébraux entre deux côtes. La technique leur a semblé simple et sans danger, mais ils n'ont pu apprécier de résultats bienfaisants sur l'évolution des phénomènes nerveux, même dans les cas où la ponction permit de retirer une assez grosse quantité de liquide.

La tension du pus à l'intérieur de la poche ne suffit pas en effet à elle seule pour expliquer la paraplégie. Les troubles circulatoires semblent jouer un rôle important.

Abcès intrarachidiens. — La chirurgie n'a pas voulu rester impuissante devant eux.

Chipault, le premier, a préconisé la laminectomie, opération qui donnait 30 p. 100 de morts et qui a vite paru illogique, puisque c'est dans la partie antérieure du canal que la moelle est comprimée; elle était de plus dangereuse en compromettant la consolidation ultérieure du foyer pottique.

Fraser ensuite indique la laminotomie, simple élargissement du canal par libération de l'arc postérieur, puis c'est Ménard qui met en valeur la costo-transversectomie, qui lui permet d'aborder latéralement l'abcès et de le drainer par cette voie. Sur 23 interventions il n'a pas eu un décès immédiat. Dans 13 cas seulement, l'amélioration fut sensible. Toutes ont été suivies de fistulisation.

Calvé enfin, récemment, a eu l'idée de ponctionner les abcès antémédullaires par cathétérisme du trou de conjugaison à l'aide d'un trocart de courbure appropriée. La technique même semble aisée. Sorrel lui reproche d'être aveugle et dangereuse; la manœuvre n'a été guère employée jusqu'ici que par l'auteur qui a pu, dans quelques cas, observer des améliorations sensibles.

L'abcès intrarachidien se résorbe lentement mais presque toujours complètement par l'immobilisation rigoureuse, et c'est là encore à l'heure actuelle le traitement de choix associé au traitement de l'état général. La proportion des guérisons est considérable quand l'immobilisation a été instituée précocement [90 p. 100 (Sorrel)].

La thérapeutique chirurgicale, quoique ayant beaucoup tenté, doit donc souvent s'incliner devant la méthode orthopédique simple et les pratiques physiothérapiques.

(1) DELORE. Sur le métabolisme du calcium et la calcithérapie dans la tuberculose, *Lyon méd.*, 19 sept. 1926.

QUELQUES TRAVAUX BIBLIOGRAPHIQUES

1. CALVÉ. Traitement des paraplégies graves pottiques par le cathétérisme du trou de conjugaison, *Arch. franco-belges de chir.*, mars 1926.
2. CLAVELIN. Le diagnostic du mal de Pott latent chez l'adulte, *Revue de chir.*, déc. 1923.
3. CLAVELIN. Au sujet des formes cliniques du mal de Pott de l'adulte, *Bull. méd.*, 30 oct. 1926.
4. LANCE. *La Tuberculose vertébrale*, Bibliothèque des Connaissances médicales, Flammarion, 1923.
5. MASSART et DUCROQUET. La recherche des abcès du mal de Pott par la radiographie, *Arch. franco-belges de chir.*, mars 1926.
6. MÉNARD. *Etude pratique du mal de Pott*, 1900.
7. ROEDERER. Quelques considérations sur le mal de Pott, *Bull. méd.*, 30 oct. 1926.
8. Mme SORREL-DEJERINE. Contribution à l'étude des paraplégies pottiques, *Th. de Paris*, Masson, 1925.
9. SORREL et Mme SORREL-DEJERINE. Traitement des paraplégies pottiques d'après leurs formes anatomo-cliniques, *Arch. franco-belges de chir.*, mars 1926.

JOURNÉES MÉDICALES MARSEILLAISES ET COLONIALES [1]

(21-23 avril 1927)

DEUXIÈME JOURNÉE (VENDREDI 22 AVRIL 1927)

Dans la matinée les organisateurs avaient prévu une réception par la Chambre de Commerce, au Palais de la Bourse merveilleusement décoré pour la venue de M. le Président de la République. Les adhérents furent très aimablement reçus par M. Rastoin, président de la Chambre de Commerce et les membres de la très ancienne Compagnie. M. le président Olmer le remercia au nom des congressistes.

On se dirigea ensuite vers le vieux port où tous embarquèrent sur les vapeurs *Bois-Sacré* et *Saint-Mandrier*. La visite des ports retint l'attention passionnée des congressistes. Ils visitèrent les installations sanitaires sous la conduite de l'aimable docteur Ribot, directeur du Service de la santé de Marseille. Ils eurent enfin l'honneur de voir avant le Président de la République, le prodigieux tunnel du Rove qui relie maintenant l'étang de Berre aux ports de Marseille. Au retour on passa par le Frioul où se trouve le fameux lazaret.

A midi, l'appétit merveilleusement ouvert par cette promenade matinale, les congressistes furent reçus par notre confrère *Marseille médical* à la fameuse Réserve de la Corniche. C'est un des endroits les plus pittoresques de France et la somptueuse hospitalité qui leur fut offerte a laissé aux congressistes la plus haute estime pour la cuisine marseillaise. Au dessert notre ami Léon Imbert, le docteur Audibert, adjoint au maire, le professeur Alezaïs, le docteur Léopold Mayer (de Bruxelles), M. Padé, recteur de l'Académie, M. Gley, président de l'Académie de médecine, exprimèrent les uns des vœux de bienvenue, les autres des remerciements émus. Ils le firent tous très spirituellement et très gaiement.

L'après-midi avait lieu, au Grand Palais, la *conférence militaire* de M. le médecin-major Gensollen *sur le service de santé divisionnaire en montagne*. Nous avons dit tout l'intérêt de cette organisation due à M. le médecin-inspecteur Oberlé, et à M. Gensollen. En vérité, il est impossible de faire une

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 35, p. 579.

période d'instruction aussi rapidement, aussi utilement et d'une façon plus agréable.

On entendit ensuite deux conférences chirurgicales, l'une du professeur Léopold Mayer (de Bruxelles), secrétaire général de l'Association internationale de chirurgie, *Sur les acquisitions récentes dans le traitement du cancer*, l'autre du professeur Léon Imbert (de Marseille) sur la *Greffe osseuse*. Elles furent particulièrement claires, complètes et grandement appréciées.

Enfin, le soir, à 21 heures, l'Hôtel de Ville ouvrit ses portes aux congressistes. Notre confrère, le docteur Flaissières, maire de Marseille, salua en des termes heureux les congressistes et leur fit, avec la meilleure grâce, les honneurs du Palais municipal.

TROISIÈME JOURNÉE (SAMEDI 23 AOUT)

Cette troisième journée fut entièrement consacrée au travail.

A 9 heures, au Grand Palais :

Le docteur DARCISSAC, stomatologiste des hôpitaux de Paris, fit une conférence sur l'*Importance de la prothèse en chirurgie réparatrice faciale*, avec projections, suivie de la présentation d'un film cinématographique. *Le traitement orthopédique des fractures horizontales du maxillaire supérieur* (technique de l'auteur).

A la même heure, à l'Hôtel-Dieu, eut lieu la réunion solennelle de la Société oto-neuro-oculistique du Sud-Est. On entendit les communications suivantes : M. BARRÉ (de Strasbourg) : *Variation de l'acuité auditive sous l'influence de l'électrisation galvanique. Contribution à l'électro-diagnostic du nerf cochléaire et au diagnostic des surdités.*

MM. SICARD, ROGER et REBOUL-LACHAUX : *Hémisyndrome sensitif droit, séquelle tardive d'un abcès cérébelleux gauche opéré il y a dix ans.*

MM. MOLINIÉ et PALIARD : 1. *Tumeur de la voûte palatine avec hypoesthésie et troubles paresthésiques dans le territoire du nerf sous-orbitaire droit*; 2. *Paralysies multiples des nerfs craniens d'origine traumatique.*

MM. ROGER, REBOUL-LACHAUX et MONTAGNIER : *Hémicraniose avec exophtalmie.*

M. AUBARET : *Les strabismes papillaires.*

MM. BRÉMOND, ROGER, FARNARIER et A. MICHEL : *Ostéome temporal très volumineux avec exophtalmie et atrophie optique; crises comitiales guéries par intervention.*

MM. ROGER, SIMÉON et DENIZET : *Infantilisme et polyurie par tumeur de l'hypophyse avec élargissement de la selle turcique, sans symptômes oculaires.*

A 9 h. 30, à l'Hôtel-Dieu, au laboratoire des Cliniques, réunion de la Société de biologie de Marseille avec l'ordre du jour suivant :

MM. J. SILHOL et ROUSLACROIX : *Les épiploïtes envisagées du point de vue anatomo-clinique.*

M. COSTA : *Les vaccins formolés.*

M. ROMIEU : *Sur la détection histo-chimique des lécithines.*

M. LAUTIER : *Bactériologie du rhumatisme.*

A 10 h. 30, au Grand Palais, sous la présidence de M. le professeur AUDIBERT, président de la Section marseillaise; réunion plénière de l'U. M. F. I. A. (Union médicale franco-ibéro-américaine), avec conférence de M. le professeur CUELLAR sur : *Le problème de l'opium et autres stupéfiants, et la Société des Nations.*

A 14 h. 30, au Grand Palais, deuxième conférence militaire : *L'appareillage des fractures de guerre*, par le médecin-major MADRANGES; conférence suivie d'une démonstration pratique des appareils de transport du service de santé militaire.

A 16 heures, enfin, au Grand Palais, M. le professeur

SICARD (de Paris) fit une remarquable conférence sur : *Les compressions rachidiennes.*

On voit que ce programme scientifique était très chargé mais très varié, et que chacun suivant ses goûts ou sa spécialité put occuper son temps de la façon la plus utile.

Le soir eut lieu sous la présidence du ministre des Colonies, dans la salle de la Cigale, au Rond Point du Prado, le grand banquet de clôture. Obligé de quitter Marseille avant la fin des Journées, nous n'avons pu y assister, mais nous savons qu'il fut digne de la grande hospitalité marseillaise dont nous avons goûté la somptuosité et le charme.

Ces Journées furent un grand succès dont nous tenons encore à féliciter très vivement les organisateurs.

F. L. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 MAI 1927)

Nouvelle contribution à la connaissance de la conjonctivite granuleuse naturelle du lapin. — MM. Charles NICOLLE et U. LUMBROSO apportent des faits expérimentaux qui prouvent que le virus du lapin détermine une conjonctivite granuleuse qui diffère du trachome par sa longue incubation et sa localisation primitive et principale à la paupière inférieure. Ce virus, comme celui du trachome, traverse les bougies filtrantes.

On doit suspecter comme étant d'origine non humaine les conjonctivites granuleuses de l'homme qui ont leur localisation primitive et principale aux paupières inférieures.

Origine et évolution du cancer. — M. Jules AMAR (ouverture d'un pli cacheté déposé le 5 février 1923). L'objet de ce travail est de démontrer que le cancer est une maladie parasitaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 MAI 1927)

L'épidémie récente de diphtérie et les causes de sa gravité. — M. Pierre LEREBOULLET. La diphtérie a sévi d'une manière anormalement grave à Paris au cours de l'hiver dernier. La statistique du pavillon des Enfants-Malades montre que de moins de 5 p. 100 en moyenne dans ces dernières années, la mortalité s'est élevée à plus de 12 p. 100 et a atteint en janvier 18 p. 100, chiffre relativement élevé; elle a dépassé 50 p. 100 pour les diphtéries malignes. Si on cherche les causes de cette gravité, on voit que la malignité plus précoce et plus grande des angines et des croups, si réelle qu'elle soit, n'est responsable que d'une partie des cas mortels et que, dans la majorité de ceux-ci, la mort tient aux affections associées et secondaires, beaucoup plus fréquentes que dans les périodes précédentes. Les strepto-diphtéries, exceptionnelles ces dernières années, ont été maintes fois rencontrées, le streptocoque s'y retrouvant non seulement dans la gorge, mais dans le sang. Les pneumococcies virulentes ont été anormalement fréquentes, et M. Lereboullet a, avec M. Marcel David, observé plusieurs cas dans lesquels le pneumocoque put être décelé par hémoculture dès les premiers jours de la maladie, d'autres cas de pleurésie purulente, d'arthrite à pneumocoques, de broncho-pneumonies à pneumocoques. Cette fréquence relative des pneumococcies associées semble l'une des principales raisons de la gravité récente de la diphtérie. D'autres infections encore, comme la rougeole, la varicelle et certaines infections broncho-pulmonaires sont venues compliquer la diphtérie.

A côté du virus diphtérique, il faut donc reconnaître l'importance primordiale des infections associées et secondaires; celles-ci semblent en grande partie le fait de l'épidémie grippale concomitante; la grippe a amené son cortège habituel d'infections pneumococciques ou autres qui lui ont survécu et ont compliqué et aggravé la diphtérie. C'est à l'importance de ce facteur, et non à une moindre activité du sérum, qu'il faut surtout attribuer la recrudescence de la mortalité par diphtérie, actuellement heureusement enrayée.

La chronaxie dans la démence précoce. Individualisation des formes catatoniques par la chronaxie. — MM. CLAUDE, C. BOURGUIGNON et H. BARUK.

Action de l'émanation de radium dans les états septiques graves. — MM. Roger FISCHER et Henri WOHLERS.

Spirochétose bronchiale avec éruption cutanée. — M. MIRONESCO.

Les résultats du pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose infantile. — M. ARMAND-DELILLE. Une expérience portant sur plus de 300 enfants permet d'affirmer que le pneumothorax thérapeutique qui est d'une innocuité parfaite, uni ou bilatéral, est actuellement le seul mode de traitement qui permette chez l'enfant, dont la tuberculose ulcéreuse du poumon est considérée comme fatale par tous les classiques, d'obtenir non seulement l'arrêt de cette évolution, mais même dans un très grand nombre de cas sa guérison.

LIVRES NOUVEAUX

Précis des maladies vénériennes (1), par AUGAGNEUR et CARLE, 3e édition revue, corrigée et augmentée par M. CARLE et Jean LACASSAGNE, ancien chef et chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lyon, médecins du Service sanitaire.

Depuis plus de vingt ans déjà, ce *Précis des maladies vénériennes* est l'ouvrage classique des étudiants et des praticiens. Des éditions précédentes, on retrouvera les descriptions cliniques, claires et précises, les grands principes d'hygiène et de thérapeutique, les idées générales, étiologiques ou pathogéniques, mises à la portée de tous. Les auteurs se sont toujours attachés aux types les plus fréquemment observés, aux vérités bien établies, accordant aux faits exceptionnels, aux idées discutables ou trop nouvelles, la part qui leur revient, suffisante pour permettre une citation ou des interprétations. En somme, rien de changé dans l'esprit même de l'ouvrage, qui lui a valu son succès.

Mais il a fallu beaucoup modifier et transformer, pour mettre ce volume au goût du jour. De même qu'il se présente sous une forme plus moderne, de même son adaptation scientifique reflète les progrès accomplis depuis la guerre, dans l'ordre théorique et pratique. Les grandes découvertes étaient déjà connues — mais il n'en est pas une qui n'ait subi d'importantes transformations. Les techniques bactériologiques ont été perfectionnées, la sérologie mise au point, la vaccinothérapie créée tout entière, la thérapeutique étendue et réglementée. Toutes ces questions d'avant-garde ont été abordées, avec les références nécessaires pour permettre aux intéressés une étude plus détaillée ou plus complète.

En somme, cet ouvrage reste le meilleur résumé des connaissances du passé; en même temps que le meilleur point de vue sur les perspectives d'avenir.

L. G.

(1) Un volume in-8 de 660 pages avec 44 figures dans le texte et 8 planches en couleurs hors texte. — Prix : cartonné toile, 50 fr., plus hausse 40 p. 100, soit 70 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LE JEUDI 9 JUIN 1927

à 14 h. 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication en un seul lot, et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *Bandages, Pessaires, Bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette Administration pendant le deuxième semestre 1927. L'importance du marché est évaluée avant adjudication à *100.000 francs.*

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au samedi 28 mai 1927.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : **65** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San-Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : **75** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (nomination). — *Epreuve clinique.* — Séance du 13 mai. — MM. Marchal, Turpin, de Gennes et Tzanck, 20.

Total : MM. de Gennes, 40 ; Tzanck, 39,72 ; Marchal, 39,54 ; Turpin, 38,63.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 13 mai. — MM. Braine, 18 ; Petit-Dutaillis, 20 ; Michon, 17.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Lévy-Solal, Chifoliau, Bouffe de Saint-Blaise, Le Lorin, Devraigne, Villaret, Macé.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Mespoulous, Lebedinsky, Fargin-Fayolle, Moqué, Darré, Cunéo, Rousseau-Delille.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Maingot, Ramond (Félix), Mme de Brancas, MM. Laquerrière, Guibert, Mauclaire, Gosset.

— CONCOURS D'ASSISTANTS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Pestel, Weissenbach, Bourguignon, Lenormant, Macé, Laquerrière, Detré.

Epreuve écrite. — Séance du 12 mai. — MM. Azan, 4 ; Beau, 5 ; Blondeau, 4 1/2 ; Brenneau, 4 ; Couneux, 5 ; Deruas, 4 ; Desgrez, 4 1/2 ; Dioclès, 5 ; Dupouy, Fidon et Gadreau, 3 ; Gauillard, 4 ; Guillery, 2 1/2 ; Humbert, 3 ; Kimpel, 4 ; Moret, 4 1/2 ; Pierron, 2 1/2 ; Prévost, 3 ; Quivy, 4 ; Reneaux, 2 1/2.

Séance du 16 mai. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Couneux, 23 ; Quivy et Dioclès, 22 ; Mores, 21 1/2 ; Sidon, Gadreau et Gauillard, 20 ; Desgrez, 19 1/2 ; Humbert et Vau, 19 ; Brenneau, 17 ; Guillery, 16 1/2 ; Quimpel, 15 ; Blondeau, 14 1/2 ; Dupouy, 14.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE : — Les professeurs, les chargés de cours et les suppléants de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, qui sont pourvus du grade de docteur ou de pharmacien de 1re classe, sont convoqués, le mercredi 8 juin 1927, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Grenoble.

SANATORIUMS PUBLICS. — Un décret dispose que, à titre transitoire et jusqu'au 10 août 1930, les docteurs en médecine ne justifiant pas de deux ans de stage comme médecins adjoints pourront être admis à concourir en vue de leur inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecins directeurs, pourvu qu'ils remplissent les autres conditions exigées. Toutefois, il ne sera procédé à leur nomination qu'à défaut d'inscription de médecins adjoints ayant deux ans de fonctions. (*J. O.*, 13 mai 1927.)

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

JUSTICE. — *Au grade d'officier.* — M. Lesné, médecin consultant des maisons de la Légion d'honneur, médecin chef de l'hôpital Trousseau.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or a été décernée à M. le docteur Fernand Ferriol, médecin de la santé et de l'hygiène publiques à Marrakech.

SALON DES MÉDECINS. — Le huitième Salon des médecins sera ouvert du 22 mai, à 2 h., au 31 mai inclus, tous les jours,

de 10 h. à midi et de 2 h. à 6 h., au Cercle de la librairie, 117, boulevard Saint-Germain.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Léon Lambert, ancien médecin chef de l'hôpital général de Valenciennes, décédé à Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. (Professeur : M. Georges GUILLAIN.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière et du système nerveux périphérique.* — Un cours de perfectionnement sera fait à la Salpêtrière par MM. Th. Alajouanine, médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique; L. Girot, J. Périsson, N. Péron, A. Thévenard, chefs de clinique; P. Léchelle, médecin des hôpitaux; P. Mathieu, ancien chef de clinique; Bourguignon, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière; H. Lagrange, ophtalmologiste de la clinique; Truffert, oto-rhino-laryngologiste de la clinique.

Ce cours clinique, avec présentation de malades, comportera deux séries de 16 leçons : la première série commencera le mardi 31 mai 1927, à 15 h., à l'amphithéâtre de la clinique Charcot, et comportera 2 leçons par jour, l'après-midi; la deuxième série commencera le vendredi 17 juin, à 15 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription pour chacune de ces séries : 250 fr.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Hôpital de La Charité.) — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose*, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, du 13 juin au 9 juillet 1927 inclus, par M. le professeur Emile SERGENT, avec la collaboration de MM. Babonneix, Bertier, Fr. Bordet, Cottenot, Courcoux, Couvreux, H. Durand, Evrot, Genevrier, Mme Gouin, MM. Grellety-Bosviel, Haas, d'Heucqueville, Kuss, G. Laurens, Louste, Mignot, Oury, Pignot, Pruvost, Ribadeau Dumas, Turpin et Viguerie.

Exercices pratiques (l'après-midi). — Stage hospitalier (le matin).

Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux boursiers du Comité national de défense contre la tuberculose (s'adresser 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs), et aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription. Les conférences théoriques seront publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Les droits d'inscription sont de 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h. Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Ouverture du cours : le lundi 13 juin, à 9 h. 1/2, à la Charité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE ET D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE. — *Cours complémentaire de radiodiagnostic clinique.* — A partir du mercredi 18 mai 1927, il sera fait, sous la direction de M. le professeur Réchou, un cours complémentaire de radiodiagnostic clinique, qui sera complet en deux parties. Les conférences auront lieu deux fois par semaine, les mercredis et vendredis, à 9 h. du matin, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël, près l'hôpital Saint-André, 3, rue Jean-Burguet; elles seront accompagnées de projections de clichés, et de films, et suivies de démonstrations pratiques.

ENSEIGNEMENT DE LA PHTISIOLOGIE. — *Semaine de perfectionnement*, du lundi 30 mai au samedi 4 juin, par le professeur Leuret, avec la collaboration des docteurs Secousse, F. Piéchaud, médecin des hôpitaux: Caussimon, médecin-résidant du sanatorium de Feuillas; Philip, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux; professeur agrégé Aubertin; docteurs Aumont, Lamothe, assistants au sanatorium; L. Cruchet, médecin des dispensaires; docteurs Fontan, chef de clinique à la Faculté; Colbert (de Cambo), Creignou (des Eaux-Bonnes), Crouzet (de Pau), Michel (d'Arcachon), et Delmas, interne des hôpitaux.

L'enseignement aura lieu tous les matins, de 9 h. à midi, au sanatorium de Feuillas (Pessac), tramway de l'Alouette, sous forme de courtes conférences accompagnées de démonstrations et de manipulations, sur tous les sujets touchant la tuberculose qui ont été l'objet de recherches spéciales dans ces dernières années.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ASILE D'ALIÉNÉS DE BREUTY-LA-COURONNE. — Poste d'interne vacant à l'asile d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente). Traitement de début : 3.300 fr.; interne-docteur : 3.600 fr., nourri, logé, chauffé, éclairé, blanchi. — S'adresser au directeur.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — PARIS A MOINS DE DEUX JOURS D'ALGER EN PASSANT PAR MARSEILLE. — Combien faut-il de temps pour se rendre de Paris à Alger? Moins de deux jours, en passant par Marseille reliée aux principaux centres métropolitains par des trains à marche rapide et à la capitale algérienne par des paquebots du type le plus vite et le plus luxueux.

Le grand nombre, la fréquence, la régularité des services maritimes correspond, dans les deux sens, au grand nombre, à la fréquence, à la régularité des services par chemin de fer.

Il n'est, en effet, pas de port mieux desservi que Marseille par des trains à marche rapide composés du matériel le plus confortable, avec voitures directes en provenance ou à destination des principales villes de France et des capitales du continent.

Ainsi, la métropole est en liaison journalière constante avec l'Algérie dont les voies ferrées, au départ d'Alger, conduisent commodément vers l'Oranie, les oasis sahariennes, la province de Constantine et la Tunisie, tandis que des services d'automobiles parfaitement organisés permettent de visiter, dans les meilleures conditions de confort et de rapidité, les régions si pittoresques et hier encore inaccessibles aux touristes, de la Kabylie, de l'Aurès, du M'Zab, des Chotts et du Grand Erg.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

AFFECTIONS DE L'APPAREIL DIGESTIF

Par M. le docteur Edouard ANTOINE,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA GLACIÈRE.

I. AFFECTIONS DE L'ŒSOPHAGE

Directives du traitement du cancer de l'œsophage. (Jeanneney. *Concours méd.*, 23 janv. 1927.) — Le cancer de l'œsophage est un des plus graves, entraînant rapidement des phénomènes de dénutrition et de cachexie. Il importe de faire un diagnostic précoce. Toutes les fois qu'une sténose progressive de l'œsophage survient sans cause chez un homme après quarante ans, il faut songer au cancer de l'œsophage. La dysphagie progressive et l'amaigrissement sont les deux symptômes cardinaux; ils devront être complétés par la radioscopie et l'œsophagoscopie.

Le traitement chirurgical est théoriquement un traitement d'exérèse large enlevant en bloc tumeur et ganglion, mais malheureusement il n'y a que 18 p. 100 de cancers cervicaux accessibles, le reste étant représenté par des cancers thoraciques dont l'abord chirurgical ne paraît guère possible. D'ailleurs, l'infection péri-œsophagienne et la propagation lymphatique rapide rendent l'exérèse chirurgicale des plus graves. L'œsophagectomie cervicale ne donne qu'une survie d'environ 10 p. 100. Quant à l'œsophagectomie thoracique ses résultats sont encore pires. On en arrive donc en pratique à une chirurgie palliative, chirurgie de déviation; pour les cancers cervicaux on pratiquera l'œsophagostomie, pour les cancers thoraciques la gastrostomie. Cette dernière opération constitue la base de la chirurgie palliative du cancer de l'œsophage.

La radiothérapie pénétrante a été tentée sans grand résultat; les résultats de la curiethérapie n'ont guère été plus brillants (curiethérapie par foyer interne ou par foyers externes (de Nabias).

Traitement du cancer de l'œsophage par la radiumthérapie. (Guisez. *Soc. des chir. de Paris*, 12 mars 1926.) — La technique est des plus simples : les tubes de Dominici fixés à un double fil de laiton relié à un fil de soie et attachés bout à bout sont introduits dans la sonde porte-radium et repérés exactement. On mesure la distance qui les sépare de l'extrémité supérieure et l'on s'arrange pour qu'ils correspondent exactement au niveau de la sténose. Les doses suffisantes de bromure de radium sont au moins de 10 centigrammes répartis en plusieurs tubes et entourés de filtres très épais. Ces applications sont faites tous les deux jours de six à huit heures, sept à huit séances en tout. Les résultats sont favorables, les bourgeons ne saignant plus.

Les septicémies d'origine bucco-dentaire. (Brelet. *Gaz. des hôpit.*, 9 fév. 1927, n° 12.) — Mise au point de la question d'après les thèses de Bascou (de Paris), Bazin (de Paris), et Debourg (de Lyon).

II. AFFECTIONS DE L'ESTOMAC

La méthode de Shippy dans le traitement de l'ulcère peptique. (Laporte. *Soc. méd. des hôpit.*, 24 déc. 1926.) — Cette méthode consiste en l'association du régime et des alcalins. Pendant trois semaines le malade garde le lit et fait de sept heures à dix-neuf heures un repas toutes les heures (lait, bouillies, pain grillé, beurre, œuf cru, purée de pommes de terre, de légumes verts ou secs, compotes de fruits) de 100 grammes chacun, suivi au bout d'une demi-heure de l'ingestion d'un paquet alcalin : bicarbonate et magnésie, bicarbonate et craie. Après le dernier repas, prise de trois de ces paquets à une demi-heure d'intervalle. M. Laporte a recours à la méthode de Shippy depuis cinq ans et elle lui a donné d'excellents résultats.

Une variété particulière de biloculation gastrique. (Macaigne et Baize. *Presse méd.*, 5 mai 1926, n° 36.) — Il s'agit en réalité d'un simple aspect radiologique, d'une fausse biloculation gastrique liée à la distension de la paroi postérieure de la grosse tubérosité sans sténose sous-jacente ni lésion organique de l'estomac; c'est l'estomac en cascade que connaissent bien tous ceux qui font de la radiologie gastrique. Il y a dans ces cas une association d'aérocolie et d'aérophagie. Les auteurs admettent aussi l'existence d'un point faible de la paroi de la tubérosité gastrique qui constitue une zone de moindre résistance à la distension gazeuse.

Amaurose consécutive à une hémorragie gastro-intestinale. (Coyon et Willemin Clog. *Soc. méd. des hôpit.*, 21 janv. 1927.)

Le mérycisme. (Paris. *Gaz. des hôpit.*, déc. 1926, n° 99.)

La périgastrite lacunaire des gastro-entérostomisés. (Gutmann et Jahiel. *Presse méd.*, nov. 1926, n° 93.) — La périgastrite diffuse banale a une étiologie spéciale (opérations multiples : péritonite tuberculeuse, fibreuse, etc.). Les rayons X montrent que son origine et son développement sont diffus autour de la bouche anastomotique. Elle s'étend, morcelle, bride, tiraille mais ne creuse pas. La périgastrite lacunaire touche moins l'état général que le cancer; elle donne des douleurs moins vives que l'ulcus peptique. La radioscopie montre une lacune à bords flous, mais celle-ci n'est pas immuable, elle peut s'effacer sous la pression du contenu gastrique comprimé à la main, elle se reforme dès que la pression cesse; elle paraît due au matelassage d'un point limité de l'estomac par des adhérences qui n'ont pas l'inflexibilité du tissu cancéreux. La radiographie fixe les caractères de cet aspect lacunaire, ses bords floconneux. La nature de cette périgastrite lacunaire est vraisemblablement infectieuse. Son traitement doit être d'abord médical : application de diathermie, belladone et atropine; régime composé d'aliments facilement évacuables. Dans les cas rebelles on réopérera pour détruire les adhérences, dégager les anses ou même faire une pyloroplastie ou une nouvelle gastro-entérostomie en territoire sain.

Les cancers de l'estomac avec insuffisance pylorique. (Timbal. *Paris méd.*, 25 avril 1925.) — Dans ce cas, l'insuffisance pylorique tient à deux causes : soit à une induration en nappe due à la linite plastique, soit plus fréquemment à un trouble fonctionnel intéressant le pneumogastrique et empêchant le réflexe normal de fermeture du pylore.

Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs bénignes de l'estomac. (*Paris médi.*, n° 14, 1925.) — Anatomiquement, les tumeurs bénignes de l'estomac peuvent être des adénomes de la muqueuse gastrique ; 2° des fibromes ou lipomes développés dans la sous-muqueuse ; 3° des myomes ; 4° des neuro-fibromes, des glyomes périphériques ou neurinomes. Ces tumeurs ne se révèlent cliniquement que par leurs complications : hémorragies et obstacles pyloriques. Parfois, elles sont volumineuses et perceptibles à la palpation. La gastrectomie avec examen histologique nécessaire.

La douleur objective épigastrique, symptomatique des ulcères de l'estomac. (Ferry. *Strasbourg méd.*, 5 avril 1926.) — Dans toute lésion organique gastrique, il existe sur la région épisgastrique du malade une zone de sensibilité limitée où l'hyperesthésie cutanée, la défense musculaire faible, la douleur provoquée, sont nettes. Cette constatation permet de prévoir par l'examen clinique simple la notion approximative du siège de la lésion : estomac, pylore ou duodénum. Une palpation superficielle par la pulpe d'un seul doigt, paraît d'absolue nécessité pour déterminer l'existence de ces zones d'une façon précise.

Le vertige gastrique. (Pernet. *L'Hôpital*, mars 1926, B.) — Le vertige dit gastrique est presque toujours dû à une affection de l'oreille interne ou externe, mais les troubles dyspeptiques contribuent à le déclencher, à l'entretenir ou à l'accroître. Il faut soigner l'état dyspeptique coïncidant avec l'état auriculaire, mais il n'y a pas de trouble stomacal qui soit spécialement lié au vertige. Cet état dyspeptique varie avec chaque individu Il faut aussi soigner les causes directes auriculaires, hypertensives, nerveuses, etc. Dans les cas où l'on ne parvient pas à guérir les vertiges, on pourra essayer le Gardenal que l'on donnera au réveil ou au dîner, à la dose de 5 à 20 centigrammes. Dans les grands vertiges rebelles, la ponction lombaire sera souvent le remède héroïque qui amènera une amélioration rapide et prolongée.

Angine de poitrine et aérophagie. (Lian et Flora. *La Médecine*, mars 1926.)

L'angine de poitrine dans l'aérophagie. (Lian et Blondel. *Année méd. pratique*, 1927.)

Ces auteurs pensent que le syndrome angine de poitrine peut, en l'absence d'une affection cardio-vasculaire, être causé par une grande distension gazeuse de l'estomac ou du côlon. Les accès angineux, d'origine aéro-gastro-colique, surviennent soit au repas, soit à l'occasion d'un effort, d'une émotion ; ils se produisent plus facilement au voisinage des repas, souvent au début même du repas. La douleur commence dans la région sus-mammaire gauche avant de gagner la région précordiale et le bras gauche. Elle est de durée et d'intensité variable et peut se compliquer de lipothymie. Les crises peuvent disparaître sous l'influence d'une médication antidyspeptique. Le diagnostic sera posé par l'absence de signes d'une affection cardio-vasculaire à un examen clinique et radiologique minutieux, et d'autre part, si le malade présente des signes cliniques et radiologiques nets on pourra envisager comme assez probable l'étiologie aéro-gastro-colique. Comme traitement conseils diététiques habituels : carbonate de bismuth, bromure de sodium, gymnastique respiratoire, belladone sous forme de teinture ou de pilules de Trousseau ; enfin, diathermie.

Sur quelques grands syndromes en pathologie gastrique. (Cerf. *Bruxelles méd.*, 30 mai 1926.) — L'importance des méthodes nouvelles ne doit pas faire négliger l'interrogatoire méthodique du malade. Les symptômes douleur et vomissement peuvent constituer des indications précieuses pour le clinicien. Le rythme douloureux de l'ulcus gastrique serait un rythme à quatre temps (repas, bien-être, douleur, bien-être). Le rythme douloureux de l'ulcus duodénal serait à trois temps (repas, bien-être, douleur, repas, etc.). Les douleurs peuvent se produire par crises de plusieurs jours, généralement accompagnées de vomissements et d'hypersécrétion. Le vomissement provient de l'estomac et peut être réflexe (irritation abdominale) ou toxique (intoxication exogène ou endogène, urémie) ou d'origine centrale (vomissements hystériques).

III. DUODENUM

De la valeur diagnostique des douleurs thoraciques dans les ulcères perforés du duodénum. (Desmarest. *La Presse médicale*, 26 septembre 1926.) — Les deux signes capitaux de la perforation duodénale sont la douleur et la contracture des muscles de l'abdomen. La douleur atroce, déchirante, syncopale, d'emblée mal localisée est le signe d'une perforation d'un organe creux qui survient en pleine santé. La contracture abdominale est aussitôt généralisée. Le pouls reste normal au début et la température ne dépasse pas 37°8. Il n'existe pas toujours dans les antécédents de syndrome pylorique ou pyloro-duodénal en faveur d'un ulcus. Cependant, l'irradiation douloureuse peut donner un précieux enseignement : la douleur initiale, toujours à prédominance épigastrique, irradie dans le thorax, douleur haute, irradiée en arrière et à droite, vers l'omoplate. On doit toujours rechercher avec grand soin les douleurs à localisation thoracique ou scapulaire, rechercher les points douloureux sus-claviculaires, car ils indiquent le siège de la perforation sur la face antérieure du duodénum. Ces douleurs sont l'expression clinique de l'irritation du péritoine sous-hépatique.

La pyloro-duodénite. (Bouchut et Ravault. *Soc. méd. des hôp.*, 16 novembre 1926.) — Les auteurs ont observé des cas où le diagnostic d'ulcère gastrique ou duodénal paraissait s'imposer et où à l'intervention chirurgicale, on ne trouva ni ulcère, ni alternation grossière de l'estomac, ni lésion à distance, vésiculaire, appendiculaire ou autre. Il y a donc des syndromes douloureux tardifs à évolution chronique et périodique qui rappellent en tout point le tableau de la maladie de Cruveiller et qui ne font que traduire une inflammation parenchymateuse et interstitielle de la muqueuse, donc une pyloro-duodénite.

Les troubles du fonctionnement pyloro-duodénal dans l'appendicite chronique. (Fraikin. *Monde méd.*, 1er avril 1927, n° 705.) — L'appendicite chronique agit sur le pylore et le duodénum, soit par l'intermédiaire de la fonction hépatique troublée, soit par voie nerveuse réflexe, soit par inflammation de voisinage, par voie lymphatique. Quand on examine à la radioscopie un malade atteint d'appendicite chronique on constate des troubles gastriques : hypotonie, ptose, avec ou sans hyperkinésie ; l'évacuation gastrique est ou accélérée ou retardée avec spasme pylorique ou duodénal (antipéristaltisme). Ces mêmes constatations peuvent d'ailleurs être faites au cours de lésions vésiculaires ou autres affections abdominales.

L'alimentation duodénale dans les vomissements incoercibles de la grossesse. (Van de Putte. *Progrès méd.*, 11 sept. 1926.) — Dans six cas, l'auteur a obtenu des résultats encourageants par l'alimentation duodénale. Il suffit pour cela d'une sonde d'Einhorn et d'un bock irrigateur contenant des aliments : du lait bien sucré, du jus de fruit, certains médicaments facilitant les selles ; l'aliment coule goutte à goutte par la sonde, ce qui représente 500 grammes pour six heures environ. Bien entendu on éloignera l'entourage et on obtiendra le calme autour de la malade.

IV. FOIE ET VOIES BILIAIRES

Importance de la vésicule biliaire dans la pathologie digestive. (Pilven. *Gaz. méd. de Nantes*, 15 juillet 1925.) —

La cholécystite est la grande simulatrice des affections gastriques; le syndrome dyspeptique accusé par le malade est dû fréquemment à une irritation du plexus solaire. Certains signes mettront sur la voie du diagnostic : petite poussée thermique avec céphalée, myalgie, asthénie de la période digestive, douleur gastrique nocturne, migraine, dysménorrée, douleur précordiale, douleur scapulaire, langue saburrale, aérophagie, etc. Mais le diagnostic ne sera assuré que par la constatation de symptômes vésiculaires proprement dits : urobilinurie, angiocholite légère et surtout douleur vésiculaire recherchée à la palpation suivant le procédé de Glénard.

Cholécystographie, épreuve de Graham. (Gosset et Lœwy. *Bull. méd.*, 1926, n° 12.)

Rôle de la stase cholécystique dans certains états migraineux qui guérissent par le drainage médical biliaire. (Chiray et Triboulet. *Presse méd.*, 11 mars 1925.)

L'iléus biliaire. (Daraignez. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1925.) — C'est l'obstruction intestinale causée par un calcul biliaire fixé dans l'intestin dans lequel il est parvenu. Elle s'observe souvent chez les femmes âgées et est précédée par des douleurs, des troubles gastro-hépatiques, des crises de sub-occlusion. L'arrêt des matières et des gaz s'installe progressivement en même temps qu'apparaissent des douleurs et des vomissements. Le météorisme est peu marqué. On pensera à l'iléus biliaire en présence de femmes âgées et ayant un passé hépatobiliaire, parfois même ayant déjà rendu des calculs. Le pronostic est grave et le traitement chirurgical doit être pratiqué le plus rapidement possible.

La sténose pylorique par calculs biliaires. (Girod. *Th. de Paris*, 1925.)

Les accidents cardiaques de la lithiase biliaire et des cholécystites non calculeuses. (Lian. *La Consultation*, mars 1925.)

Cholécystite et appendicite chronique. (Ramond et Parturier. *Presse méd.*, juin 1926, n° 45.) — Parmi les causes d'erreur de diagnostic d'appendicite chronique, la cholécystite chronique est une des plus fréquentes si l'on comprend sous ce nom tous les processus irritatifs qui entraînent une irritation douloureuse prolongée. La vésicule enflammée, atteinte de ptose, peut descendre dans la fosse iliaque droite au voisinage de l'appendice et faire croire à une lésion de ce dernier. D'autres fois, le déficit biliaire et la bile infestée créent des troubles intestinaux dans le cæcum et le rendent sensible.

Parfois il s'agit d'un réflexe nerveux avec spasme douloureux du côlon. Enfin, les auteurs appellent l'attention sur l'existence fréquente au cours de la cholécystite chronique du point douloureux paraombilical droit répondant au point para-appendiculaire de Morris. Enfin, l'appendicite peut à son tour simuler la cholécystite et même assez souvent être associée à elle.

Les légumes chez les hépatiques. (Walter. *Journ. des prat.*, 12 juin 1926.)

V. CARREFOUR INFÉRIEUR ET APPENDICE

Appendicite et néoplasie du cæcum. (Lombard. *Soc. de chir.*, 25 fév. 1925.)

Les pleurésies à point de côté abdominal pseudo-appendiculaire. (Professeur Sergent. Leçon faite à la Charité et publiée dans *Clinique et Laboratoire*, 20 oct. 1926, n° 10.) — Dans le syndrome pseudo-appendiculaire, le point de côté est superficiel, la contracture réflexe est peu marquée, le malade se défend au début de l'examen, mais on peut avec de la douceur arriver à palper profondément la fosse iliaque sans réveiller la moindre douleur. Le facies péritonéal classique de l'appendicite est tout autre que le facies simplement fatigué d'un pleurétique. Enfin, on n'est en droit d'affirmer l'appendicite qu'après avoir examiné complètement le malade et avoir reconnu l'absence d'une pleurésie ou d'une affection pulmonaire. Il faudrait toutefois signaler dans quelques rares cas la coexistence des lésions pleurales et des lésions péri-appendiculaires. Soit que la pleurésie apparaisse comme une complication de l'appendicite (Dieulafoy), soit qu'il s'agisse d'un semis de petites granulations tuberculeuses développées sur la plèvre et le péritoine péri-appendiculaire.

Le signe du phrénique dans l'appendicite. (Iliescu. *Acad. de méd.*, 26 janv. 1926.) — Chez tous les appendiculaires, le nerf phrénique droit serait douloureux à la pression au niveau du cou, derrière les insertions du sterno-mastoïdien. Ce signe fait défaut dans les salpingites et les péritonites non appendiculaires. Ce symptôme existe dans les ulcères gastriques et duodénaux.

Diagnostic clinique et radiologique des appendicites chroniques. (Baumel. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, mai 1926.)

Hématémèse et melæna au cours de l'appendicite chronique. (Dalsace. *Soc. de méd. de Paris*, 14 janv. 1927.) — Dalsace apporte quatre observations montrant qu'un syndrome douloureux gastrique compliqué d'hématémèse ou de melæna n'est pas constamment dû à un ulcère gastrique ou duodénal et peut s'observer au cours de l'appendicite chronique; aussi conseille-t-il au chirurgien d'explorer au cours de l'opération les deux carrefours iléo-cæcal et pyloro-duodéno-vésiculaire. Ces hémorragies gastro-intestinales sans substratum anatomique apparent au cours de l'appendicite chronique paraissent comme les hématémèses sans lésion gastrique et comme les épistaxis coliques relevant d'un processus névropathique réflexe d'origine sympathique. Il semble s'agir de péri-gastrite, péri-duodénite et péri-colite secondaires à l'appendicite chronique.

Amaurose consécutive à une hémorragie gastro-intestinale. (Coyon, Cerise et Clog. *Soc. méd. des hôpit.*, 21 janv. 1927.)

Les diarrhées des tuberculeux et leur traitement. (Villaret et Justin Besançon. *La Science méd. prat.*, déc. 1926, n° 6.) — Dans tous les cas, ces diarrhées seront examinées au point de vue clinique, radiologique et coprologique. Ce dernier seul permet de constater, soit des troubles moteurs de l'intestin, soit l'insuffisance des sucs digestifs, soit une lésion de la muqueuse. Au point de vue clinique on peut distinguer trois grands groupes de diarrhée chez les tuberculeux : les diarrhées organiques, les diarrhées fonctionnelles, les diarrhées de cause extrinsèque. Parmi les diarrhées organiques on distingue celles de la tuberculose intestinale, de la péritonite bacillaire et la dégénérescence amyloïde. Parmi les diarrhées fonctionnelles, les auteurs distinguent les diarrhées du phtisique cavitaire, les diarrhées du début de la tuberculose pulmonaire (diarrhée d'origine gastrique, d'origine hépatique ou d'origine intestinale, diarrhée de fermentation et diarrhée de putréfaction, diarrhée parasitaire). Enfin, les diarrhées de cause extrinsèque peuvent relever de suralimentation, de la nature des aliments, de leur qualité et des médicaments absorbés par les malades.

Les deux étapes de la typhlocolite chronique. (Faroy et Baumann. *Presse méd.*, 23 juin 1926.)

VI. COLONS

Le conflit gastro-colique. (Loeper et Baumann. *Paris méd.*, 3 avril 1926.) — Parmi les troubles gastriques dus à la compression mécanique, une place importante revient aux pneumatoses coliques. La distension du côlon se localise le plus souvent au niveau de l'angle splénique fixé à ce niveau par le spasme d'un côlon tortueux et irritable. Les troubles de la pneumatose colique sont : dyspepsie sensitive ou motrice, nausées, syndrome pylorique, incontinence pylorique, sensation œsophagienne avec cardiospasme. Le traitement de la crise sera : application de compresses chaudes sur le côté gauche, la position ventrale et la sonde rectale qui évacue les gaz. On conseillera les exercices respiratoires pour apprendre au malade à ne pas déglutir de l'air, diminuer les fermentations. On supprimera la cellulose, les herbacées, l'agar-agar ; on donnera du suc pancréatique une heure avant les repas ; on n'oubliera pas les antispasmodiques (cratœgus, belladone, atropine), la gymnastique abdominale et les douches tièdes.

Les rapports pathologiques entre l'intestin et l'appareil génito-urinaire. (Pron. *Concours méd.*, 13 fév. 1927.)

Action des extraits post-hypophysaires sur le péristaltisme intestinal et la constipation. (Carnot et Terris. *Paris méd.*, 1926, n° 14.) — Cette action péristaltique de l'extrait post-hypophysaire sur l'intestin, se démontre avec une extrême netteté à l'examen radioscopique : colique et évacuation copieuse aboutissant à l'évacuation totale du côlon. On peut employer la voie veineuse exceptionnelle, la voie musculaire convient à la plupart des cas de stase intestinale chronique. La voie digestive la plus commode peut rendre quelques services en renforçant le tonus intestinal.

La conception classique de la constipation est-elle légitime? (Gaehlinger. *Marseille méd.*, 5 mai 1926, n° 13.) — A côté de la conception classique de la constipation, par atonie ou par spasme intestinal qui constitue les troubles moteurs intestinaux à proprement parler, l'auteur étudie les symptômes toxiques de la constipation et le rôle important que l'on doit attribuer à l'existence ou à l'absence de la colite. C'est l'infection intestinale et les altérations secondaires de la muqueuse qui nous donnent l'explication des variations de tolérance. Cette infection intestinale trouvera un terrain beaucoup plus favorable dans l'intestin droit à cause de l'état liquide des matières ; mais il ne faut pas oublier non plus que les matières dures de la constipation terminale, constituent de véritables corps étrangers d'autant plus susceptibles de créer des érosions septiques qu'on les fait passer dans l'intestin à frottement dur par des laxatifs plus ou moins violents. L'auteur émet ainsi toute une série de considérations très finement observées et du plus haut intérêt. La thérapeutique de la constipation ne doit pas être une thérapeutique de violence mais une thérapeutique de douceur.

VII. RECTUM ET INFECTIONS PARASITAIRES

Rectocolites aiguës. (Vigouroux. *Soc. méd. des prat.*, 19 nov. 1926.) — A propos d'une rectocolite aiguë avec amœba coli, l'auteur a constaté une inflammation aiguë du côlon et du rectum avec rejet presque continu et involontaire de glaires. L'examen des selles a montré la présence de nombreuses amœba coli dans les glaires. La guérison fut obtenue par les injections de chlorhydrate d'émétine à la dose de 4 centigrammes. L'efficacité de ce médicament spécifique de la dysenterie amibienne est intéressante à noter dans ce cas.

Le traitement diathermique du rétrécissement inflammatoire du rectum. (Bensaude et Marchand. *Monde méd.*, 15 sept. 1926, n° 694.) — Ce traitement ne peut s'appliquer qu'au rétrécissement inflammatoire. La technique employée est des plus simples. L'électrode active est une bougie d'Hégar ; le calibre de celle-ci est le plus gros que puisse admettre le rétrécissement. Ultérieurement, le diamètre de la bougie sera augmenté progressivement. L'électrode indifférente est une plaque d'étain placée dans la région lombaire. La durée de chaque application est de vingt à trente minutes atteignant une intensité de trois ampères. Trois applications par semaine, toutes les dix séances, quinze jours de repos. Le traitement est ainsi continué jusqu'à ce qu'on puisse passer les bougies les plus grosses sans douleur. Ce traitement amène au début une congestion intense du rectum avec perte sanguine plus ou moins abondante. Ce traitement assouplit les tissus scléreux et fait disparaître l'infiltration des parois rectales. Ce procédé a été employé depuis deux ans sur vingt-sept malades, dix actuellement n'ont plus trace de rétrécissement ; les dix-sept autres très améliorés sont en voie de traitement. Il faut ajouter à ce procédé un traitement médical de l'infection rectale, vaccin et produit chimique.

Cure ambulatoire des hémorroïdes. (Laurain. *Concours méd.*, 13 fév. 1927.) — La plupart des hémorroïdaires peuvent être traités par une méthode ambulatoire associant les effluves de haute fréquence et l'action sclérogène des solutions de salicylate de soude. En cas de petite hémorroïde dure et douloureuse avec contracture du sphincter, il faut d'abord faire quelques séances de haute fréquence ; le spasme cesse et on traitera la dilatation variqueuse ensuite en injectant une goutte de solution de salicylate à 20 p. 100 dans la lumière même du vaisseau.

En cas de sphinctéralgie, on utilisera seulement les effluves pour traiter la fissure.

Pour les hémorroïdes de grosseur moyenne et peu douloureuses, on se contentera d'une ou deux séances d'effluves pour passer ensuite aux injections sclérosantes. On injecte dans la lumière de la veine quelques gouttes de solution à 20 p. 100 réservant pour le tissu cellulaire les concentrations plus faibles de 5 à 10 p. 100. Enfin, on peut se trouver en présence d'une muqueuse rectale avec tendance au prolapsus, sans hémorroïdes ; on devra injecter en divers points, sous la muqueuse, quelques gouttes de salicylate à 3 p. 100 afin d'amener une sclérose légère. Quant aux très grosses hémorroïdes avec prolapsus marqué, il est préférable de s'adresser au traitement chirurgical.

Récidive de dysenterie amibienne, trente-trois ans après la première atteinte. (Flandin et Duchon. *Soc. méd. des hôp.*, 30 juil. 1926.)

Comment dépister les infections parasitaires du tube digestif. (Deschiens. *Presse médicale*, n° 1, janv. 1927.) — Pour dépister une infection parasitaire intestinale, on doit pratiquer un examen serié des selles portant sur huit jours consécutifs et non se borner à des examens isolés. L'examen des selles recueillies ainsi dans un récipient contenant du formol à 5 p. 100, homogénéisées et traitées par une méthode d'enrichissement, permet d'indiquer dans quelques minutes si un sujet présente ou ne présente pas une infection parasitaire du tube digestif.

Les arsénicaux par voie buccale dans le traitement et la prophylaxie de l'amibiase et des diverses infections intestinales. (Ravault. *Presse méd.*, 21 avril 1926.) — Tout le monde est d'accord sur les résultats de cette méthode thérapeutique qui a fait ses preuves et dont l'efficacité s'accroîtra avec l'activité des sels arsénicaux découverts ultérieurement.

Le tréparsol dans le traitement des dysenteries. (Maire. *Bulletin méd.*, 1er mai 1926.) — L'auteur associe douze injections d'émétine en quatre séries de trois injections et trois cures intercalaires de tréparsol de quatre jours chacune, à la dose de 1 gramme par jour. Ce qui fait un traitement de quatre

semaines auquel l'auteur n'a jamais vu résister les dysentéries aiguës.

Anguillulose intestinale. (CADE-MORÉNAS et RAVAUT, *Soc. nationale de méd. de Lyon*, avril 1925.)

Dysenterie amibienne et cancer du rectum. (FOUCAUD, *Presse thermale*, 1er mai 1925.)

VIII. DIVERS

La constipation habituelle. (BROUSSE, *Revue méd. universelle*. n° 2, fév. 1927.)

L'iridodiagnose. (PRON. *Concours méd.*, 23 août 1925.)

Sur le reflexe abdomino-cardiaque. (SELLIER et LACOSTE, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 fév. 1926.) — La chute des viscères abdominaux s'effectuant lorsqu'un sujet ptosique passe de la position horizontale à la position verticale, entraîne l'apparition d'une tachycardie orthostatique due à un réflexe désigné sous le nom de réflexe abdomino-cardiaque. L'accélération du pouls est en raison directe de l'importance de la chute de l'estomac. Les auteurs citent le cas d'une femme présentant une éventration dont le réflexe était de 30 le matin. Pour lutter contre ces troubles, la première condition sera réalisée par le port d'une bonne ceinture; pour refaire la sangle abdominale, on emploiera le massage et la gymnastique.

Traitement des affections abdominales par les applications locales de chaleur et de lumière rouge; thermoerytrothérapie. (Edouard ANTOINE et Jacques GRESSARD. *Concours méd.*, 14 nov 1926.)

Insuline et engraissement. (H. LABBÉ et THEODORESCO, *La médecine*, juillet 1926.)

Helminthiase et colibacillose. (LÉO, *Soc. de méd. de Paris* 27 fév. 1926.)

LIVRES NOUVEAUX

Les Insuffisances pancréatiques (1), par M. CHIRAY, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux, et J. LEBON, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin des hôpitaux d'Alger.

Le pancréas comprend deux sortes de formations cellulaires différentes au point de vue histologique et auxquelles sont dévolues des fonctions distinctes : les *acinis glandulaires* cellules sécrétantes et qui constituent la *glande exocrine* du pancréas et les îlots de Langerhans qui représentent la *glande endocrine* du pancréas.

Le pancréas présente donc une dualité physiologique. Par sa glande exocrine, il élabore un suc digestif que le canal de Wirsung excrète dans le duodénum où, avec la bile et le suc entérique, il participe à la digestion intestinale. Quant à la glande endocrine, elle secrète un hormone résorbé par voie sanguine dans l'organisme, où elle joue un rôle capital et complexe dont la part la plus importante réside dans le métabolisme des hydrates de carbone.

On peut donc envisager deux grands ordres de troubles fonctionnels pancréatiques qui sont en pratique le plus souvent dissociés, mais qui peuvent sans doute se trouver conjugués. Ce sont, d'une part, l'insuffisance pancréatique externe qui se traduit par de la dyspepsie intestinale; d'autre part, l'insuffisance pancréatique interne dont les syndromes diabétiques sont dans la majorité des cas l'expression symptomatique plus ou moins complète.

(1) Un volume de 210 pages. (Collection Médecine et Chirurgie pratiques.) — Prix : France et Etranger, 20 fr. (sans majoration). — Paris, Masson et Cie.

Dans ce petit livre, les auteurs étudient parallèlement les deux variétés d'insuffisance pancréatique au point de vue clinique et thérapeutique. Ils insistent spécialement sur le *diagnostic de l'insuffisance pancréatique externe par le tubage duodénal*. En étudiant l'insuffisance pancréatique interne, ils passent en revue les méthodes d'appréciation de celle-ci au cours des syndromes diabétiques et précisent les principes directeurs qui peuvent actuellement orienter les médecins dans l'opothérapie insulinique de ces syndromes. L. G.

L'Aérophagie. *Syndromes gastriques, intestinaux, circulatoires et respiratoires*. ETUDE CLINIQUE, RADIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE [L'ADULTE, L'ENFANT, LE NOURRISSON] (1), par le docteur LEVEN, ancien interne des hôpitaux de Paris, secrétaire général de la Société de thérapeutique.

La deuxième édition de l'*Aérophagie* suivant de près la première montre suffisamment l'intérêt que les médecins ont trouvé à la lecture de cet ouvrage. Cet intérêt tient à son allure clinique, à la précision des descriptions des différentes formes de l'Aérophagie, une « grande simulatrice », puisqu'elle crée des syndromes gastriques, intestinaux, circulatoires et respiratoires.

A ne pas les connaître dans tous leurs détails, on risque de considérer comme atteints d'appendicite, d'une cardiopathie, d'asthme, etc., etc., par exemple, des malades qui ne sont que des aérophages curables en quelques jours, après des années de maladie.

M. G. LEVEN a étudié l'Aérophagie à tous les âges, chez l'adulte, chez l'enfant, chez le nourrisson, puisqu'il décrit au chapitre des vomissements aérophagiques aussi bien les vomissements incoercibles de la grossesse, qu'il croit toujours curables, que les vomissements dès nourrissons.

Cette deuxième édition largement complétée par de nouveaux chapitres cliniques est également au point, en ce qui concerne la thérapeutique, car il y décrit les exercices respiratoires nouveaux qu'il enseigne actuellement et qui sont pour lui un des éléments de la thérapeutique utile.

Cette deuxième édition aura certainement le même succès que la première. L. G.

(1) Deuxième édition revue et augmentée, 1 volume in-8° de 256 pages, avec 28 figures dans le texte. — Prix : 14 fr. plus hausse 40 p. 100 soit 19 fr. 60. — Paris, Gaston Doin et Cie.

CONGRÈS

CALENDRIER DES CONGRÈS MÉDICAUX ET DES DIFFÉRENTES MANIFESTATIONS MÉDICALES

(*remis à jour*).

1927. — 22-31 mai. Salon des médecins. — Secrét. gén. : Dr Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris.

25-26 mai. Ier Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-oculistique. — Secrét. gén. : M. Velter, 38, avenue du Président-Wilson.

27-28 mai. Réunion annuelle de la Société de biologie. Secrétariat général, 7, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

27, 28 et 29 mai. Journées vétérinaires à l'Ecole d'Alfort.

30-31 mai-1er juin. VIIIe Réunion neurologique internationale annuelle. — Secrét. gén. : M. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.

27 mai-2 juin. Célébration du Centenaire de la naissance de Vulpian; — Centenaire de la mort de Pinel. — Secrét. gén. : M. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.

1-6 juin. Congrès international d'hygiène de Bruxelles. — R. Bernard, 117, rue du Trône, Bruxelles.

5-6 juin. Congrès de l'arthritisme à Vittel. — Secrét. gén. :

M. Boigey, 81, rue Frère, à Bordeaux. Renseignements : M. Renard, Société générale des eaux à Vittel, Vosges.
25-29 juin. Journées médicales belges.
28-29 juin. Ve Centenaire de la Fondation de l'Université de Louvain.
Juillet. XIIe Congrès français de médecine légale, à Lyon. — Secrét. gén. : M. Mazel, 54, avenue de Noailles, à Lyon.
Juillet. Journée médicale thermale de Clermont-Ferrand.
Juillet. Centenaire de Bright, Londres.
18 juillet. VIe Congrès international d'histoire de la médecine, à Leyde, sous la présidence de M. J. G. de Lint. — Pour renseignements, s'adresser à M. Laignel-Lavastine, 12 *bis*, place de Laborde, à Paris.
1er-6 août. XXXIe Session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, à Blois. — Secrét. gén. : M. Olivier, médecin-directeur de la Maison de santé de Blois (Loir-et-Cher).
3-6 août. Congrès international d'urologie de Bruxelles. — M. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris.
8 septembre. Centenaire de Volta, à Côme et Rome.
11-18 septembre. Congrès international de génétique, à Berlin.
29-30 septembre-1er octobre. Ve Congrès de l'Association française des gynécologues et obstétriciens de langue française, à Lyon. — Secrét. gén. : M. le professeur Brindeau, 71, rue de Grenelle, Paris.
Septembre-octobre. Ve Congrès des pédiatres de langue française, à Lausanne.
3-8 octobre. XXXVIe Congrès français de chirurgie, à Paris. — Secrét. gén. : M. Auvray, 186, avenue Victor-Hugo, Paris; secrét. gén. adjoint : M. Lenormant, 1 *bis*, rue de Buenos-Aires, Paris.
4-8 octobre. — XXVIIe Congrès français d'urologie, à Paris. — Secrét. gén. : M. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris.
7 octobre. IXe Congrès de la Société d'orthopédie, à Paris. — Secrét. gén. : M. Mathieu, 74, rue Vaneau, Paris.
8-11 octobre. XIIe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie, à Lyon. — Secrét. gén. : M. le professeur agrégé Piéry, 5, avenue Emile-Zola, Lyon.
10 octobre. XIXe Congrès français de médecine, à Paris. — Secrét. gén. : M. Chiray, 14, rue Pétrarque, Paris; secrét. gén. adjoint : M. Gastinel, 37, rue Galilée, Paris.
Octobre. XIVe Congrès d'hygiène, à l'Institut Pasteur de Paris. — Secrét. gén. : M. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, 25, rue Dutot, Paris.
Octobre. Cinquantenaire de la Société de médecine publique, à l'Institut Pasteur de Paris. — Secrét. gén. : M. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, 25, rue Dutot, Paris.
Octobre. Journées médicales espagnoles.
Octobre. Centenaire de la naissance de Marcellin Berthelot. — Centenaire de la naissance de Villemin.

1928. — Vacances de Pâques. IIes Journées marocaines.
30 mai-4 juin. IVe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires (Varsovie).
Congrès international de la tuberculose, à Rome.
Octobre. Paris. Congrès de médecine sociale et des accidents du travail.

1929. — Juillet. Congrès de la Société internationale de chirurgie (Varsovie). — Secrét. gén. : M. Léopold Mayer, 72, rue de la Loi, à Bruxelles.
IIe Réunion de la Fédération de la Presse médicale latine, Madrid. — Secrét. gén. : M. Pierra., 12, rue de Babylone, Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE LA MÉLITOCOCCIE [1]

F. L'ANÉMIE. — Se manifeste par la décoloration du visage, et est caractérisée par une diminution du nombre des globules rouges qui peuvent tomber à deux ou trois millions ou même moins par millimètre cube et surtout par une diminution de l'hémoglobine.

La formule hémoleucocytaire est essentiellement caractérisée par la *mononucléose.*

A ces symptômes s'adjoignent des manifestations très diverses et d'intensité très variable.

1° **Manifestations digestives, gastralgie**, s'accompagnant parfois de nausées ou de vomissements, s'objectivant par la douleur à la palpation du creux épigastrique.

L'*appétit* est d'ordinaire très diminué.

La *constipation* est le trouble le plus constant des fonctions digestives.

Elle est *opiniâtre, rebelle, persistante* et parfois s'accompagne d'entérite muco-membraneuse.

Le foie est gros.

2° **Manifestations nerveuses articulaires et génitales.** — Elles sont au premier plan dans ce tableau fébrile.

a. NÉVRALGIES. NÉVRITES. — Les névralgies sont habituelles; elles peuvent affecter tous les nerfs. Parfois éphémères durant des semaines.

Le nerf peut être atteint et on peut noter de l'atrophie musculaire.

b. ARTHRALGIES. ARTHRITES. — Elles sont fréquentes et peuvent survenir à toute époque de la maladie.

Le rhumatisme mélitococcique apparaît soit au cours soit plus souvent vers la fin de l'infection. Il touche toutes les articulations mais avec une fréquence toute particulière l'articulation sacro-iliaque.

Il évolue suivant deux formes :

a. *Aiguë.* — Il réalise soit des *arthralgies* simples très douloureuses, soit des *arthrites* séreuses avec gonflement articulaire sans rougeur ni chaleur.

Les arthrites de la mélitococcie prennent rarement le type d'arthrite plastique ou ankylosante et passent rarement à la suppuration.

b. *Subaiguë.* — Localisé à une ou plusieurs articulations il peut durer des semaines ou des mois; il guérit habituellement sans séquelles (pseudo-coxalgie méditerranéenne de Gillot). L'arthrite sacro-iliaque est très douloureuse (Cantaloube).

Il faut encore signaler : la *spondylite mélitococcique*, décrite par Roger et caractérisée par des douleurs lombaires, de la raideur vertébrale survenant habituellement au cours d'une infection qui persiste depuis longtemps et dont l'évolution est particulièrement longue.

c. *Orchite. Orchi-épididymite.* — Elle peut se montrer dans les premières périodes de la maladie mais elle est habituellement tardive. Tantôt unilatérale, tantôt bilatérale, elle guérit le plus souvent sans laisser de traces.

Chez la femme on peut observer des troubles menstruels, des avortements.

3° **Manifestations respiratoires, cardiaques, rénales, cutanées.** — Elles sont au second plan.

Il peut exister de la bronchite diffuse, des foyers congestifs des bases; ces foyers congestifs peuvent parfois siéger au sommet (phtisie méditerranéenne).

Les palpitations sont fréquentes; l'endocardite, la péricardite exceptionnelles.

Les urines sont rares, riches en acide urique, phosphates, urobiline, pauvres en urée.

L'albuminurie est rare. *Le microbe s'élimine souvent par les urines et peut y être décelé.*

En règle, il n'y a aucune éruption, et c'est là un signe négatif de valeur. Exceptionnellement on peut voir des érythèmes divers, du purpura, mais beaucoup plus fréquemment on notera des *sudamina* et une desquamation de la peau.

En résumé, la mélitococcie est une affection caractérisée essentiellement par une fièvre ondulante, des sueurs profuses, une grosse rate, de l'anémie avec mononucléose. Elle est accompagnée d'un riche cortège symptomatique. Certains de ces symptômes, tels que constipation, névralgies, arthralgies, orchites, bien que jouant un rôle secondaire dans le tableau clinique sont si constamment rencontrés qu'ils pourront, dans les cas où le diagnostic est hésitant, mettre sur la voie de la mélitococcie.

FORMES CLINIQUES. — **1° D'après l'évolution.** — *A.* **Formes malignes.** — DÉBUT. — *a.* D'emblée marqué par une céphalée violente, des douleurs intenses dans tout le corps, parfois des vomissements et une ascension thermique dépassant 40 degrés.

b. A la suite d'une évolution qui pendant un certain temps paraissait normale, l'affection prend tout à coup une allure maligne.

ETAT. — C'est le tableau d'une infection aiguë sans signes différentiels.

L'hyperthermie est continue, atteint 42 degrés et 42°5 et s'accompagne d'un véritable état typhique avec délire ou coma. On note des manifestations pulmonaires, il existe de la diarrhée.

EVOLUTION. — La maladie évolue en quelques jours et la mort survient, soit du fait de l'hyperpyrexie, soit du fait des lésions pulmonaires ou de l'insuffisance cardiaque.

Cette forme maligne est exceptionnelle, seul l'examen bactériologique permet de faire le diagnostic.

B. **Formes atténuées.** — Si la forme maligne de la fièvre ondulante est rare, par contre les formes atténuées sont très fréquentes.

Ces formes atténuées rappellent le type habituel, les ondulations sont plus ou moins ébauchées, et le cortège symptomatique de la mélitococcie est réduit au minimum.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 38, p. 630.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Samedi 21 mai. — MM. Achard, président; Bezançon, Duval et Claude. — M. HAMBURGER. L'iso-agglutination. — M. MARTINET. La forme méningée sporadique de la maladie de Heine-Medin. — Mlle DONO-BRICO. Etude sur la médication iodée. — M. BLÉCON. Iléus et rachi-anesthésie. — M. TORRÉGROSA. Folie à deux et délires communiqués.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Jeannin, président; Terrien, Rathery, Moussu, Panisset, Robin et Henry. — M. SAMSON. Etude des métrites chez les bovidés. — M. SORREAU. Notes pratiques d'obstétrique bovine. — M. DADOT. Etude sur la gourme. — M. GUIGNARD. Des intoxications alimentaires d'origine végétale chez les animaux de la ferme.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (nomination). — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu sont nommés médecins des hôpitaux : MM. de Gennes, Tzanck et Marchal.

— DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lereboullet, Laroche, Lemierre, Baudouin, Teissier, Bordier, Ameuille, Roger, Papillon, Toupet, Guillain.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 16 mai. — MM. Huet, 17; Thalheimer, 15.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Composition d'anatomie et de physiologie.* — MM. Ravina, 21; Lacomme, 22; Desnoyers, 20; Lantuéjoul, 15.

Composition d'accouchement. — MM. Ravina, 22; Desnoyers, 26; Lacomme, 25; Lantuéjoul, 16.

Classement des candidats : MM. Desnoyers, 75; Lacomme, 73; Ravina, 71; Lantuéjoul, 58.

Les trois premiers candidats sont admissibles.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Séance du 16 mai. — MM. Le Goff, 7; David de Prades, 8; Kahn, 13; Delapchier, 7; Porcher, 8; Chaperon, 11.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours de l'adjuvat.* — Liste des candidats :

MM. Lapeyre (Jean), Leydet, Galtier, Blondin (Sylvain), Blondin (Marcel), Cahen (Pierre), Merle d'Aubigné, Theillier, Dessaint, Sauvage, Lecœur.

Questions données : « Le muscle long supinateur. Le muscle court supinateur. — Phénomènes mécaniques de la circulation hépatique. »

Lecture. — Séance du 18 mai. — MM. Leydet, 23; Galtier, 25; Cahen et Merle d'Aubigné, 24; Theillier, 21.

Concours du prosectorat. — Liste des candidats :

MM. Fèvre, Leibovici, Raiga, Chabrut, Gueullette, Chevallier, Gérard-Marchant, Meillère, Redon, Seillé.

Composition écrite. — Séance du 17 mai. — Questions données : « Médiastin postérieur. — Physiologie des capsules surrénales. — Histologie de la couche corticale des capsules surrénales. — Rétrécissements acquis non néoplasiques de l'œsophage. »

Lecture. — Séance du 18 mai. — MM. Chabrut, 24; Gérard-Marchant, 26; Meillère, 22.

COMMISSION SUPÉRIEURE CONSULTATIVE D'HYGIÈNE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE MILITAIRES. — Sont nommés membres de la Commission :

Président : M. le docteur Roux.

Membres civils : MM. Léon Bernard, Bezançon, Calmette, Chauffard, Chauveau, Pinard, Renault, Roger, Pierre Teissier, Widal et Nepoty.

Membres militaires : MM. Savornin, Rimbert, Gastinel, le général Cernesson, MM. Toubert, Sacquépée, Audibert, Vaillard, Sieur, Vincent, Rouget et Polin.

Secrétaire : M. Coudray, médecin-major de 1re classe.

MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — Le grand dîner annuel des « Médecins parisiens de Paris » a eu lieu le 5 mai. Il a réuni plus de 100 convives.

M. le professeur Charles Richet, président d'honneur, et M. le docteur Devraigne, président sortant, prononcèrent quelques mots à la fin de ce dîner : le premier pour saluer la présence de M. Allouard, président des « Parisiens de Paris », le second pour regretter l'absence du nouveau président, le docteur P. Blondin, retenu à la chambre, victime du devoir professionnel.

Ce dîner, plein d'entrain, fut suivi d'une soirée artistique

des plus réussies, au cours de laquelle se firent entendre : M. Casadesus, le célèbre pianiste, Mlle Gauley (de l'Opéra-Comique), M. Francell (de l'Opéra-Comique), et Mlle Francell, Mlle de Filiquier, les frères Tzipine (des Concerts Lamoureux), Mme Roudneff, accompagnée de ses chœurs et guitaristes tziganes, enfin le docteur Deniker qui se livra à quelques imitations variées qui firent la joie de l'assistance. Puis aux sons du « Lovely Jazz », une sauterie fort animée se poursuivit très avant dans la nuit, interrompue seulement par les fantaisies des clowns Carlo, Mariano et Porto (du Cirque Médrano).

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au secrétaire général, docteur P. Prost, 119, boulevard Malesherbes, Paris (VIIIe).

CROISIÈRE DE GRANDES VACANCES. — Prix : depuis 560 belgas (= 2.000 fr. français). Première classe.

Durée : trois semaines environ. Départ le 10 août du Havre.

Trajet : Le Havre, Lisbonne, Tanger, Alger, Palma (Iles Baléares), Barcelone, Marseille.

Les voyageurs (médecins, familles, étudiants), qui voudront s'embarquer à Anvers, pourront le faire sans supplément appréciable. De plus, pour des nécessités de service, le paquebot touchera Bordeaux. La durée des escales sera en moyenne de deux jours. L'organisation des visites est réalisée.

Paquebot *Cap Lay*, 15.000 tonnes, luxueuse unité tout à fait neuve des Chargeurs Réunis, ligne d'Extrême-Orient.

Le prix fixé comprendra le billet de passage, table et logement, y compris aux escales, vin aux repas, taxes de ports.

Toutes précisions avec vues et plans sont données par lettre. Renseignements à la section des voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe Max, Bruxelles (adresse télégraphique : Belgfranav).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le professeur E. H. Starling, de l'Université de Londres, correspondant de l'Académie de médecine, décédé à la Jamaïque. Starling était un des plus féconds physiologistes de notre époque. On lui doit notamment de belles recherches sur la lymphogénèse, la découverte de la sécrétine, et de remarquables travaux sur le mécanisme du fonctionnement cardiaque; — de MM. le docteur Pierre Roche (de Lyon), décédé à Paris; le professeur Giuseppe Marcarini, l'éminent chirurgien de Gênes; et de Mlle Suzanne Vermond, étudiante en médecine, à Amiens.

ERRATUM. — Dans le calendrier des Congrès publié dans le numéro 40, page 661, de la *Gazette des hôpitaux* (mai 1927) faire la rectification suivante : Le Congrès de médecine militaire doit se tenir à Varsovie le 28 mai *1927* et non *1928* comme il a été imprimé par erreur.

CONGRÈS

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (XXXIe session, Blois, 25-30 juillet 1927). — Président : M. le professeur Raviart, de la Faculté de médecine de Lille; vice-président : M. le professeur Henri Claude, de la Faculté de médecine de Paris; secrétaire général : M. le docteur M. Olivier, directeur-médecin de la Maison de santé départementale de Blois (Loir-et-Cher).

PROGRAMME DES TRAVAUX ET DES EXCURSIONS. — *Lundi 25 juillet.* — 10 h. Séance solennelle d'ouverture, sous la présidence de M. André Fallières, ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, dans la salle des Etats généraux du château de Blois.

14 h. 15. Premier rapport : *Psychiatrie.* « L'automatisme mental. » Rapporteurs : MM. les docteurs Lévy-Valensi, médecin des hôpitaux de Paris, et Nayrac (de Lille), médecin des Asiles publics. — Discussion du rapport (salle Gaston d'Orléans).

17 h. 30. Réception officielle par les autorités au château de Blois (salle des Etats généraux).

21 h. Au théâtre municipal : Conférence sur « Blois et les châteaux de la Loire », par le docteur Lesueur, conservateur du château et des musées.

Mardi 26 juillet. — 9 h. 15. Deuxième rapport : *Neurologie.* « Les tumeurs des ventricules latéraux. » Rapporteur : M. le docteur Jumentié (de Paris), médecin de l'hôpital Saint-Joseph et de la Fondation Galignani. — Discussion du rapport (salle Gaston d'Orléans).

14 h. 15. Séance de communications (salle Gaston d'Orléans).

16 h. 30. Visite du château et de la ville sous la conduite du docteur Lesueur.

19 h. 15. Dîner offert sur la terrasse de l'Evêché par la Maison de santé départementale. Pendant le repas, concert par l'harmonie municipale.

Mercredi 27 juillet. — 9 h. 15. Assemblée générale du Congrès (salle Gaston d'Orléans).

Excursion à Chambord et à Cour-Cheverny. Prix : 22 fr.

19 h. 30. Dîner offert par la ville de Blois. Concert de musique ancienne et soirée dansante (salle Gaston d'Orléans).

Jeudi 28 juillet. — 9 h. Séance de communications (salle Gaston d'Orléans).

Excursion à Chaumont et à Chenonceaux. Prix : 45 fr.

Vendredi 29 juillet. — 9 h. 15. Troisième rapport : *Médecine légale.* « Le divorce des aliénés, sa jurisprudence, son application, ses résultats. » Rapporteur : M. le docteur Boven (de Lausanne). — Discussion du rapport (salle Gaston d'Orléans).

14 h. Séance de communications (salle Gaston d'Orléans).

17 h. Visite de la Maison de santé départementale.

20 h. 30. Soirée offerte par le président et les membres du Congrès (salle Gaston d'Orléans).

Samedi 30 juillet. — Excursion à Amboise et à Tours.

Note. — Tenue de ville pour toutes les réceptions. La carte de congressiste tiendra lieu d'invitation.

Le montant des cotisations (50 fr. membre adhérent, 30 fr. membre associé), doit être adressé au docteur Olivier, secrétaire général, Maison départementale de Blois (Loir-et-Cher).

NOTES DE PRATIQUE

NÉPHRITE CHRONIQUE HYDROPIGÈNE

Repos prolongé au lit.

Régime hydro-lacté pendant quinze jours, puis lacto-végétarien et déchloruré.

Prescrire un mois de suite la *Théosalvose scillitique*, à la dose de deux cachets de 0g50 par jour, puis continuer la médication cinq jours sur dix.

Deux fois par semaine, laxatif léger (sulfate de soude, une cuillerée à café à jeun, ou décoction de bourdaine, 3 à 4 grammes au coucher).

Ferrugineux, Vanadarsine.

REVUE GÉNÉRALE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Par JEAN GIRARD,
Interne des hôpitaux de Nancy,
Licencié ès sciences.

Définition et historique. — L'insuffisance cardiaque est un syndrome traduisant le déséquilibre entre l'effort exigé du cœur et sa capacité d'adaptation.

Décrite par Corvisart (1818), baptisée par Beau du nom d'asystolie (1856), étudiée par Potain, l'insuffisance cardiaque trouva dans les travaux des anatomo-pathologistes Louis, Virchow, Regaud, Hayem et Mollard, un substratum anatomique et l'on multiplia les lésions myocardiques causales décrivant des dégénérescences graisseuses, granuleuses et vitreuses du myoplasme avec gigantisme nucléaire, perte de la striation longitudinale ou transversale de la myofibrille.

La défaillance globale du cœur fut démembrée par Merklen (1908), Lian (1909), Vaquez (1913), Laubry, Gallavardin et leurs élèves qui montrèrent que l'insuffisance cardiaque revêt des allures différentes suivant la région du cœur qu'elle intéresse particulièrement. Ces auteurs décrivent trois tableaux symptomatiques, désormais classiques, correspondant à l'insuffisance auriculaire, l'insuffisance ventriculaire droite, l'insuffisance ventriculaire gauche.

Des travaux récents, dus à Laubry et à ses élèves, critiquèrent la notion, trop étendue à leur gré par les auteurs anciens, de la myocardite. Ils mirent en évidence le rôle des causes fonctionnelles dans l'insuffisance cardiaque et opposant la lésion anatomique à la défaillance physiologique, ils décrivent la myocardie (1925-1926).

Enfin, Laubry, puis Lian revisèrent les notions d'insuffisance ventriculaire droite et dépossédèrent celle-ci de ses signes classiques pour en faire don à l'insuffisance ventriculaire gauche.

Etiologie et pathogénie. — L'insuffisance cardiaque est toujours due à une défaillance du myocarde, défaillance qui peut être, soit organique, soit fonctionnelle. L'insuffisance organique peut être primitive, le myocarde étant lui-même touché par le processus morbide ou secondaire, soit à une altération des autres tissus du cœur, soit à un trouble de la circulation amenant l'épuisement musculaire d'un organe surmené.

Insuffisance primitive. — Le myocarde peut être touché par un processus mécanique, c'est l'infarctus pouvant amener une insuffisance aiguë avec état de mal hypéralgique (Weissenbach). Plus souvent, c'est l'infection ou l'intoxication chronique. La typhoïde, le rhumatisme, la grippe peuvent amener une myocardite aiguë avec insuffisance rapide, parfois brutale; mais le plus souvent, les atteintes sont minimes et la myocardite passe à la chronicité et amène une insuffisance progressive. Parmi les intoxications, c'est le plus souvent l'alcoolisme qui réalise le même processus.

Insuffisance secondaire. — Le myocarde peut s'épuiser dans un travail anormal et l'insuffisance cardiaque sera conditionnée :

1° Par toutes les lésions créant un obstacle direct à la progression du sang. Elles peuvent être soit d'origine endocarditique, soit d'origine vasculaire lésionnelle ou dynamique. Ce seront les cicatrices d'endocardites aiguës créant les rétrécissements orificiels, les lésions scléreuses des tuniques artérielles des gros vaisseaux de la base qui gênent les mouvements d'expansion et de retraits artériels, mécanisme adjuvant de la systole cardiaque, enfin la sclérose des organes irrigués : poumons sur la petite circulation et reins sur la grande. Dans le même ordre d'idées, on peut noter l'obstacle créé au cours du sang par des tumeurs, déformations, brides cicatricielles amenant un rétrécissement relatif fonctionnel ou anatomique.

Les causes vasculaires dynamiques seront : l'hypertension artérielle qui offre au ventricule gauche une résistance supplémentaire que le cœur doit surmonter pour faire pénétrer l'ondée systolique dans le système artériel. L'hypertension pulmonaire liée à la sténose mitrale ou à l'artérite pulmonaire, joue dans l'étiologie de l'insuffisance ventriculaire droite le même rôle que l'hypertension artérielle dans l'insuffisance ventriculaire gauche.

Toutes ces causes amènent l'épuisement progressif de la cavité sous-jacente à l'obstacle et secondairement l'insuffisance globale.

2° Par toutes les lésions créant un reflux. Ce seront les insuffisances valvulaires, troublant d'abord la diastole, puis la systole, car le cœur doit se contracter sur une plus grande masse de sang. L'insuffisance, en effet, réduit le volume de sang expulsé dans le système artériel donc nécessite pour assurer les processus normaux de nutrition une activité ventriculaire compensatrice.

3° Dans tous les rythmes anormaux du cœur qui s'épuise à faciliter l'évacuation de ses cavités en cas de tachycardie ou, au contraire, s'efforce pour les remplir en cas de bradycardie.

4° Dans toutes les lésions qui forcent le sang à suivre une voie anormale, c'est-à-dire lors des communications inter-cavitaires ou lors de la persistance du canal artériel. Le cœur doit égaliser les pressions de chaque côté de l'ouverture pathologique.

5° Dans toutes les causes de déperdition d'énergie ce facteur n'est connu que depuis peu de temps, mais semble jouer un assez grand rôle. On a pu, en effet, observer l'insuffisance cardiaque dans les anévrismes artério-veineux, surtout lorsqu'ils portent sur les gros vaisseaux proches du cœur, carotides, jugulaires, vaisseaux sous-claviers, veine cave supérieure. On a signalé aussi l'insuffisance cardiaque liée à des anévrismes des membres avec guérison après l'extirpation chirurgicale. La défaillance cardiaque a été observée dans le syndrome décrit par Dumas au Congrès de Nancy, sous le nom d'hypotonie artérielle primitive et, en général, dans tous les processus hypotensifs (Etienne, *Cong. de Strasbourg*, 1921). En effet, ce régime tensionnel bas exige un effort compensateur pour assurer une nutrition normale.

A côté, on peut faire une place aux symphyses péricardiques qui brident les mouvements ventriculaires et diminuent d'autant son énergie contractile.

Toutes ces causes peuvent être intriquées, ce qui se produit notamment lors de la grossesse, où il y a surcroît de travail cardiaque avec variation tensionnelle brusque au moment de l'accouchement et auto-intoxication (Wagner-Frey).

Causes fonctionnelles. — Dans certaines insuffisances cardiaques, l'examen clinique et étiologique le plus minutieux reste impuissant à en démontrer l'origine, aussi Laubry a-t-il créé le terme de myocardie ou insuffisance cardiaque fonctionnelle qu'il applique « aux défaillances primitives sans lésions valvulaires, sans troubles vasculaires, sans altérations myocardiques décelables ».

La myocardie peut être d'origine nerveuse; on sait que l'excitation du pneumogastrique, non seulement ralentit les battements du cœur mais exerce une action antitonique portant à la fois sur la systole et sur la diastole démontrée expérimentalement par François-Franck et dont Blantol et Hummel viennent de donner des exemples cliniques. La suppression de l'action tonique du sympathique joue le même rôle et ce dernier nerf agit aussi par sa liaison étroite avec certaines glandes endocrines qui peuvent conditionner l'asystolie.

Le myocarde peut fléchir s'il est lésé dans sa nutrition et la méiopragie cardiaque est sous la dépendance, soit d'un trouble quantitatif que l'on rencontre dans la sclérose des coronaires soit d'un trouble qualitatif lors d'un déséquilibre physico-chimique du milieu sanguin : variation de la viscosité, diminution de l'ion calcium excitant normal du sympathique (Gallupi-Engelen), augmentation de l'ion potassium excitant du vague, variation de la teneur en oxygène et en gaz carbonique (Weiss et Lowbeer).

On connaît depuis longtemps les troubles cardiaques des dysthyroïdies (asystolie basedowienne) conditionnée à la fois par un trouble mécanique et par une intoxication du sympathique et du myocarde par la sécrétion thyroïdienne anormale, les troubles du myxœdème, de la ménopause et de l'insuffisance surrénale (asystolie surrénale de Josué et Belloir).

Enfin certaines insuffisances cardiaques semblent liées à un surmenage (coureur de Marathon) et aux émotions comme la guerre en fournit de nombreux exemples.

Étude clinique. — Nous étudierons successivement les trois types classiques de l'insuffisance cardiaque et leur aboutissant commun : l'insuffisance globale du cœur.

Insuffisance auriculaire. — Nous serons bref sur sa description car ce que l'on connaît du rôle physiologique de l'oreillette, point de départ du stimulus cardiaque, fait présumer qu'une insuffisance purement auriculaire se traduira par des troubles du rythme. Au début ce seront des extrasystoles à type auriculaire, coupées de crises de tachycardie paroxystique, parfois seulement des crises de tachysystolie auriculaire non perçues par le malade. Plus tard l'oreillette se dilate, entre en fibrillation ce qui se traduit par une arythmie complète telle qu'elle fut décrite par Mackensie et Lewis. Les signes objectifs en seront une accélération et une irrégularité du pouls persistante, l'absence sur un phlébogramme du soulèvement présystolique *a*, avec fusion de *c* et de *v* (forme ventriculaire du pouls veineux de Potain), et la présence sur un électrocardiogramme de trémulations innombrables entre les complexes Q. R. S., c'est-à-dire sur toute l'étendue de la période diastolique. La radio montre une dilatation des oreillettes. Le malade le plus souvent porteur d'un rétrécissement mitral ou d'une symphyse péricardique, se plaindra de dyspnée d'effort et pourra accuser une douleur dans la partie inférieure de l'espace inter-scapulo-vertébral gauche (point auriculaire de Vaquez). Rarement une irritation récurrentielle causera une toux coqueluchoïde (Lian-Wertheimer). L'insuffisance auriculaire est le plus souvent définitive. Elle peut être supportée pendant très longtemps, mais le malade est en équilibre circulatoire instable et lors d'une maladie intercurrente s'acheminera plus ou moins rapidement vers l'insuffisance globale.

Insuffisance ventriculaire droite. — ÉTIOLOGIE. — L'insuffisance ventriculaire droite succédera, soit à des lésions d'organes proches ou éloignés solidaires du cœur droit, soit à des lésions purement cardiaques congénitales ou acquises. Ces lésions d'ailleurs conditionneront le plus souvent l'hypertension de la petite circulation qui est le facteur principal de la défaillance ventriculaire. Les causes de l'insuffisance droite peuvent être réparties en deux groupes :

CAUSES EXTRACARDIAQUES. — Ce sont les lésions pulmonaires chroniques sclérosantes (emphysème, phtisie fibreuse, bronchite chronique, dilatation bronchique) qui conditionnent une artérite pulmonaire avec hypertension dans la petite circulation. A côté on peut faire une place aux adénopathies hilaires comprimant l'artère pulmonaire (Moussoir-Laubry), aux pleuro-péricardites adhésives, aux cyphoses et aux scolioses, aux anévrismes de la base du cœur, soit de la crosse de l'aorte entraînant une compression de l'artère pulmonaire, soit anévrisme de l'artère pulmonaire elle-même, soit anévrisme artério-veineux.

CAUSES CARDIAQUES. — Ce sont :

1° Rétrécissement pulmonaire pur ou associé à une communication interventriculaire (maladie bleue);

2° Les affections mitrales, notamment le rétrécissement lorsqu'il se complique de sclérose de l'artère pulmonaire par hypertension de la petite circulation due à la stase dans l'oreillette gauche et d'insuffisance de l'orifice pulmonaire liée à une endartérite infectieuse.

ÉTUDE CLINIQUE. — A sa période de début le malade se plaindra d'une dyspnée d'effort plus ou moins vive accompagnée de palpitations régulières. Il n'y a aucune douleur précordiale, aucune angoisse. L'exa-

men ne montre, outre les signes propres aux maladies causales, qui font soupçonner l'insuffisance cardiaque qu'une légère augmentation des cavités droites, une arythmie extrasystolique provoquée par l'effort, un léger gonflement des jugulaires, un peu de cyanose de la face. A cette phase, pour faire un diagnostic ferme d'insuffisance cardiaque, on sera souvent forcé de s'adresser à des épreuves fonctionnelles : modification de la fréquence du pouls provoquée par l'effort (Stabelin-Max Hertz), durée de l'accélération du pouls (Mendelsohn-Lian).

A sa période d'état, l'insuffisance ventriculaire droite se traduira objectivement par :

1° *Une tachycardie* régulière, modérée ou accentuée, persistante au repos, rapidement influencée par l'effort, résistante aux toni-cardiaques. C'est un signe précoce, contemporain du début de la dilatation ventriculaire, l'augmentation du nombre des battements suppléant à l'énergie déficiente des parois;

2° *Une dilatation du ventricule droit.* — Celle-ci se traduira à l'inspection par des battements de la région xyphoïdienne. La percussion montre un ventricule droit débordant le bord droit du sternum à sa partie inférieure, la pointe du cœur étant rejetée vers la ligne axillaire, et l'aire cardiaque prenant une forme étalée. La radioscopie confirme ces données. De face, au début, le cœur est triangulaire (Laubry). Plus tard l'ombre s'élargit, débordant le bord droit du sternum, avec allongement du diamètre transversal. La pointe est surélevée et se détache du diaphragme. Si la dilatation est très forte elle réalise l'aspect du cœur en sabot (Vaquez et Bordet). En position transverse gauche à 85 degrés, le ventricule hypertrophié ou dilaté, s'applique contre la paroi sternale, et fait disparaître l'espace clair antérieur cardio-sternal. Enfin de face, le point A (union du ventricule droit et de l'artère pulmonaire) est à un niveau supérieur au point G (partie supérieure de l'arc ventriculaire gauche);

3° *Un bruit de galop droit*, quelquefois perceptible à la palpation de l'angle costo-xyphoïdien. A ce niveau, l'auscultation révèle toujours un bruit sourd, surajouté aux deux bruits normaux et qui est présystolique, méso-diastolique, ou proto-diastolique, réalisant un rythme à trois temps. On peut d'ailleurs l'enregistrer graphiquement par un bouton de Marey placé dans l'angle xipho-costal, et le tracé ainsi obtenu donne un aspect de phlébogramme, la paroi hypotonique s'étant comportée comme une paroi veineuse;

4° *Une insuffisance pulmonaire fonctionnelle.* — Elle est rare mais pathognomonique. Elle s'objective par un souffle diastolique siégeant dans le IIe espace intercostal droit, à droite du sternum à propagation limitée vers le bas. Elle résulte de la perte de tonicité ventriculaire au niveau de l'infundibulum, empêchant la coaptation de l'appareil sigmoïdien.

5° *Une insuffisance tricuspidienne.* — Elle se traduit par un souffle systolique léger à l'extrémité interne des IVe et Ve espaces intercostaux gauches, coexistant avec un battement systolique des jugulaires. Fréquente pour Mackenzie et les classiques, elle est exceptionnelle pour Laubry. La tension artérielle est toujours normale.

L'interrogatoire révèle une dyspnée d'effort de plus en plus vive, finissant par être continue et irréductible, et interdisant tout travail. Elle est telle parfois qu'elle confine le malade dans son lit. Il souffrira de céphalée lancinante et gravative, augmentée par le décubitus horizontal, de vertiges, de bourdonnements d'oreilles. Il sera facilement somnolent. A peu près constamment, le médecin observera une cyanose, qui, modérée, ne se montrera qu'aux extrémités, aux oreilles, aux lèvres, ou qui intense, notamment dans les cas de rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire, sera permanente, souvent progressive, pouvant prendre une intensité énorme (cardiaques noirs d'Arillaga). A une telle cyanose se rattache l'hyperglobulie, plus accentuée aux extrémités qu'à la racine des membres, des modifications du fond d'œil et des déformations des doigts en baguettes de tambour.

Nous verrons que les plus modernes travaux ont rattaché à l'insuffisance ventriculaire gauche les signes périphériques classiques que l'on décrivait dans l'insuffisance ventriculaire droite.

Évolution et pronostic. — La constatation des signes objectifs signe un arrêt de mort rapide. En effet, la minceur de la paroi ventriculaire droite, sa pauvreté en éléments contractiles expliquent que le ventricule droit se laisse forcer facilement et ne récupère plus ses fonctions. Aussi, l'évolution est toujours accélérée, nécessitant un repos immédiat et une surveillance constante. Lors d'un effort ou d'une affection pulmonaire, les signes primordiaux apparaissent, sont encore accessibles au traitement, mais rapidement le ventricule arrive à la limite de ses forces et le tableau d'une asystolie irréductible s'installe, le malade sombre dans un état de torpeur continue entrecoupée de rêvasserie et la mort survient.

Insuffisance ventriculaire gauche. — Étiologie. — L'insuffisance ventriculaire gauche se produira :

1° Lorsque le ventricule gauche aura à faire face à une tâche trop rude; l'étiologie la plus fréquente sera, en effet, l'hypertension artérielle et, en général tous les processus augmentant la résistance à la progression du sang. Ce sont : la néphrite chronique azotémique, la néprite hypertensive (Widal), l'hypertension artérielle, permanente et solitaire, l'hypertension artérielle transitoire, les crises paroxystiques, l'aortite, l'artérite chronique diffuse. Le travail du ventricule sera aussi augmenté lorsque la masse de sang à soulever sera trop considérable, comme dans la maladie de Corrigan. Enfin, toutes ces causes pourront être intriquées comme dans la maladie d'Hogson.

2° Lorsque le myocarde aura perdu sa force contractive, soit par altérations organiques (myocardite chronique), soit par altérations fonctionnelles (myocardie).

Étude clinique. — L'évolution d'une insuffisance

ventriculaire gauche peut se diviser schématiquement en :

1° Petite insuffisance ventriculaire gauche (période des signes d'alarme de Laubry).

Elle se caractérise par :

a. Une dyspnée d'abord insidieuse, puis de plus en plus marquée sans signes caractéristiques.

b. Des palpitations fréquentes et violentes arythmiques ou régulières.

c. Des douleurs rétro-sternales accompagnées d'une sensation de constriction irradiées dans le bras gauche. En un mot, des douleurs angineuses. Ces trois signes apparaissent surtout lors du décubitus, ce sont, au début du moins, des signes nocturnes.

L'examen du malade montre une hypertrophie du cœur gauche avec choc violent de la pointe, une tension artérielle élevée, quelquefois un bruit de galop.

Ce stade non traité aboutira à :

2° La grande insuffisance ventriculaire gauche.

Le ventricule est forcé, la dilatation succède à l'hypertrophie.

Les signes objectifs seront :

A. *Signes d'hypotonicité myocardique.* — *a.* Augmentation du volume du ventricule gauche. La pointe sera abaissée, battant au VIe ou au VIIe espace sur la ligne mamelonnaire avec aire de matité cardiaque allongée. La radioscopie montre en position frontale une pointe de forme arrondie, globuleuse (ventricule en œuf de Bordet et Géraudel), rejetée en bas et à gauche plongeant dans le diaphragme. L'indice de déplacement de la pointe en profondeur est augmenté. En position oblique antérieure gauche, la pointe du cœur effleure le bord gauche de l'ombre vertébrale, le point G est élevé par rapport au point A. En position transverse gauche, l'ombre cardiaque emplit toute la cage thoracique.

b. Bruit de galop. Le plus souvent, c'est un bruit-choc surajouté présystolique (tout au moins au début), réalisant un rythme à trois temps ayant son maximum à la pointe du cœur ou dans son voisinage et toujours accompagné d'assourdissement des bruits du cœur.

c. Insuffisance mitrale fonctionnelle. Elle se traduit par un souffle systolique de la pointe, assez discret le plus souvent, coexistant quelquefois avec le galop et se plaçant alors après le premier bruit. Il traduit une dilatation de l'anneau d'insertion valvulaire liée à la dilatation ventriculaire totale. Il est constant, permanent, et ne disparaît qu'à la période ultime de débilité myocardique.

d. Insuffisance aortique fonctionnelle. C'est un signe rare, mais de grande valeur. Au cours de l'évolution, il apparaît un souffle doux, aspiratif au niveau de IIe espace intercostal droit qui n'est ni permanent, ni définitif, régressant lors des périodes d'amélioration.

B. *Troubles du rythme.* — Le plus fréquent est la tachycardie habituelle modérée, régulière, coexistante avec l'hypertension (tachycardie paradoxale de Grasset) et coupée par des extrasystoles ventriculaires gauches sporadiques.

Plus rarement, on observera une bradycardie modérée totale d'un pronostic plus grave. Enfin à une période de grande déchéance on constate un pouls alternant, c'est-à-dire une inégalité périodique de l'amplitude des battements artériels. On le met d'abord en évidence par des artifices (accélération provoquée des mouvements du cœur, compression artérielle en amont, examen sphygmo-manométrique) puis on le perçoit simplement par palpation du pouls à la radiale, sous forme d'alternances régulières de pulsations fortes et faibles. C'est un signe d'un très mauvais pronostic : un cœur alterné est un cœur condamné.

C. *Signes vasculaires.* — Ce sont surtout des variations dans le chiffre de la pression artérielle. Celle-ci varie avec l'étiologie, mais le plus souvent on observe un raccourcissement de la pression différentielle. Les chiffres de la maxima et de la minima se rapprochent, réalisant la formule sphygmomanométrique convergente de Lian. Enfin il existe quelquefois des signes vasculaires accessoires, variables avec l'étiologie : épistaxis, hémoptysies, hématuries, hémorragies rétiniennes.

Ce tableau sera coupé d'accidents paroxystiques qui sont :

1° *Le pseudo-asthme cardiaque.* — C'est une crise de dyspnée apparaissant le soir ou la nuit. Le malade dans son sommeil, est pris d'une angoisse douloureuse, avec sensation violente d'oppression qui le force à s'asseoir; la gêne respiratoire devient bientôt excessive, persiste pendant une ou plusieurs heures et disparaît enfin complètement. Cet incident, qui est souvent le premier signe de l'insuffisance gauche ne doit pas être confondu avec l'asthme essentiel. Le début de l'asthme cardiaque est plus violent, l'oppression est plus pénible, affectant aussi bien l'expiration que l'inspiration, la tachycardie est plus marquée, le nombre des mouvements respiratoires augmenté. La crise enfin ne se termine pas par l'expulsion de crachats perlés contenant des cellules éosinophiles et des cristaux de Charcot-Leyden. Ce pseudo-asthme paraît être une expression atténuée de l'œdème pulmonaire;

2° *L'angine de poitrine.* — C'est le symptôme fonctionnel de premier plan de l'insuffisance ventriculaire des aortites. Lors d'un effort comme la marche ou pendant le décubitus, le malade est pris d'une douleur violente et profonde de la région sternale, siégeant en général au manubrium, empiétant un peu sur les espaces intercostaux, constituant ainsi une barre. Le début en est brusque, l'intensité très violente. L'irradiation caractéristique se fait vers le bras gauche, le suit dans sa partie interne et atteint les deux derniers doigts. Plus rarement l'irradiation a lieu vers le bras droit ou vers le cou. La douleur est accompagnée d'une angoisse, d'une sensation de mort imminente, par retentissement psychique des impressions pénibles de l'accès. La crise peut être longue, la fin en est annoncée quelquefois par du hoquet, des éructations, des bâillements, la douleur et l'angoisse cessent brusquement, le bras gauche reste quelque temps un peu endolori;

3° *L'œdème pulmonaire*. — C'est la plus grave de toutes les complications et, pouvant entraîner la mort en quelques minutes, elle ne se révèle qu'à l'autopsie, lorsqu'on constate des poumons gonflés d'un liquide spumeux et sanguinolent (forme bronchoplégique de l'œdème pulmonaire aigu). D'ordinaire pourtant les accidents sont moins rapides, le diagnostic est possible. La nuit, le malade ressent un chatouillement dans la gorge avec tension douloureuse dans le thorax, puis bientôt expectore dans des quintes de toux superficielles des crachats spumeux, aérés, saumonés en quantité considérable. Le patient est extrêmement angoissé, le visage est pâle, couvert de sueur, le pouls petit, rapide et incomptable. La douleur thoracique est intense, irradiant dans le dos et les épaules. A l'auscultation on entend une pluie de râles crépitants fins qui, comme une « marée montante » envahissent toute la hauteur de la poitrine. La sonorité pulmonaire est paradoxalement augmentée.

Ces divers accidents peuvent s'observer isolément ou se succéder et s'alterner. Les deux derniers peuvent emporter le malade dès leur apparition.

Évolution et pronostic. — L'insuffisance du cœur gauche évolue parfois vers la mort dès son apparition, mais le plus souvent son évolution est parallèle à celle de l'affection causale. Le pronostic est donc bien meilleur que dans l'insuffisance ventriculaire droite. La faillite du cœur gauche est pendant longtemps accessible au traitement et une thérapeutique bien menée permet d'assister à de vraies résurrections : la dyspnée, les palpitations, les douleurs angineuses cessent; le bruit de galop, l'insuffisance aortique rétrocèdent, la tension revient à ses chiffres primitifs et il ne persiste qu'un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle, car, la dilatation ne régresse jamais qu'en partie. Pourtant une crise d'œdème aigu ou d'angor pectoris, la constatation d'un pouls alternant font redouter une mort imminente. Enfin le pronostic est assombri par la gravité des lésions causales, génératrices d'urémie ou d'hémorragie cérébrale.

Des travaux modernes ont essayé d'engager le pronostic dans une voie scientifique. Des auteurs allemands et américains, et en France, Clerc et Bascourret, Laubry et Deglaude ont tenté d'établir un électropronostic. Ils ont décrit, dans l'insuffisance cardiaque des altérations des électrocardiogrammes recueillis en dérivation I et II. L'espace Q R S mesurant normalement de 0"05 à 0"06 présente une largeur dépassant 0"10 et pouvant aller à 0"16. La ligne du tracé peut être infléchie, épaissie, semée d'encoches d'aspect quelquefois bifides, T peut être inversé. Dans l'insuffisance ventriculaire droite il y aurait prépondérance électrique du ventricule gauche, c'est-à-dire une diminution de S en D I et de R en D III. L'insuffisance ventriculaire gauche donnerait un aspect inverse, c'est-à-dire dans les mêmes conditions une exagération de S et de R.

Ces troubles semblent liés à la fatigue myocardique, et non comme on l'avait pensé à un bloc des arborisations du faisceau de His. Or, plus la combinaison simultanée des anomalies de Q R S et de E est complète, plus le nombre des dérivations intéressées est grand, plus sérieuse se montrera l'évolution ultérieure. L'inversion de l'onde T, surtout lorsqu'elle est associée à une fibrillation auriculaire quinido-résistante amènerait la mort dans 50 p. 100 des cas en moins de deux ans. Les complexes s'élargissent, s'aplatissent, coupés d'arythmies et de tachycardies et le cœur finit par mourir. Cet électro-pronostic ne peut évidemment détrôner la clinique, mais peut être dans certains cas un adjuvant précieux. Il en est de même de la recherche du débit cardiaque par la détermination du gaz carbonique dans le sang artériel, le sang veineux et l'air expiré. Dans l'insuffisance cardiaque on noterait une grosse diminution du débit qui, de 6 à 7 litres par minute environ, passerait à 3 litres et même moins (Léon Binet).

Période asystolique des insuffisances cardiaques. — Lorsqu'elles ont évolué pendant assez longtemps les diverses insuffisances cardiaques créent une stase veineuse qui se manifeste au niveau du tissu cellulaire, des divers viscères et même assez souvent des séreuses. La défaillance du ventricule droit provoque une stase auriculaire droite qui, secondairement, atteint tout le système cave. L'ondée sanguine propulsée par le ventricule droit diminuant, la circulation pulmonaire se ralentit. L'insuffisance ventriculaire gauche amenant une hypertrophie puis une dilatation du cœur gauche, la cloison interventriculaire est refoulée et vient bomber dans la cavité droite. Celle-ci est alors comprimée contre le diaphragme, gênée dans son expansion et dans sa contraction. L'oreillette droite ne peut plus se vider intégralement, d'où stase veineuse qui est plus marquée que dans l'insuffisance ventriculaire droite primitive, car à la défaillance fonctionnelle du ventricule droit s'ajoute l'insuffisance de la vis à tergo. Dans l'insuffisance droite, c'est l'insuffisance d'aspiration qui crée les œdèmes et la stase veineuse. Dans l'insuffisance gauche, à cette raison s'ajoute l'insuffisance de propulsion du sang artériel et secondairement du sang veineux par le ventricule gauche. Ces mécanismes pathogéniques réaliseront le tableau de l'asystolie, qu'il ne convient pas de décrire ici en détail tellement il est bien connu. Tous ont eu l'occasion d'observer ces malades très dyspnéiques, parfois avec Cheynes-Stokes (Laubry et Bloch), aux jugulaires gonflées et battantes, aux conjonctives subictériques, aux membres inférieurs œdématiés, au pouls petit, aux urines albumineuses, dont les poumons sont remplis d'œdème et de congestion parfois masqués par l'exsudat pleural et dont le foie est gros et douloureux.

Mais aux yeux du clinicien se marqueront des différences qui, en l'absence de tous renseignements étiologiques, permettront de poser un diagnostic. Dans l'insuffisance ventriculaire droite les œdèmes seront plus discrets, les jugulaires plus turgescentes, le visage est cyanosé, la dyspnée continue, les urines sont rares, la tension est basse. Dans l'insuffisance gauche les œdèmes sont énormes, le malade est pâle, terreux, la dyspnée est plus paroxystique que continue, le foie peu augmenté de

volume; les urines sont en quantité normale. Enfin, il y a hypertension absolue ou relative (asystolie avec hypertension de Portocalis).

Les syndromes que nous venons de décrire n'ont pas toujours cette pureté schématique, et les symptômes peuvent s'intriquer. Par exemple, des sujets emphysémateux, bronchitiques, peuvent avoir de l'hypertension artérielle conditionnant une insuffisance gauche tandis que leurs lésions pulmonaires commandent une insuffisance droite. Dans ces cas, l'œdème pulmonaire se mêle à la congestion passive, et pendant la dyspnée angoissante on voit apparaître de la cyanose et des douleurs angineuses. Les bruits de galop, les souffles de dilatation peuvent apparaître, selon les cas, à l'un ou à l'autre des orifices cardiaques.

Insuffisance globale. — Si les lésions myocardiques sont graves et étendues, l'insuffisance cardiaque frappe simultanément toutes les cavités sans prépondérance pour l'une d'elles et sans provoquer une réaction hypertrophique de leurs parois. C'est l'asystolie globale des maladies aiguës toxi-infectieuses : typhoïde, diphtérie, rhumatisme articulaire aigu. L'examen de la paroi montre une diminution de l'impulsion précordiale qui est remplacée par une sorte d'ondulation. L'auscultation fait entendre un affaiblissement des bruits du cœur, d'abord du premier bruit à la base, puis du deuxième, enfin un affaiblissement global, le rythme cardiaque n'étant plus perceptible qu'à la pointe ou derrière le sternum. Parallèlement le cœur s'accélère et prend un rythme fœtal. Ce tableau se complique souvent de collapsus vasculaire par insuffisance surrénale. Le pouls est faible, bientôt imperceptible, la tension tombe à 6 ou 7 centimètres de mercure et la mort arrive par collapsus général dans une syncope.

Traitement. — Le rôle le plus important sera donné aux tonicardiaques et parmi eux à la digitale et au strophantus employés le plus souvent sous forme de leurs glucosides : la digitaline et l'ouabaïne ont les mêmes actions sur les propriétés fondamentales du myocarde et entre eux il n'y a qu'une différence de rapidité et d'intensité d'action en faveur de l'ouabaïne et de durabilité en faveur de la la digitale. La digitaline a une action forte sur la conductibilité, une action moyenne sur la contractilité et l'excitabilité. L'ouabaïne, tout en agissant dans le même sens, a une action forte sur la contractilité, faible sur la conductibilité et l'excitabilité.

Ces actions pharmacodynamiques serviront de base à l'emploi clinique des deux tonicardiaques. Par son action prépondérante sur la conductibilité, la digitaline s'oppose au passage à travers le faisceau de His d'un grand nombre de stimuli faibles et désordonnés. Aussi l'indication de choix de la digitale sera la tachyarythmie complète des lésions valvulaires et des myocardites et la tachysystolie auriculaire (Gallavardin). En bloquant les contractions faibles et insuffisantes, seuls les stimuli les plus forts atteignent le ventricule, le rythme ventriculaire se ralentit et il se contracte plus efficacement. Mais cette action sur la conductibilité est néfaste, lorsque le rythme est déjà ralenti, par blocage du faisceau de His, par exemple et dans ces cas, l'action de la digitale peut amener vertiges et syncopes et accélérer l'insuffisance cardiaque. Donc la bradycardie compliquant l'insuffisance cardiaque réclame l'ouabaïne, de même que les insuffisances dues à une perte de la contractilité et de la tonicité du myocarde. L'ouabaïne sera le médicament des accidents aigus de l'insuffisance ventriculaire gauche, des accidents cardiaques, des néphritiques et des hypertendus, enfin de l'insuffisance ventriculaire droite grave et soudaine.

Nous n'insisterons pas sur la posologie qui est connue de tous. Actuellement, la digitaline ne s'emploie plus aux doses massives qu'Huchard avait préconisées. Lorsque les accidents cardiaques nécessitent une thérapeutique énergique, l'on donne XX à XXX gouttes par jour pendant deux à trois jours. D'autres médecins, à la suite de Fiessinger, sont partisans de doses plus faibles encore et donnent IV ou V gouttes par jour pendant fort longtemps. Ce procédé permet d'ailleurs de faire supporter au malade quatre milligrammes et plus de digitaline. L'ouabaïne s'emploie à doses de un quart à un demi-milligramme en injections intra-veineuses dans les accidents aigus, mais si ceux-ci sont d'intensité moindre, on donne l'ouabaïne *per os* à dose double de celle de digitaline qu'il aurait fallu donner dans ce cas.

Les autres toni-cardiaques sont beaucoup moins actifs et ne doivent être employés que dans l'intervalle des cures digitaliques. Ce sont : la spartéine, la scille sous forme de scillarène ou de summaxil, le muguet, sous forme de convallamarine en injection intraveineuse dont Laubry, Laignel-Lavastine ont récemment signalé les bons effets, le cratoegus, médicament des arythmies nerveuses, l'adonis vernalis, le chlorure de calcium et le camphre.

En possession de ces moyens médicamenteux on peut conduire le traitement de la façon suivante :

1° Au début de l'insuffisance cardiaque, et pendant l'intervalle des crises, le traitement médicamenteux comportera l'usage de digitaline à dose de v gouttes par jour les deux ou trois premiers jours de chaque semaine ou pendant une période de dix jours tous les mois. De même, pour l'emploi de l'ouabaïne *per os*. L'on peut donner aussi les tonicardiaques de remplacement : aubépine, spartéine, muguet. On a préconisé récemment l'opothérapie cardiaque sous forme d'extrait de myocarde (Martinet), du cœur de bœuf dégraissé (Renon) ou de lipoïdes cardiaques (Iscovesco). Mais l'importance principale sera donnée à l'hygiène : tout porteur d'insuffisance cardiaque latente devra autant que possible vivre dans une région sèche et tempérée, d'altitude modérée. Ses efforts musculaires seront réglés car en facilitant la circulation veineuse ils ont une action favorable sur le travail cardiaque; on préconise des repas peu copieux, on réduit le sel et les liquides.

2° A la période d'insuffisance cardiaque confirmée le repos au lit et le régime lacté doivent être immédiatement prescrits. L'on donne des tonicardiaques selon les indications étudiées plus haut et l'on institue un traitement symptomatique. Les œdèmes seront combattus par le vieux procédé des mouche-

tures, par des diurétiques, théobromine, chlorure de calcium ou par l'emploi du novasurol, composé de mercure et de diéthyl-malonylurée contenant 34 p. 100 de métal injecté dans les veines à la dose de 0,10 à 0,30 *pro die*. La congestion hépatique sera justiciable des purgatifs drastiques, les épanchements seront ponctionnés et des douleurs marquées ou une dyspnée trop vive justifieront l'emploi de morphine à faible dose.

Enfin, si possible, le traitement sera étiologique. La tachyarythmie sans insuffisance sera justiciable de la quinidine, les anévrismes, les aortites d'un traitement spécifique. L'hypertension sera traitée par un régime, les courants de haute fréquence, des bains carbo-gazeux de Royat. L'on aura quelquefois recours à la chirurgie qui, en réséquant les anévrismes artério-veineux, en rompant les adhérences pleuro-péricardiques et même, comme certains chirurgiens américains le préconisent, en modifiant les lésions valvulaires, amènerait une amélioration, quelquefois une guérison complète.

Enfin, l'insuffisance globale aiguë sera traitée par l'huile camphrée, l'ouabaïne, l'adrénaline sous-cutanée, et même dans des cas très graves et très rapides par l'adrénaline intracardiaque.

BIBLIOGRAPHIE

ALLAN. The etiology of 320 consecutive cases of failing heart, *Glasgow med. Journ.*, 1924, p. 81-96.

ADLESBERG, KAUDERS et PORGE. Ueber die Bedeutung gasanalytischer Untersuchungen fur die Diagnöse kongenitaler Herzfehler, *Zeit. f. d. ges. experim. Med.*, Berlin 1923, p. 346-361.

ARILLAGA. Signification pronostique de l'électrocardiogramme dans les insuffisances cardiaques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 13 déc. 1924.

BARBOSA. Estudo anatomo-clinico e experimental da insufficienca aortica myocardica, *Brazil med.*, Rio de Jan., 1924.

BARRY. Myocardial insufficiency, *Calif. State Journ. med.*, San Francisco 1922, p. 326-329.

BARTH. Zur Frühdiagnose der Herzinsuffizienz, *Centralbl. f. Herz. u. Gef.*, Dresde 1924, p. 229-232.

BINET. Recherches sur le débit cardiaque chez l'homme, *Presse méd.*, 29 janv. 1927.

BLANTON (W. B.) et BLANTON (H. W.). Cardiac standstill with syncope following pressure on right vagus nerve, *Journ. med. amer. Assoc.*, Chicago 1921, p. 1220-1222.

BLOCH et LAPPAS. La digitale, pierre de touche de la décompensation cardiaque, *Monde méd.*, 1er janv. 1927.

BOAS et DOONEIEF. The mechanism of peripheral stasio in myocardial insufficiency, capillary and venous pressures, *Arch. intern. med.*, Chicago 1924, p. 407-414.

BOHAN. The cause of heart failure in 450 cases, *Med. Herald Kansas City*, 1923, p. 333-336.

BORDET. *La Dilatation du cœur. Etude radioscopique*, in-8, 1926, Baillière et fils.

BORDET et GÉRAUDEL. Le ventricule gauche en œuf, *Arch. des mal. du cœur*, 1924, p. 735-743.

BOSSER. *Dauerheilung der Herzschwäche und der von ihr abhangigen chronischen Leiden*, Hanovre 1924.

BROOKS. The abdominal signs and symptoms in cardiac decompensation, *Ann. Clin. med.*, Baltimore 1923-1924, p. 357-364.

CLAWSON. The myocardium in non infections miocardial failure, *Amer. Journ. med. sciences*, Philadelphie 1924, p. 648-654.

CLERC et BASCOURRET. Les anomalies des complexes ventriculaires électriques et leur importance pronostique dans le cours de l'insuffisance cardiaque, *Revue de méd.*, Paris 1924, p. 587-607; — A propos des tracés électriques d'insuffisance myocardique, *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris 1926, p. 759-769; *Ann. de méd.*, 1927, n° 3.

CLERC et R. LÉVY. L'anarchie ventriculaire, *Presse méd.*, 25 août 1926, n° 68.

COLEMAN. Concerning somes phases of cardiac insufficiency, *Journ. med. Assoc.*, Georgia 1924, p. 486-488.

COLLIER. The adaptive changes of heart muscle, *Journ. med. Research*, Boston 1922, p. 207-249.

COTTIN et DE MEYER. De l'adaptation anatomique et fonctionnelle du cœur aux conditions pathologiques de la circulation, *Bull. méd.*, 1921, p. 840-842; *Gaz. des hôpit.*, 1921, p. 1285-1287; *Presse méd.*, 192x, p. 785-787.

DE BRUN (Roger). La myocardite dans la fièvre typhoïde, *Presse méd.*, 1er déc. 1926, n° 96.

DECASTELLO. Erscheinungen hochgradiger Herzinsuffuizienz, *Wiener klin. Woch.*, 1919, p. 1189-1190.

DUMAS. L'asystolie d'origine périphérique, *Ann. de méd.*, mai 1926.

ENGELEN. Kalzium bei Herzschwäche, *Centralbl. f. inn. Med.*, Leipzig 1924, p. 149-151.

FACIO. La insufficiencia cardiaca y sus leyes fisicas, *Semaine méd.*, Buenos-Aires 1919, p. 699-702.

FIESSINGER. L'insuffisance cardiaque des vieillards, *Journ. des prat.*, 1925, n° 13; — La fragilité du syndrome anatomo-clinique des myocardites et les causes de l'insuffisance cardiaque dite primitive, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, Paris 1926, p. 150-152.

FREY. Die Prognose der Herzfehler in der Schwangerschaft, *Centralbl. f. Gyn.*, Leipzig 1923, p. 1553-1562.

GALLAVARDIN. *Presse méd.*, 1926.

GASBARRINI et SEGRE. L'insufficienza del ventriculo sinistro, *Arch. d. path. et clin. med.*, Bologne 1923, p. 363; 1925, p. 173.

GALLUPI. Calcium et tonus du cœur, *Arch. patol. e clin. med.*, 6 déc. 1925.

GRASSMANN. Zur praktischen Beurteillung der Herzinsuffizienz, *Münch. med. Woch.*, 1922, p. 1258-1260.

GREENE. Certain fundamental errors in the diagnosis and treatment of myocardial insuffiency, *Canada med. Assoc. Journ.*, Toronto 1920, p. 785-803.

HUMMEL. Plötzlicher Herztod infolge Vagusreizung durch ubermässig angefüllte Speiseröhre, *Vrtlz. f. ger. Med.*, Berlin 1920.

KERR. Heart failure. Its underlying causes, clinical manifestation and treatment, *Calif. State Journ. med.*, San Francisco 1923, p. 417-420.

LABOUGLE. Au sujet de l'application aux militaires de quelques signes dynamométriques d'insuffisance fonctionnelle du cœur, *Soc. de méd. milit. franç.*, bulletin mensuel, 1924, p. 213-218.

LARGEAU. L'insuffisance ventriculaire droite, *Th. de Paris*, 1924.

LAUBRY. *Séméiologie cardio-vasculaire. Troubles fonctionnels*, Doin, 1924.

LAUBRY et BLOCH. Les variétés respiratoires du type de Cheynes-Stokes dans l'insuffisance cardiaque, *Bull. méd.*, Paris 1924, p. 9-12.

LAUBRY et CHAPERON. Etude anatomo-radiologique des cavités cardiaques. Application à l'étude des insuffisances ventriculaires, *Journ. méd. franç.*, avril 1926.

LAUBRY, ROUTIER et GIROUX. L'association digitaline-ouabaïne, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 avril 1922.

LAUBRY, ROUTIER et LARGEAU. L'insuffisance ventriculaire droite, *Presse méd.*, Paris 1924, p. 681-684.

LAUBRY, ROUTIER et OURY. L'insuffisance ventriculaire gauche. Son rôle en pathologie cardiaque, *Presse méd.*, 1925, p. 435-437.

LAUBRY et WALSER. Sur un cas d'insuffisance cardiaque primitive. Les myocardies, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1925, p. 409-418; *Paris méd.*, juillet 1925; — Les grands facteurs de l'insuffisance cardiaque, *Journ. méd. franç.*, avril 1926; — Les myocardies, *Revue méd. franç.*, 1926, p. 73-75.

LAUBRY, WALSER et DEGLAUDE. Complexes ventriculaires électriques et insuffisance cardiaque, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1926, p. 417-427; — Les modifications du complexe ventriculaire électrique dans l'insuffisance cardiaque, *Journ. méd. franç.*, avril 1926.

LIAN. De l'insuffisance cardiaque, *Presse méd.*, 9 juin 1926, n° 46; — Art. LES INSUFFISANCES CARDIAQUES, in *Traité de pathologie médicale* Sergent, Ribadeau Dumas et Babonneix, 1922, t. IV, Maloine; — Le pouls veineux dans l'insuffisance cardiaque, *Journ. des prat.*, 1923, p. 604-606; — De l'insuffisance cardiaque, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1925, p. 153-160; — L'arythmie de tension et les anisophonosphymies, *Pratique méd. franç.*, 1925, p. 52; — Arythmie complète. Insuffisance cardiaque et corps thyroïde, *Presse méd.*, 8 janv. 1927.

LOSCHKAREWA. Zur Frage der Blutdrucksteigerung bei Herzinsufficienz, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1923, p. 364-373.

LUTEMBACHER. Formes simples et complexes de l'insuffisance cardiaque, *Monde méd.*, 1924, p. 589-594; — L'insuffisance cardiaque dans les lésions chroniques du poumon, *Presse méd.*, 1er août 1923.

MAY. Un cas d'insuffisance primitive du ventricule gauche à forme pleurale, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1925, p. 432-435.

MOUSSOIR. Insuffisance ventriculaire droite irréductible par adénopathie hilaire et symphyse cardiaque, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1926, p. 129-132.

MULLER. Vasomotor changes in chronic cardiac insufficiency, *Norks. f. Laegewid*, Kristiana 1922.

NELSON. The diagnosis of failing compensation in valvular heart disease, *South. Med. et Surg.*, Charlotte, N. C., 1924, p. 210-215.

PARSONS-SMITH. The mechanism of cardiac failure, *Pracpiract. Land.*, 1925, p. 409-425.

PESKHIN. Myocardial insufficiency as a primary factor in the causation of an asthma complex, *Med. Journ. et Rec.*, New-York 1924, p. 486-490.

RAAB et RIHL. Untersuchungen ueber einen Fall von Kongetilem Herzvitium : Klinischröntgenologische Diagnostik und Symptomatologie. Electro-Kardiographische Untersuchungen, *Wiener Arch. f. Inn. Med.*, 1923, p. 391-414.

RAMOND. L'insuffisance ventriculaire gauche, *Conférence de Clinique médicale*, 3e série, p. 359.

REILLY. The immediate cause of cardiac decompensation its treatment, *Gaz. Detroit*, 1924, p. 623-627.

RESNIK et KEEFER. The significance of edema of the face in myocardial insufficiency, *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago 1925.

RIBIERRE. Conceptions actuelles des insuffisances cardiaques partielles, *Progrès méd.*, 1925, p. 507-516.

RIDGE. Pain as an early symptom in cardiac failure, *Kansas City Chir. Soc. quartier Bull.*, 25 nov. 1924.

RIESMANN. Manifestation of circulatory failure with remarks, *Wisconin med. Journ. Milwaukee*, 1924-1925, p. 589-593.

RONBIER et PÉTOURAUD. Insuffisance cardiaque avec thrill diastolique et souffle musical à propagation lointaine, *Lyon méd.*, 1925, p. 66-70.

ROUTIER, THOMAS et VADON. Symptômes et formes cliniques des myocardies, *Journ. méd. franç.*, avril 1926.

SAGER. Heart decompensation, *Med. Woman's Journ.*, Cincin., 1925.

SCHMODT. Zur Bewertung der Herzfehler in der Schwangerschaft, *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, p. 279-288.

SCHEDROVTZKY. L'insuffisance ventriculaire droite au cours des pneumopathies chroniques, *Monde méd.*, 1er fév. 1926.

STERN. The mechanisme of heart failure with special reference to valvular disease, *Memphis med. Journ.*, 1924, p. 211-214.

TESCHENDORF. Beiträge zur Röntgenologie der Fehler des rechten Herzens und zur Diagnose des Aortenaneurysmas, *Fort. a. d. Geb. e. Röntg.*, Hambourg 1923-1924, p. 375-381.

VAQUEZ. Art. MALADIES DU CŒUR, in *Traité de médecine* Gilbert et Carnot, 1921, t. XXIII, Baillière. (Contient toute la bibliographie antérieure à 1921.)

VEIL. Complexe électrique à l'état normal et pathologique, *Th. de Lyon*, 1922.

VOLHARD. Ueber die Differentialdiagnose der Herzfehler, *Fortbildungsvortrag*, t. LXXV; *Wiener med. Woch.*, 1926, p. 1149-1536.

WAGNER. La mort par le cœur dans la grossesse et dans l'accouchement, *Med. Klin.*, 24 juillet 1925.

WALSER. Les myocardies, *Th. de Paris*, juin 1925.

WASSERMANN. Ueber Angina-ähnliche Insuffizenzsymptom der Herzen die Angina respiratoria, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1924, p. 1493-1497.

WEISS et LOWBEER. Untersuchungen über ein Fall von Kongenitalem Hergvitium Gasanalytische Untersuchungen, *Wiener Arch. f. inn. Med.*, 1923, p. 381-390.

WERNER et STILGBAUER. Beitrag zur Frage : Herzfehler und Schwangerschaft, *Arch. f. Gyn.*, Berlin 1921, p. 41-62.

WERTHEIMER. Krampfhustein, ein Symptom des Herzversagens, *Wiener klin. Woch.*, 1925, p. 1358-1360.

WIEL. Truer standards in the diagnosis of heart failure. A hitherto unemphasized form of pulse irregularity, *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago 1921, p. 749-453.

YANDELL HENDERSON. La valeur fonctionnelle du cœur et sa mesure, *Bull. méd.*, 1926, n° 43.

YATES. Myocardial deficiency from an anesthesie strandpoint, *Current. Resear. anesth. and analg. enira*, New-York 1924, p. 36-40.

Thérapeutique. — BLACKMAN. Dietetic treatment of the decompensated heart, *South. med. and surg. Journ.*, Carlotte N. C., 1925, p. 526-529.

BLAU. Die intrakardiale Injektion, *Deut. med. Woch.*, 1921, p. 865-867.

BRELET. Le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique des vieillards, *Bull. gén. de thérap.*, 1924, p. 1488-1497; — *Journ. de méd. de Paris*, 1925, p. 861.

CHEINISSE. *Les Médicaments cardiaques*, 1926, Masson.

CRAWFORD et MAINTOSH. Observation on the use of novasurol in edema due to heart failure, *Journ. clin. invest.*, Baltimore 1924-1925, p. 333-358.

COMBY. Traitement de l'insuffisance cardiaque chez l'enfant, *Presse méd.*, 18 déc. 1925, n° 101.

EXALTO. Intracardial injection in heart failure, *Ned. Tijd. v. Gen.*, Haarlem 1923, p. 1576-1578.

FIESSINGER (Ch.). *Le Traitement des maladies du cœur et de l'aorte en clientèle*, Paris 1920, 3e édition, Maloine.

GOODWIN. A treatment of some of the formes of cardiac failure, *South. Texas med. Rec.*, Houston 1921-1922, p. 10-13.

GORDON. The value of venesection in the treatment of the decompensated heart, *Amer. Journ. med. sciences*, Philadelphie 1925, p. 671-678.

HERZER. Diethermiebehandlung chronischer Herzschwächezustände, *Sweiz. med. Woch.*, Basel 1925, p. 625-627.

HUNT. The treatment of cardiac failure, *Clin. Journ.*, London 1925, p. 205-211.

JOURNE. Traitement d'urgence de l'insuffisance cardiaque, *Presse méd.*, 4 déc. 1925, n° 97.

KAHN et WILLENSKY. Quinidine in treatment of cardiac decompensation, *Med. Journ. et Rec.*, New-York, p. 403-405.

LAIGNEL-LAVASTINE et Paul GEORGE. Insuffisance cardiaque

irréductible à la digitaline et à l'ouabaïne réductible par la convallamarine, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 14 mai 1926.

LUTEMBACHER. Traitement de l'insuffisance cardiaque par l'ouabaïne et la digitale, *Presse méd.*, 2 déc. 1922.

MAROIN et SOIFER. The value of camphor in oil as a cardiac stimulant, *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago 1924.

PARDEE. The treatment of patients with slight cardiac failure, *New-York med. Journ.*, 1920, p. 962-1008.

PICK. Ueber Medikamentose Therapic der Herzinsuffizienz, *Wiener klin. Woch.*, 1925.

PLETNEW. Die Systematische intravenöse Anwerdung von Einct-strophanthi bei Chronischer Insuffizienz des Herzens, *Klin. Woch.*, Berlin 1926.

ROBINSON. The treatment of heart failure, *Memphis Month. Journ.*, 1925.

ROMBERG. Ueber die Behandlung der chronischen Herzinsuffizenz, *Deut. med. Woch.*, 1923, p. 1381-1384.

ROUTIER. Traitement de l'insuffisance ventriculaire gauche, *Journ. de méd. de Paris*, 1925, p. 227-233.

RUDOLF. The treatment of chronic heart failure, *Canada med. Assoc. Journ.*, Torento 1925, p. 17-20.

SANTUCCI. Sulla terapia delle insufficience cardiache colla scilla marittima, *Minerva med.*, Torino 1925, p. 115-122.

SCHAPIRO. Ein Fall von Wiederbelebung durch intrakardial Adrenalinininjektion bei akurtem postoperativem Herzstillstand, *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1925, p. 798.

VAUTRIN. Sur l'action cardiotonique du scillarène, en particulier dans les troubles de défaillance du cœur, *Bull. méd.*, 1925, p. 1111-1113.

WYNN. The treatment of cardiac decompensation, *Journ. Indiana med. Assoc.*, Fort Wayne, 1925, p. 311-317.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 MAI 1927)

Mode d'action de l'autohémothérapie. — M. Auguste LUMIÈRE et Mme MONTOLOY. Les heureux effets de l'autohémothérapie peuvent se manifester dans les affections les plus diverses, non seulement dans nombre de dermatoses, telles que la furonculose, l'urticaire et la maladie de Quincke, les prurits et prurigos chroniques, le strophulus, l'eczéma, le zona, les dermites et dermatites de Brocq, mais aussi certains cas d'asthme, de coryza spasmodique, d'états anaphylactiques et même dans quelques psychoses fonctionnelles.

L'explication du mode d'action de l'autohémothérapie, se trouve, dit M. Lumière, dans la théorie colloïdale, ainsi qu'il l'a vérifié expérimentalement.

L'autohémothérapie conduit donc, par conséquent, à une modification de l'état humoral du sujet chez lequel elle est pratiquée, et cette modification qui assure l'amélioration ou la guérison de certains malades constitue un nouvel argument en faveur de la théorie colloïdale formulée par M. Auguste Lumière dans son livre sur « la théorie colloïdale de la biologie et de la pathologie. »

Vitesse de floculation et vitesse de neutralisation du sérum antitétanique vis-à-vis de la toxine tétanique. — M. S. SCHMIDT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 MAI 1927)

M. le professeur Ehlers (de Copenhague) assiste à la séance.

Accident oculaire grave par projection de vaccin jennérien. — MM. DELORD (de Nîmes) et VILLARD (de Montpellier) rapportent l'histoire clinique d'un médecin qui, en coupant un tube contenant de la pulpe jennérienne, reçut une minime parcelle de vaccin dans l'œil gauche. Cet incident entraîna rapidement des accidents graves et finalement on dut se résoudre à énucléer l'œil blessé.

Il est donc indispensable que tous ceux qui sont appelés à l'employer prennent des précautions pour éviter un tel accident. S'il vient à se produire, il est nécessaire de procéder de toute urgence à un lavage de l'œil, immédiat et abondant.

A ce propos, M. L. CAMUS fait remarquer que l'œil est un organe qui ne participe que partiellement à l'immunité vaccinale consécutive à la vaccination. Les paupières restent souvent plus réceptives au vaccin que la peau des membres, et la cornée ne s'immunise pas, même chez les sujets réfractaires à la vaccination cutanée.

La vaccination expérimentale de la cornée donne une immunité locale (active) sans conférer l'immunité générale.

La résistance de la cornée à l'immunisation coïncide avec l'absence de la propriété virulicide (pouvoir de détruire le vaccin) de l'humeur aqueuse. En remplaçant l'humeur aqueuse par du sérum d'un sujet immunisé par la vaccine (sérum virulicide) et en instillant de ce sérum à la surface de la cornée, on rend la cornée réfractaire à l'inoculation du vaccin (immunité passive).

Il est indiqué d'utiliser le sérum chauffé de sujets immunisés contre la vaccine pour s'opposer à l'évolution de la vaccine en cas d'inoculation accidentelle de la cornée. La propriété virulicide résiste au chauffage.

Etude physico-chimique des eaux minérales de Bourbon-Lancy et de Saint-Honoré. — Mlle ACHARD et M. Paul BLUM. M. Desgrez présente les résultats des recherches effectuées par les auteurs. Les premières présentent des constantes physico-chimiques voisines, mais non identiques. Les sources de cette station qui dégagent le moins de gaz se distinguent de celles qui ont un dégagement important par une plus forte quantité d'émanation contenue dans l'eau et dans les gaz spontanés. Les eaux de Saint-Honoré présentent de même une constitution physico-chimique confirmant leur classement ancien en deux groupes et contribuant à justifier la différence de leur action thérapeutique.

Condition médico-légale des paralytiques généraux traités. — M. Henri CLAUDE. L'emploi des méthodes nouvelles du traitement de cette maladie nous met désormais en présence de cas dont l'évolution est toute différente de ce que l'on observait autrefois. Il en est, à cet égard, comme des modifications qu'a apportées dans l'aspect clinique du tabes le traitement spécifique intensif longtemps poursuivi. On observe dans une proportion assez forte des rémissions prolongées ou même des régressions assez complètes de tous les symptômes pour qu'on puisse parler d'espoirs de guérison. Toutes les statistiques des auteurs des divers pays s'accordent à cet égard. La proportion de ces rémissions de longue durée varie entre 30 et 40 p. 100 des cas. La statistique de M. Claude, portant sur 143 cas, donne 40,5 p. 100 de rémissions complètes. Or, le pourcentage des rémissions spontanées et de courte durée est environ de 10 à 12 p. 100.

« Dans ces conditions, dit M. Claude, il est devenu beaucoup plus difficile d'apprécier quelles mesures conservatoires légales ou de protection sont applicables à de tels malades. Il convient naturellement de tenir compte de l'importance des fonctions, de la nature du travail, des responsabilités engagées, et cela dans l'intérêt même du sujet qui doit éviter toute cause de surmenage et rester longtemps soumis à un traitement médical. Nous estimons qu'il est nécessaire de faire toujours des réserves, même dans les cas en apparence les plus favorables, quant à la valeur de la capacité civile des sujets et la possibilité des rechutes. Néanmoins, il faut bien reconnaître que l'expérience nous a déjà montré que certains de nos malades à qui nous n'avions pas interdit la reprise de leurs occupations dans les affaires ont pu faire face à leurs obligations depuis plus d'un an dans des conditions satisfaisantes.

Il n'est donc pas défendu de penser que les décisions médico-légales concernant les paralytiques généraux traités doivent dans certains cas revêtir une forme moins sévère que par le passé. Ces décisions devront être prises moins hâtivement, elles devront même être différées et dans certaines circonstances la nomination d'un administrateur provisoire par exemple, qui constitue une procédure très employée, permettra d'éviter les mesures définitives et de continuer à suivre l'évolution de la maladie en mettant en œuvre un traitement énergique. Inversement il ne serait pas judicieux sur la constatation d'une transformation heureuse de la symptomatologie chez un paralytique, naguère délirant et agité, de conclure trop hâtivement au retour probable de l'activité psychique normale et de ne pas prévoir certaines dispositions au moins transitoires.

Il est bien entendu que nous n'avons en vue aujourd'hui que des faits qui constituent encore l'exception, mais comme le nombre de ces cas remarquablement améliorés s'accroît, nous croyons utile de conseiller désormais une grande prudence dans les décisions médico-légales concernant la capacité civile des paralytiques généraux traités. »

La période préclinique de la syphilis nerveuse. — M. Paul Ravaut s'appuyant sur les recherches qu'il poursuit depuis plus de vingt-cinq ans sur le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, sur des observations publiées de divers côtés, montre que la plupart des manifestations cliniques de la syphilis nerveuse sont précédées d'une phase biologique pendant laquelle les lésions évoluent silencieusement, mais peuvent être dépistées par l'analyse du liquide céphalo-rachidien.

D'après ces constatations l'auteur a proposé en 1914 de diviser en deux étapes l'évolution de la syphilis nerveuse : une *période préclinique*, débutant avec les premières lésions déterminées par le spirochète, période d'une durée parfois très longue, pendant laquelle les centres atteints dégénèrent, se détruisent petit à petit, mais ne manifesteront leur souffrance que tardivement par l'apparition du premier symptôme clinique ; pendant toute cette période, seul, l'examen du liquide rachidien permet de reconnaître ces altérations. Alors commence seulement la seconde phase, ou *période clinique* : ce n'est qu'à ce moment que peut être posé le diagnostic clinique de syphilis nerveuse.

Après avoir montré les dangers d'une telle atteinte, alors que le traitement est d'autant plus efficace qu'il est plus précoce, l'auteur détermine en se basant sur le dépouillement d'un millier d'observations le moment le plus opportun pour pratiquer la ponction lombaire qui permettra de mettre au jour ce travail occulte s'élaborant silencieusement au sein du système nerveux.

Contribution clinique à l'étude des vomissements à répétition des nourrissons, de leurs causes, et du traitement qu'il convient de leur opposer. — M. Rousseau Saint-Philippe. Les vomissements à répétition des nourrissons ne sont pas nécessairement liés à un obstacle, à un rétrécissement situé au pylore, c'est-à-dire au passage de l'estomac à l'intestin, ils ne le sont qu'*exceptionnellement*.

Au moins 95 fois sur 100, ils sont occasionnés par une intoxication, par de la dyspepsie venant, non de lui — du nourrisson — mais de l'aliment, du lait, et notamment *du lait de la mère*.

Par opposition, 5 fois environ sur 100, ils sont dus au rétrécissement, à la *sténose pylorique*, cette sténose pouvant être passagère et spasmodique ou congénitale et permanente. La sténose s'accompagne d'ailleurs d'intoxication et de dyspepsie, auxquelles il convient de remédier.

Les moyens médicaux à employer et qui réussissent dans la plupart des cas, sont les alcalins, la pepsine et l'acide chlorhydrique, l'ipéca et la rhubarbe, soit seuls, soit associés à la jusquiame et à la belladone. Les inhalations d'oxygène sont un utile adjuvant, de même que les piqûres remontantes. Il faudra aussi s'occuper d'améliorer le lait quel qu'il soit et malgré la difficulté.

Quand on se sera assuré, autant que faire se peut, par une observation patiente, par le tubage et la radioscopie que l'obstacle au pylore paraît réellement exister, on fera appel, et sans trop tarder, à l'intervention souvent heureuse du chirurgien, non sans surveiller l'avenir du petit opéré, qui reste souvent aléatoire.

Adrénaline des surrénales et produits opothérapiques. — MM. G. Mouriquand et A. Leulier rappellent que leurs recherches ont abouti à la démonstration d'une adrénaline virtuelle dans les glandes surrénales qui se libère progressivement pour donner l'adrénaline libre, dans le vide sulfurique.

Ils ont, d'autre part, montré que la cadavérisation fait progressivement disparaître l'adrénaline des surrénales.

De ces constatations découle, tout d'abord, l'indication de réviser les travaux ayant porté sur la teneur en adrénaline des surrénales cadavériques (prélevées à l'autopsie).

D'autre part, le phénomène de la cadavérisation, ou de la conservation défectueuse semble expliquer la faible teneur en adrénaline de certaines poudres de surrénales du commerce. Celles-ci auront leur teneur la plus élevée, lorsque, mises en maturation dans le vide sulfurique, toute l'adrénaline virtuelle sera devenue adrénaline libre.

LIVRES NOUVEAUX

Le Médecin (1), par Maurice de Fleury.

A l'ouverture du dernier Congrès français de chirurgie, nous avons unanimement applaudi au discours de son président J.-L. Faure qui a mis tout son beau talent au service d'une bonne cause, la défense du chirurgien devant les tribunaux ; seul, l'auteur de « l'âme du chirurgien » pouvait mener à bien un tel plaidoyer.

Maurice de Fleury vient à son tour de publier un charmant petit volume sur le *Médecin* qu'il dédie à son ami Faure. Comme les beaux esprits, les cœurs généreux se rencontrent.

Ce volume fait partie de la publication actuelle sur les *Caractères de ce temps*.

(1) Librairie Hachette.

En débutant il fait de la médecine un magistral tableau en montrant l'extrême étendue de son domaine; il conclut que « nous aidons à comprendre plus d'une page de l'histoire, et il ajoute en toute justice que les soixante volumes de Cabanès sont pour en témoigner ».

Sans doute, ce volume semble petit, mais, en réalité, il est énorme par l'abondance des sujets traités, des questions discutées, des problèmes soulevés.

Je regrette que la place me soit mesurée. Il y aurait tant à citer.

Nous ne pouvons que remercier notre ami d'avoir fait revivre devant nous tant de figures médicales, tant de maîtres que nous avons, nous aussi, connus et admirés. C'est Dieulafoy, c'est Potain, c'est Péan, Charcot, c'est Pozzi, et bien d'autres dont il nous fait des portraits saisissants.

Il faut aussi le remercier, lui qui a l'oreille des gens du monde, d'avoir mis le vrai médecin à sa vraie place.

Appartenant à l'Académie de médecine, il ne pouvait se montrer pour elle trop sévère. Retenons cependant le propos d'un grand savant allemand, assistant à une séance en 1910, et répondant à une interview de journalistes : « On yparle bien, mais on n'écoute pas. » Ce mot est toujours aussi vrai.

Après l'Académie, c'est la Faculté, l'hôpital, qui sont l'objet de portraits, dont quelques-uns sont merveilleux de malice.

Des femmes, car il y a le chapitre des femmes, de Fleury nous parle en sage, prévenant les jeunes confrères de s'en méfier. Il serait plus indulgent pour le chirurgien dont le prestige dépasse celui du médecin comme, aux yeux des bonnes d'enfant, le prestige du cavalier dépasse celui du fantassin. Quoi qu'il en soit, notre ami voudra bien reconnaître que le jeune médecin, plus que tout autre, a parfois à subir des assauts un peu rudes et qu'il lui faut pas mal de vertu pour y résister. Qu'en pense le Maurice de Fleury d'antan?

Je ne puis que mentionner les chapitres sur les praticiens, sur le style médical, sur l'athéisme et la mort du médecin, enfin sur l'avenir de la médecine. Tout serait à lire et il y a beaucoup à retenir dans ce petit volume, dont la lecture est un charme.

A. BROCHIN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 23 mai. — Jury : MM. Balthazard, président; Legueu, Sergent et Duvoir. — M. MOTZ. Etude sur les tumeurs du rein et du bassinet. — M. BARON. Sur un cas de néphrose congénitale. — M. PRADIER. Etude sur la toxicité des sels de chrome. — Mme PERRIN-BARREAU. L'assistante d'hygiène scolaire.

Mardi 24 mai. — Jury : MM. Bernard, président; Bezançon, Sicard et Chabrol. — M. FULLER. Etude sur la tuberculose pulmonaire. — Mlle FREY. Du retentissement des manifestations tuberculeuses extrapulmonaires. — M. CHAPPEL. Contribution à l'étude des syndromes complexes du carrefour sous-hépatique. — M. LAMY. Etude sur la scarlatine. — M. DANILEVICI. La maladie de Buerger est-elle autonome?

Jury : MM. Marfan, président; Lejars, Duval et Nobécourt. — M. GEORGES. Etude de la progeria. — M. BOUTIN. Etude des perforations de la vésicule biliaire lithiasique. — M. FAUVEL. Contribution à l'étude des exostoses de l'ischion. — M. ICHOK. Sur la question des chambres d'allaitement.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lemierre, Bordier, Papillon, qui acceptent; Lévy-Valensi, Laroche, Baudouin, Lian, Ameuille, Roger, Lecène, Guillain, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 19 mai. — Questions données : « Ligature de l'artère axillaire sans la clavicule. — Désarticulation du poignet. »

MM. Richard et Reinhold, 25; Petit-Dutaillis, 28; Bloch (René), 23; Braine, 26; Charrier, 28; Huet, 22; Lorin, 25; Fey, 29; Pascalis, 25; Michon, 26.

Liste des candidats admis à prendre part à la dernière épreuve clinique :

MM. Petit-Dutaillis et Fey, 48; Charrier, 45; Richard et Braine, 44; Michon, 43.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Séance du 19 mai. — Question donnée : « Infections péri-apicales chroniques et leur retentissement sur l'état général. »

Séance du 20 mai. — Mlle Pommay, 24; MM. Raison, 27; Lattes, 23; Croquefer, 22.

— RÉPARTITION, DANS LES SERVICES HOSPITALIERS, DE MM. LES ÉLÈVES INTERNES EN PHARMACIE POUR L'ANNÉE 1927-1928. — MM. les élèves internes en pharmacie sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49, à leur répartition dans les divers établissements hospitaliers pour l'année 1927-1928 :

Internes en fonctions (2e, 3e et 4e année) : le mardi 24 mai, à 15 h. — Internes de 1re année : le mercredi 25 mai, à 10 h.

MM. les élèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte annuelle d'interne sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ils seront appelés dans l'ordre de leur réception au concours.

Seront seuls admis dans la salle des concours MM. les élèves appelés à choisir au cours de chacune des deux séances; les internes en fonctions devront présenter leur dernière carte d'interne; les internes de première année ne seront admis que sur la présentation de leur bulletin d'inscription au dernier concours de l'internat en pharmacie.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. Carnot, professeur de thérapeutique, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. le professeur Gilbert, décédé. (*J. O.*, 19 mai 1927.)

— La chaire d'anatomie et la chaire de thérapeutique sont déclarées vacantes. (*J. O.*, 21 mai 1927.)

— *Concours de l'adjuvat.* — *Composition écrite* (lecture). — Séance du 20 mai. — MM. Lapeyre, 22; Blondin (Sylvain), 26; Blondin (Marcel), 24; Dessaint, 21; Sauvage, 26; Lecœur, 28.

— *Concours du prosectorat.* — *Composition écrite* (lecture). — Séance du 19 mai. — MM. Leibovici, 27; Gueullette, 25; Redon, 20.

Séance du 20 mai. — MM. Fèvre, 23; Chevallier, 20; Raiga, 21.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

HYGIÈNE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Pakowski, à Clermont-Ferrand.

MARINE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les médecins de réserve Ratel et Manon.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service sera prochainement vacant à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise), par suite du départ de M. le docteur Beaudouin. (*J. O.*, 21 mai 1927.)

MÉDECIN DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE ADJOINT. — Un concours est ouvert pour l'emploi de médecin départemental d'hygiène adjoint dans le département des Deux-Sèvres. *J. O.*, 19 mai 1927, p. 5280.)

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE. — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène d'Hauteville (Ain), est vacant. (*J. O.*, 19 mai 1927, p. 5280.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rouffart, fondateur de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique et de la Société belge de chirurgie, ancien sénateur de Bruxelles.

CHRONIQUE

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

L'Association générale des médecins de France a tenu, dimanche dernier 14 mai, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le docteur Bellecontre, sa soixante-cinquième assemblée générale annuelle.

Dans son discours d'ouverture, M. le président a souhaité la bienvenue aux délégués des 94 associations locales présentes et, dans un langage ému, a rendu un hommage officiel à la mémoire du docteur Benoit, de Montauban qui, bien que n'appartenant pas à l'Association, lui a légué tous ses biens avant de mourir; à celle de M. le docteur Langlet, ancien maire de Reims et ancien membre du Conseil général de l'Association, décédé à l'âge de quatre-vingt cinq ans, et enfin à celle du professeur Jules Bœckel, de Strasbourg, dont il rappela, en termes émus, la noble figure et l'amour profond pour la France

Les comptes de M. Bongrand, trésorier général, après lecture du rapport de M. le docteur Doizy, membre de la Commission de vérification, furent ensuite approuvés, ainsi que l'attribution de quinze pensions nouvelles à de vieux sociétaires sur les propositions du rapport de M. le docteur Vacher, d'Orléans, membre du Conseil général.

MM. les docteurs Bardier (Haute-Garonne), Choyau (Vendée), Peyre (Gironde), Bauzon, Lutaud et Noir (Société centrale), conseillers sortants sont réélus à l'unanimité des suffrages.

Vient ensuite la discussion du rapport de M. le docteur Thiéry, secrétaire général, sur les actes de l'Association au cours de l'exercice 1926 et le vote de ses conclusions adoptées par le Conseil général sur les différents vœux présentés par ces sociétés locales :

1° Versement d'une somme fixe de 5 francs à la caisse des fonds généraux par tête de sociétaire, en plus du droit statutaire de 1 fr. 20;

2° Maintien du droit d'admission de 12 francs;

3° Publication d'un livre d'or du corps médical et nomination d'une commission pour en fixer le règlement;

4° Entente avec tous les groupements professionnels pour la publication d'un Code de déontologie et la création d'un Ordre des médecins.

5° Fixation de la date de l'Assemblée générale au troisième dimanche de mai.

Avant de clore la séance après l'adoption de ces différentes motions, M. le docteur Thiéry, secrétaire général, fait part de l'événement tant attendu du Foyer médical installé au 10 de l'avenue d'Iéna, dans les locaux de l'Hôtel du prince Roland Bonaparte et manifeste toute sa satisfaction d'y convier pour le soir tous les confrères présents au banquet annuel clôturant les travaux du Congrès.

Ce banquet au menu très alléchant servi pour la première fois dans les salons du Foyer eut un succès sans précédent et quelques confrères, heureusement peu nombreux, ne purent, au vif regret des organisateurs, y prendre place.

Il était présidé par M. André Fallières, ministre du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociales, et au dessert, M. le docteur Bellencontre, président, dans une allocution très fine et très éloquente, après avoir remercié les délégués de province et les représentants des différents groupements médicaux et pharmaceutiques de leur présence, adressa à M. le ministre du Travail au nom de l'Association, toute sa reconnaissanee pour la marque de sympathie que sa présence accordait à notre grande Association.

M. le docteur Rousseau Saint-Philippe, au nom des délégués de province, M. le docteur Astier, membre de la Société de la Drôme-Ardèche, au nom des parlementaires présents, M. le docteur Decourt au nom de l'Union des syndicats, M. le docteur Vanverts au nom de la Fédération des syndicats, remercièrent M. le président Bellencontre; et enfin M. le ministre du Travail, clôturant la série des discours, exprima toute sa satisfaction de se trouver au milieu des membres du Corps médical dont il avait apprécié en maintes circonstances l'utile collaboration avec son Ministère et avec lequel il ne demandait qu'à s'entendre sur les questions graves qui, bientôt, vont venir en discussion à propos du projet de loi sur les Assurances sociales; il fit également part de toute la sympathie qu'il éprouve pour la grande et belle œuvre que poursuit avec tant de dévouement l'Association de prévoyance des médecins de France à l'égard des déshérités de la profession. Sa péroraison fut l'objet d'une chaude manifestation de la part des convives et de vigoureux applaudissements saluèrent ses dernières paroles.

NOTES DE PRATIQUE

ANÉMIE DE LA CROISSANCE

Associer les deux médications ferrugineuse et arsenicale.

1° A chacun des deux principaux repas, prendre deux pilules de :

Tartrate ferrico-potassique..........	10 gr.
Extrait de gentiane..........	8 gr.
Extrait thébaïque................	0g25
Extrait de noix vomique...........	(ensemble)

F. s. a. 100 pilules.

2° Avant chaque repas, prendre, dans un peu d'eau, v à x gouttes de Vanadarsine qui stimule à la fois les fonctions digestives et les combustions organiques.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Par M. Paul TRUFFERT,

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

I. FOSSES NASALES

Résection de la cloison ou cornétomie inférieure dans la cure de l'insuffisance nasale chez l'adulte. (G. Liébault. *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 30 nov. 1926.) — L'auteur, éliminant les cas où la conduite s'impose, envisage particulièrement les cas de déviation basse et de moyenne importance; elle s'accompagne presque toujours d'hypertrophie du cornet inférieur.

L'auteur pense que dans ces cas il faut préférer la cornétomie à la résection systématique. Celle-ci pratiquée seule n'améliore pas le malade tant que l'hypertrophie des cornets persiste.

La tuberculose des fosses nasales. (Retrouvey. *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 1927, n° 1, p. 15.) — Dans cette excellente Revue générale, l'auteur présente une étude complète de la question.

Cette Revue ne peut être qu'imparfaitement rendue par une analyse succincte.

Après avoir rappelé les données classiques (et les discussions) touchant la tuberculose secondaire et la tuberculose primitive des fosses nasales, l'auteur donne à la voie sanguine la priorité pathogénique.

Cliniquement, il étudie successivement :

La *forme ulcéreuse* des tuberculoses pulmonaires en évolution.

La *forme larvée* pseudo-hypertrophique.

La *forme pseudo-atrophique*.

La *forme végétante* se présentant, soit sous forme de *tuberculome*, soit sous forme *ostéo-cartilagineuse*.

Enfin, le *lupus* « forme la plus habituelle » de la tuberculose des fosses nasales.

Après avoir envisagé le diagnostic de ces différentes affections, l'auteur en aborde le traitement en passant en revue les diverses thérapeutiques chimiques, physiques, biologiques et chirurgicales.

Une bibliographie très détaillée et, fait rare, très précise, termine cette excellente étude.

L'abord chirurgical endonasal du sinus frontal et des cellules ethmoïdales. (W. Spielberg. *The Laryng.*, fév. 1927, p. 79.) — L'auteur, après avoir rappelé l'intérêt de conserver le cornet moyen comme repère dans les opérations endonasales pour éviter la lame criblée, décrit la technique qu'il a adoptée, modifiée de celle de Halle.

Le point particulier de cette technique consiste en la fracture du cornet moyen refoulé par le speculum de Killian contre la cloison. Celle-ci aura été préalablement redressée si besoin afin d'avoir le maximum d'espace; puis destruction à la pince du labyrinthe ethmoïdal. On peut atteindre ainsi le plancher du sinus frontal, lequel est détruit et le sinus curetté.

Après l'opération, remise en place du cornet moyen, lequel restera comme repère au cas où une intervention ultérieure serait nécessaire.

L'auteur insiste, dans le traitement postopératoire, sur la nécessité de surveiller la communication naso-frontale pour éviter son rétrécissement cicatriciel.

L'inflammation catarrhale des sinus accessoires du nez et son diagnostic. (O. Hirsch [de Vienne]. *The Laryngol.*, janv. 1927, p. 1.) — A côté de la forme suppurative de l'inflammation du sinus maxillaire, Zuckerkandl décrivait une forme catarrhale. La première était reconnue à la ponction du sinus maxillaire.

Hajeck, à côté, a décrit la dégénérescence polypoïde de l'ethmoïde. Mais aucun, pas plus qu'Uffenorde, n'a précisé les caractères cliniques.

Hirsch a, dans certains cas, trouvé le sinus maxillaire rempli de petits polypes ayant même structure histologique que les myxomes, nasaux ou choannaux, d'où leur identité. Pour Hirsch, en effet, tous les myxomes ont leur origine dans une inflammation chronique du sinus maxillaire.

Celle-ci se traduit par de petits polypes intrasinusiens, mais également l'inflammation catarrhale peut se traduire sous forme d'un cordon œdémateux traversant le sinus maxillaire et aboutissant toujours par l'une de ses extrémités à un des ostiums sinusiens.

Mais l'antre d'Highmore, s'il est le plus fréquemment touché, ne l'est pas toujours, ni exclusivement soit que l'inflammation se soit étendue aux autres sinus, soit que ceux-ci aient été atteints primitivement.

L'altération de la muqueuse retentirait secondairement sur l'os. Hirsch a fréquemment observé des résorptions osseuses dans la fosse canine sans que l'on puisse parler d'atrophie sénile.

Cliniquement, Hirsch insiste sur la concomitance fréquente de sinusite catarrhale chronique et d'asthme, sans vouloir en tirer dès à présent de déduction.

De même, elle coexiste fréquemment avec des manifestations catarrhales chroniques des autres muqueuses, en particulier de l'oreille moyenne.

L'abcès du lobe frontal d'origine sinusienne. (Portmann et N. Moreau. *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 1927, nos 1-2-3.) — A propos d'une observation personnelle, les auteurs reprennent une étude complète de cette intéressante question.

Au point de vue étiologique, ils rappellent l'importance de la syphilis et de la constitution anatomique des grands sinus pluridiverticulaires, et au point de vue pathogénique sur la continuité des lésions.

Cliniquement, ces abcès donnent des symptômes d'infection sinusienne, des symptômes généraux de suppuration, des signes d'hypertension intracranienne, enfin des symptômes de localisation.

Mais le tableau clinique est rarement au complet.

Les auteurs insistent sur les symptômes de localisation.

Dans le syndrome frontal ils distinguent :

Le *syndrome frontal intellectuel* (lié à une lésion de circonvolutions horizontales).

Le *syndrome frontal moteur* (par lésion de la frontale ascendante).

Le *premier* se caractérise, soit par de l'*excitation*, euphorie, loquacité, « tendance aux calembours », soit par de l'*inhibition*.

Le *deuxième* se caractérise, soit par des troubles de caractère cérébelleux, soit par des troubles moteurs purs.

Ces derniers seraient les plus fréquents, peut-être parce que plus facilement observés.

Ces abcès évoluent en quatre périodes :

Au début, simple élévation thermique et vomissements, puis *rémission*.

Enfin, *stade de manifestations cliniques* auquel fait suite le *stade terminal*; mort :

Soit dans le coma,

Soit au milieu des signes d'inondation ventriculaire,

Soit par méningite aiguë.

Guérison spontanée signalée par Eagleton (exceptionnelle).

Suit l'exposé de la thérapeutique chirurgicale classique et une importante bibliographie.

II. BOUCHE. PHARYNX

Les sténoses postchirurgicales du naso-pharynx et leur traitement. (MARTINAUD. *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 1926, n° 21, p. 637.) — A propos de deux observations, Martinaud rappelle les notions classiques de cette complication opératoire.

Il rappelle en particulier l'importance de la syphilis héréditaire et établit un parallèle entre le syphilome naso-pharyngien et le syphilome ano-rectal.

Suit une étude clinique où Martinaud envisage successivement les *sténoses partielles* et les *sténoses totales* et leurs conséquences respiratoires, auriculaires et générales.

Le traitement sera *prophylactique* en tenant compte du terrain, et *curatif*. S'il s'agit d'adhérences limitées, la diathermie trouve ses indications les plus favorables.

Si les adhérences sont étendues, le traitement devra être éclectique, d'autant qu'il s'agit d'un rétrécissement annulaire concentrique et progressif.

La libération chirurgicale, suivie de résection du bloc fibreux, permet un calibrage, d'abord à l'aide d'un tube de mèche iodoformée, ensuite à l'aide d'un tube de caoutchouc, dont on augmentera le calibre chaque semaine jusqu'au n° 60 ou 62.

Un cas de sarcome du cavum, chez un enfant, avec propagation intracranienne. (BRINDEL, RETROUVEY et GUINANDEAU. *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 1927, n° 3, p. 101.) — Les auteurs rapportent l'observation d'un enfant de six ans adressé pour « ophtalmoplégie, cécité droite, fatigue générale et amaigrissement », lequel a succombé rapidement à une tumeur du cavum malgré un traitement radiothérapique prolongé.

A l'autopsie, on constate l'existence d'une tumeur du volume d'une mandarine ayant détruit tout l'étage moyen de la base du crâne et s'infiltrant dans les deux orbites. L'hypophyse était détruite.

Histologiquement, « sarcome à éléments cytologiques polymorphes ».

Les auteurs insistent sur certains points particuliers de cette observation :

1° La mère du jeune malade a succombé à un sarcome à myéloplaxes de l'extrémité supérieure du fémur.

2° Le silence dans lequel avait évolué ce vaste envahissement, en particulier l'absence de glycosurie et de polyurie malgré l'atteinte de l'hypophyse.

3° L'intégrité du ganglion de Gasser, constatée à l'autopsie, explique l'absence des névralgies signalées par Jaccod dans son « syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal, secondaire à certains sarcomes péritubaires ».

4° Un traitement radiothérapique intense n'a amené d'amélioration que pendant quarante-trois jours. Cette amélioration fut suivie d'une reprise rapide et radio-résistante.

Sur quelques anomalies et accidents de la dent de sagesse. (Professeur MOURE. *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 1927, n° 4, p. 113.) — Certains accidents, dus à des dents de sagesse incluses, sont difficiles à diagnostiquer sans le service de la radiographie. Ce sont :

Soit des poussées amygdaliennes pouvant aller jusqu'à la formation d'abcès à répétition;

Soit des otalgies rebelles et que rien n'explique.

Moure rapporte une observation dans laquelle l'accident se présentait sous la forme de poussées de parotidite que rien n'expliquait mais que l'avulsion de la dent a suffi à faire disparaître définitivement.

L'auteur insiste sur l'intérêt de l'anesthésie tronculaire.

III. OREILLES

Les facteurs physiologiques dans l'évolution de la méningite otitique. (W.-P. EAGLETON. *The Laryn.* fév. 1927, p. 113.) — Eagleton pense que la méningite purulente peut guérir spontanément, et en tout cas, est curable tout le temps qu'elle reste localisée. Diffuse, elle est au-dessus de toute thérapeutique.

Dans le cas de méningite otitique, l'inflammation met en jeu la réaction physiologique des cellules sous-arachnoïdiennes c'est-à-dire détermine leur prolifération et des adhérences lesquelles localisent pendant un moment l'infection méningée.

a. *Méningite secondaire à une labyrinthite.* La voie de l'infection (vérifiée à l'aide d'injections), se fait par les espaces périlymphatiques puis le conduit auditif interne pour aboutir au confluent sous-arachnoïdien interpédonculaire. De telles méningites traitées précocement par ouverture et drainage du conduit auditif interne doivent guérir à coup sûr.

b. *Méningite secondaire à une otite moyenne.* Elle relève d'une thrombophlébite soit du sinus latéral, soit d'une petite veine du tegmen.

Dans ce cas, la diffusion de l'infection se fait vers le grand confluent sous-arachnoïdien. Il faut donc dans ces cas inciser la dure-mère à distance du sinus et se diriger vers le confluent. Le plus souvent en verra sourdre en abondance le liquide céphalorachidien, et la guérison suivra si le liquide est clair.

Si le liquide n'apparaît pas, c'est qu'il existe peut-être des adhérences qu'il faut respecter. Les paralysies oculaires constituent un élément de pronostic très grave.

Quant à la voie du sac endolymphatique, Eagleton la considère comme exceptionnelle et diagnosticable seulement à l'autopsie.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale « a frigore ». (E. ESCAT, *Ann. mal. or*, 1927, n° 3, p. 213.) — Escat appelle l'attention sur le traitement chirurgical de la paralysie faciale *a frigore*. Lorsque cette paralysie ne fait pas sa preuve étiologique : syphilis, zona, otites aiguës ou chroniques, à la rigueur hystérie, elle relève d'une ostéite inflammatoire du massif facial.

Récemment, Barraud, de Lausanne a préconisé la découverte du VII.

Escat pense qu'il suffit d'une trépanation mastoïdienne, et surtout d'une ouverture large des cellules qui avoisinent le massif facial, sans chercher à ouvrir le canal de Fallope.

Escat rapporte deux observations anciennes qui ont été

suivies l'une et l'autre de guérison rapide du syndrome paralytique.

Escat précise la symptomatologie de cette otite torpide :

a. *Hémiplégie faciale complète*;

b. *Douleur à la pression sur le versant antérieur de la pointe mastoïdienne et dans le sillon rétroauriculaire*;

c. *Hypéresthésie au toucher par le stylet de la paroi postérieur du conduit et de la membrane du tympan*;

d. *Hyperémie et légère tuméfaction du segment « prétympanal » de la face postérieure du conduit.*

La névralgie faciale essentielle et le névralgisme facial. (P. Ardouin. *Rev. lar. oto. rhin.*, 1927, n° 7, p. 240.) — Ardouin oppose, conformément à l'enseignement de M. Sicard, la *névralgie faciale essentielle* avec ses trois actes sensitif, moteur et sympathique dont le caractère est d'être unilatérale, discontinue, limitée au V et le *névralgisme facial* souvent bilatéral, diffus et vague.

La première relève d'une thérapeutique d'alcoolisation, de glycérine phéniquée à 30 p. 100, et au besoin chirurgicale.

Le second ne tire de ces thérapeutiques aucun avantage.

IV. LARYNX

Sur quatre cas de paralysie des dilatateurs de la glotte d'origine syphilitique. (Rebattu, *Rev. lar. ot. rhin.*, 1926, n° 20, p. 620.) — De quatre observations de paralysies des dilatateurs de la glotte chez des malades nettement spécifiques, Rebattu tire les indications suivantes :

1° Il est important d'*agir vite et de frapper fort*, car il s'agit probablement de lésions inflammatoires en évolution;

2° Il semble que la lésion soit au début une méningo-vascularite et peut se présenter au stade initial du tabes.

Considérations sur le cancer de la bande et de la cavité ventriculaires du larynx. (A. Valat. *Th. de Paris*, 1927, Arnette.) — Après avoir précisé ce qu'il fallait entendre par cancer intrinsèque du larynx (le cancer extrinsèque étant pharyngolaryngé), Valat distingue dans ce cancer vraiment laryngien quatre formes cliniques :

Cancer de l'épiglotte;

Cancer de la corde vocale, très souvent épidermoïde de type cutané, de traitement chirurgical;

Cancer de la sous-glotte, rare.

Cancer de la bande et de la cavité ventriculaire (10 p. 100), sus-glottique, bilatéral, végétant, envahissant. Il est caractérisé par une *dyspnée* précoce, une *douleur* locale, et des troubles légers de la déglutition surtout pour les liquides. La dysphonie y est tardive et légère.

L'extension périphérique est précoce, l'adénopathie non exceptionnelle.

Histologiquement. — Tous les types d'épithéliomas, mais jamais d'épithélioma épidermoïde de type cutané.

C'est donc une tumeur radiosensible.

Par contre, son étendue contre-indique l'exérèse chirurgicale.

Le traitement rœntgenthérapique sera précédé soit de trachéotomie, soit de résection des cartilages.

Valat rapporte 12 cas.

1 traité par la chirurgie seule, guéri depuis un an.

11 cas traités par rayons seuls ou associés à la chirurgie.

6 guérisons datant de six mois à trois ans et demi.

Parmi ces 6 malades.

1 était inopérable.

4 étaient justiciables de laryngectomie totale.

1 était justiciable d'une laryngectomie économique.

Cette étude, fort intéressante est écrite avec précision et clarté, doit être lue attentivement en entier. Valat en effet s'est attaché à garder l'impartialité d'un clinicien. Il nous a rapporté des faits impressionnants. Cette impartialité même, nous conduit à souscrire à ses conclusions.

V. TRACHÉE. BRONCHES. ŒSOPHAGE

Faux abcès du poumon et lipiodol. (Harris P. Mosher. *The laryng.*, 1927, n° 2, p. 128.) — L'auteur attire l'attention sur l'image radioscopique simulant à s'y méprendre un abcès du poumon après injection de lipiodol à 40 p. 100.

Il recommande, se basant sur des études expérimentales d'utiliser un lipiodol d'un titre moins élevé et de le nébuliser dans les bronches.

Les injections transglottiques de lipiodol chez les enfants. (C. J. A. van Iterson et D. J. Steentuis [Leyde]. *Arch. intern. de laryngol.*, avril 1927, p. 399.) — Après anesthésie pharyngo-laryngée à l'aide de cocaïne, les auteurs instillent le lipiodol à l'aide d'une seringue munie d'une canule spéciale.

Cette canule est fermée à son extrémité, mais percée latéralement de douze petits orifices. Le lipiodol ne sort que lorsque l'extrémité de la canule a franchi les cordes vocales.

Sur six enfants de deux à neuf ans, les auteurs n'ont subi qu'un seul échec dû à la spasmophilie.

Cette méthode est sans contredit préférable à la voie cricothyroïdienne, laquelle n'est pas exempte de dangers.

Les infections chroniques non spécifiques des poumons. (Chevalier Jackson. *Arch. int. lar.*, 1927, t. II, p. 385.) — La cause des infections chroniques du poumon est la stagnation des exsudats par suppression de la toux, drainage physiologique du poumon.

Elle est corollaire de l'obstruction bronchique soit par corps étranger, soit par rétrécissement cicatriciel ou congénital, soit par compression extrinsèque.

La bronchoscopie, en même temps qu'elle facilite le diagnostic facilite la respiration des sécrétions non seulement dans un but d'investigation bactériologique, mais encore dans un but thérapeutique.

Trois cas de diagnostic endoscopique rares. (J. D. Kernan. *The laryng.*, 1927, n° 1, p. 62.) — Il s'agit d'un cas de papillome de l'œsophage chez un enfant de dix ans présentant des spasmes de l'œsophage.

D'un cas de lipome de la bifurcation trachéale chez un homme de cinquante ans.

D'un cas de fibrosarcome trachéal chez une femme de quarante-cinq ans.

Le point intéressant de ces deux dernières observations est que ces malades étaient considérés comme atteints d'asthme bronchique. Ils furent l'un et l'autre guéris par l'ablation de la tumeur.

Deux cas de corps étrangers de la région sous-glottique, chez un nourrisson et un enfant, extraits par laryngoscopie directe. (J. Terracol et M. Lacroix. *Arch. intern. de laryngol.*, avril 1927, p. 429.) — La première observation est celle d'un enfant de quatre ans ayant aspiré un œillet de chaussure et chez lequel le diagnostic ne fut posé que treize jours après l'accident. L'enfant avait été considéré avant comme suspect de diphtérie. L'ablation du corps étranger a supprimé les troubles respiratoires et a été suivie de guérison rapide.

La deuxième observation est celle d'un enfant de onze mois ayant aspiré une boulette de papier d'étain. La guérison a suivi immédiatement l'ablation du corps étranger.

Second cas d'épingle de sûreté ouverte pointe en haut dans l'œsophage d'un nourrisson. Œsophagoscopie. Guérison. (J. N. Roy [de Montréal]. *Arch. intern. de laryngol.*, avril 1927, p. 431.) — Roy, à propos de cette observation d'un enfant de dix mois, rappelle sa méthode qui consiste à désenclaver la pointe de l'épingle et à venir la coiffer avec le tube œsophagoscopique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1927)

A propos des injections intradermiques de peptone. — M. CHIRAY, à la suite de la récente communication de MM. P. Vallery-Radot et Blamoutier, rapporte cinq observations dont trois concernant le rhume des foins et deux des crises d'asthme, où les malades ont été traités par les injections intradermiques de peptone. Les résultats furent, dans tous les cas, très intéressants, notamment dans deux cas d'asthme essentiel. L'auteur fait remarquer que les excellents résultats ne sont pas durables.

Prophylaxie de la tuberculose dans le personnel hospitalier. — M. ARMAND-DELILLE, à propos de la communication de M. Pissavy, recommande l'emploi du masque, analogue à celui employé par les chirurgiens lors des interventions. L'auteur, d'après les recherches poursuivies à l'hôpital Hérold, aurait obtenu également d'excellents résultats par l'emploi de ce moyen dans les consultations pour éviter la contamination de la rougeole.

Adéno-lymphoïdite aiguë bénigne. — M. CHEVALLIER signale, à propos de deux malades, l'histoire clinique de cette affection qui rappelle la fièvre ganglionnaire. Après une angine ou même sans angine, on voit apparaître, le plus souvent chez des étudiants en médecine, des adénopathies multiples qui font penser à la possibilité d'une infection syphilitique. Il existe, en général, une réaction fébrile, et le sang montre une mononucléose considérable, de 55 à 65 p. 100 en général. Il existe en général plusieurs poussées, mais l'évolution reste bénigne avec conservation d'un bon état général.

M. PILOD rappelle avoir signalé des cas semblables avec M. de LAVERGNE, et fait remarquer que les diverses variétés d'angine s'accompagnent d'une mononucléose légère.

M. CHEVALLIER considère que la mononucléose des angines n'est jamais intense et qu'elle est loin d'atteindre le taux de celle de l'adéno-lymphoïdite aiguë.

Un cas d'adipose douloureuse (maladie de Dercum). — MM. Marcel LABBÉ et R. BOULIN rapportent un cas de lipomatose nodulaire avec obésité chez une femme de quarante ans, et discutent à propos de cette observation qui pourrait présenter, logiquement, l'existence de la maladie de Dercum. Ils montrent qu'aucun des caractères symptomatiques, étiologiques, pathogéniques et physiologiques donnés par Dercum n'est constant, et pensent qu'il vaudrait mieux rayer le nom de maladie de Dercum de la pathologie. Ils pensent qu'on peut plus avantageusement distinguer trois types : les lipomatoses nodulaires, les adiposes diffuses ; enfin l'obésité qui est caractérisée par l'augmentation de poids du corps.

Crises d'épilepsie bravais-jacksonienne apparues à l'occasion d'accidents sériques chez un malade porteur de tumeur cérébrale secondaire latente. — MM. PAGNIEZ et LEROND. Un homme de cinquante-sept ans, à l'occasion d'une poussée de congestion pulmonaire massive, juxtanéoplasique, reçoit des injections de sérum antipneumococcique. Il a déjà reçu antérieurement du sérum antitétanique ; il présente au troisième jour des accidents sériques précoces, et, en même temps que ceux-ci, apparaît une crise jacksonienne typique de l'hémiface gauche. Jamais le malade n'avait eu de crise semblable ; au neuvième jour, nouveaux accidents sériques, nouvelle crise jacksonienne. Le malade meurt, deux mois après les accidents sériques, des progrès de la néoplasie médiastinale. A l'autopsie, on trouve deux noyaux cancéreux secondaires situés à peu près symétriquement au niveau des régions rolandiques.

Dans ce cas, la crise est donc résultée de la juxtaposition d'un processus d'irritation locale par tumeur et d'un processus humoral de réaction.

Sur trois cas de bronchectasie liée à des scléroses pulmonaires de nature tuberculeuse. — MM. Léon BERNARD et Maurice LAMY rapportent les observations de trois malades ayant présenté un syndrome bronchectasique typique et dans les crachats desquels des examens répétés ont fini par mettre en évidence des bacilles de Koch.

Les auteurs discutent les rapports de la tuberculose et de la dilatation bronchique. Ils admettent que la tuberculose pulmonaire a été la première en date, et concluent que les dilatations des bronches ont été causées par une sclérose pulmonaire de nature tuberculeuse.

Les auteurs font remarquer que bien souvent on ne retrouve dans les antécédents des bronchectasiques aucune affection qui puisse expliquer la maladie. A coup sûr des affections aiguës ou subaiguës remontant à l'enfance sont à l'origine de certaines dilatations volumineuses.

Beaucoup plus souvent, semble-t-il, il faut incriminer un processus de sclérose pulmonaire diffuse.

Parmi les causes multiples de sclérose pulmonaire, la tuberculose occupe une place de premier plan. Sa part dans l'étiologie des bronchectasies serait peut-être moins discutée si la recherche des bacilles était faite d'une façon plus systématique et plus répétée chez les malades atteints de cette affection.

Poussées congestives pulmonaires tuberculeuses répétées au cours d'un rétrécissement mitral. — MM. G. CAUSSADE et André TARDIEU rapportent l'observation poursuivie pendant six ans d'un colonial âgé de trente-quatre ans atteint successivement d'hémoptysies puis de poussées pulmonaires congestives répétées qui, sans la recherche systématique de l'intermittence de l'élimination bacillaire, auraient été tardivement, mais inévitablement, considérées comme des manifestations symptomatiques d'un rétrécissement mitral acquis (forme pseudo-tuberculeuse). Aux signes cliniques s'ajoutaient des symptômes radiologiques : sommets voilés ne s'éclairant pas à la toux, ombres hilaires anormalement développées, tachetures du tiers supérieur du poumon droit, hémidiaphragme festonné.

Pendant plus de deux ans, la dilatation de l'oreillette gauche, visible à l'écran, constituait l'unique symptôme du rétrécissement mitral. Ultérieurement, apparut le rythme classique de Duroziez. Et, finalement, la dilatation de l'oreillette gauche redevint l'expression monosymptomatique de la sténose mitrale.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1927)

La flore des fausses membranes dans l'affection diphtéro-variolique des oiseaux. — MM. PANISSET et VERGE (d'Alfort).

Recherches sur les viandes d'animaux atteints de cachexie sèche. — MM. VERGE et BOUFFANAIS.

Quelques recherches expérimentales sur le traitement du tétanos. — M. A. VECHIU (de Bucarest). Les recherches de Descombey sur l'anatoxine tétanique ont montré que si, à une toxine de toxicité comprise entre 1/3.000 et 1/15.000, on ajoute 2 cm^3 de formol à 10 p. 1.000 de toxine, le mélange placé à l'étuve à 37, 38 degrés perd sa toxicité et devient inoffensif en quinze à vingt-cinq jours. L'auteur a voulu savoir si l'introduction de fortes doses d'hexaméthylène-tétramine dans l'organisme amènerait la neutralisation in vivo de la toxine tétanique inoculée.

Des doses d'hexaméthylène-tétramine, bien inférieures à

celles utilisées dans ces expériences, font apparaître, une demi-heure après l'injection, les réactions caractéristiques du formol dans le liquide céphalo-rachidien et la substance nerveuse. Pourtant, le produit injecté a été incapable d'inhiber l'activité de la toxine.

On sait, depuis les travaux de Vincent, que les savons et surtout le palmitate de sodium en solution saturée mis au contact de la toxine tétanique dans la proportion de 1/200, leur fait perdre sa toxicité après dix à seize heures à l'étuve à 38 degrés.

Ces recherches ont montré que le palmitate de sodium était, le plus souvent, impuissant à empêcher l'évolution mortelle du tétanos. On observe quelquefois un retard dans cette évolution.

Les injections intraveineuses et intrarachidiennes de palmitate de sodium semblent sans grands inconvénients.

Les travaux de Le Fèvre de Arrie, Millet, Mutermilch ont montré que l'hexaméthylène-tétramine augmente la perméabilité des méninges à certains virus (herpès) ou toxines (tétanique).

M. Vechiu essaie de combiner à l'action du sérum antitétanique l'action perméabilisante pour les méninges de l'hexaméthylène-tétramine. Les résultats ont été, là encore, assez peu favorables.

Réflexions sur la filtration des bactéries. — M. Albert Vaudremer. La découverte des éléments filtrants de certaines souches a étendu le domaine des bactéries filtrables. Mais, depuis, une confusion s'est établie dans les esprits et l'on a classé dans les virus filtrants des bactéries filtrables dans certaines conditions, par exemple le bacille de Koch.

Un virus filtrant, un ultravirus est un virus invisible qui traverse bougies et filtres de collodion et dont l'existence n'est démontrée que par ses effets sur l'aspect classique des cultures de certaines bactéries visibles.

Beaucoup de bactéries ont été filtrées. Elles ont avec les ultravirus un caractère commun : celui de donner naissance à des éléments filtrables ; mais ces éléments ne sont qu'une phase dans le développement de la bactérie. Ils n'en ont ni les propriétés biologiques, ni le même pouvoir pathogène. C'est une graine. Est-ce un germe figuré ? Est-ce un principe vivant ? Seule, l'étude de la structure des bactéries peut orienter les recherches.

Les granules signalés à l'intérieur des bactéries ont les qualités de la matière nucléaire et doivent être considérés comme doués d'un rôle reproducteur. Ce sont des noyaux ou des particules de noyaux.

Il intervient peut-être dans l'évolution de la bactérie une question de maturité du germe, car dans la structure des bactéries il existe un moment où la substance nucléaire est diffuse dans le plasma bactérien.

Ainsi, entre l'état amorphe de la substance nucléaire et sa constitution granulaire, un cycle se déroule pendant lequel, à un moment favorable, la filtration serait possible.

L'auteur étudie expérimentalement la filtration du bacille de Koch à travers le placenta maternel. Avec Huguenin, il injecte dans le péritoine des cobayes les filtrats de poumon, de muqueuse utérine, de muscle utérin, de placenta, de ganglion de cordon provenant de sujets tuberculeux. Les cobayes ayant reçu les filtrats de muscles utérins ou de ganglions du cordon firent une orchite avec adénite ; les autres sont restés indemnes. L'auteur n'ose encore conclure.

Discussion. — M. Hauduroy. A côté des formes filtrantes des bactéries, il y a ce qu'on appelle à tort les virus filtrants, qu'il faut dénommer les infravirus. Il est classique de dire que les ultravirus ne sont pas cultivables. C'est une erreur, le vaccin récolté dans les pustules cutanées d'une génisse inoculée est un repiquage, une culture. M. Hauduroy rappelle la communication faite à la Société de biologie par M. Brocq-Rousseu à propos de la filtration de certains microbes.

M. Brocq-Rousseu. Une diastase filtre ou non, suivant la réaction du milieu. Il faut donc indiquer toujours les conditions de la filtration et la technique. M. Hauduroy a raison de dire que le vaccin recueilli sur la peau est une culture. Il ne faut pas considérer la culture comme œuvre du laboratoire.

M. Maignon insiste sur le côté philosophique de la communication de M. Vaudremer.

La voie morbide de l'asthme et de la migraine par le ganglion sphéno-palatin. — M. Georges Rosenthal.

CONGRÈS

Centenaire de la naissance de Vulpian. — Les biologistes et les neurologistes vont célébrer, dans quelques jours, une date mémorable dans l'histoire de la médecine : le Centenaire de la naissance de Vulpian. Les cérémonies commémoratives coïncident avec la Réunion plénière de la Société de biologie et de ses filiales et avec la VIIIe Réunion neurologique internationale.

Elles sont placées sous le patronage du Président de la République et des ministres des Affaires étrangères, de la Guerre, de l'Intérieur, de l'Instruction publique et du ministre du Travail et de l'Hygiène.

Le Comité d'organisation est composé de la façon suivante :

Président : M. Henneguy, professeur au Collège de France.

Vice-présidents : MM. Roux, directeur de l'Institut Pasteur ; Gley, professeur au Collège de France, président de l'Académie de médecine ; Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; Mangin, directeur du Muséum d'histoire naturelle ; Mourier, directeur général de l'administration de l'Assistance publique ; Letulle ; le médecin inspecteur Savornin ; le médecin inspecteur général Fournial ; Mme Dejerine, M. Babinski.

Secrétaire général : M. Crouzon.

Trésorier : M. Albert Charpentier.

Les cérémonies commémoratives du Centenaire de la naissance de Vulpian coïncident, non seulement avec les Réunions biologique et neurologique annuelles, mais encore avec la célébration du Centenaire de la mort de Pinel organisée par la Société médico-psychologique.

Le programme commun est fixé ainsi qu'il suit :

Vendredi 27 et samedi 28 mai, matin et après-midi : Réunion plénière de la Société de biologie et de ses filiales.

Samedi 28 mai. — 21 h. : Au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, commémoration du Centenaire de la naissance de Vulpian, sous la présidence de M. Albert Sarraut, ministre de l'Intérieur. Des discours seront prononcés par MM. Roger, Lacroix, Rathery, Mme Dejerine et M. Albert Sarraut.

Lundi 30 mai. — 10 h. 30 : Visite des anciens services de Pinel et de Vulpian à l'hospice de la Salpêtrière ; — 16 h. : Réunion annuelle de la Société médico-psychologique ; — 21 h. : au grand amphithéâtre de la Sorbonne, commémoration du Centenaire de la mort de Pinel, sous la présidence de M. André Fallières, ministre du Travail.

Mardi 31 mai. — 9 h. : 12, rue de Seine, séance normale de la Société de neurologie de Paris ; — 15 h. : Séance solennelle à l'Académie de médecine, en l'honneur de Pinel et de Vulpian, sous la présidence de M. Herriot, ministre de l'Instruction publique ; — 20 h. : Au Palais d'Orsay, banquet offert par les groupements biologique, neurologique et psychiatrique, en l'honneur de Pinel et de Vulpian. — Envoyer les adhésions, prix : 75 fr., à M. Albert Charpentier, 3, avenue Hoche, avant le lundi 30 mai, à midi, dernier délai.

Mercredi 1er juin. — 9 h. et 14 h. : A la Salpêtrière (amphithéâtre de l'Ecole des infirmières), VIIIe Réunion neurologique internationale. Rapport de MM. Lhermitte et Tournay sur le sommeil normal et pathologique. Discussion du

rapport; — 17 h. : Réception des membres participants des Centenaires de Pinel et de Vulpian par le Conseil municipal de Paris, à l'Hôtel de Ville.

Jeudi 2 juin. — 9 h. et 15 h. : A la Salpêtrière (amphithéâtre de l'Ecole des infirmières), VIIIe Réunion neurologique internationale. Rapports de MM. de Klejn (d'Utrecht) et Hautant (de Paris) sur les moyens d'exploration clinique de l'appareil vestibulaire. Discussion des rapports.

CENTENAIRE DE PINEL (30 mai-1er juin). — **PROGRAMME DES CÉRÉMONIES.** — *Lundi 30 mai.* — 10 h. 1/4 : Réunion à la Salpêtrière, amphithéâtre de la clinique Charcot, service du professeur Guillain. Souvenirs de Pinel à la Salpêtrière. Visite des loges, de la Force. Hommage à la statue de Pinel. — 16 h. : Séance solennelle de la Société médico-psychologique, 12, rue de Seine. — 21 h. : Cérémonie au grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. André Fallières, ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Mardi 31 mai. — 15 h. : Séance solennelle à l'Académie de médecine consacrée à la célébration du centenaire de la mort de Pinel et de la naissance de Vulpian. *Pinel clinicien*, par M. Maurice de Fleury. — *Pinel psychologue*, par M. Georges Dumas. — *La médecine de Pinel à Vulpian*, par le professeur Achard. — 20 h. : Banquet par souscription offert aux délégués étrangers au Palais d'Orsay. — Prix : 75 fr. (Adresser les adhésions à M. Albert Charpentier, 3, avenue Hoche, VIIIe.)

Une réception aura lieu à l'Hôtel de Ville, le mercredi 1er juin, à 16 h. 3/4.

Des souscriptions volontaires peuvent être adressées au trésorier, M. Mallet, 22, avenue Mozart, Paris, XVIe. Au cas où les ressources seraient suffisantes, le Comité offrira aux adhérents une plaquette commémorative du Centenaire.

Toutes les communications, adhésions, etc., doivent être adressées à M. Henri Colin, secrétaire général, 22, rue Gay-Lussac, Paris, Ve.

ASSOCIATION MÉDICALE THERMALE DU CENTRE. — **JOURNÉES MÉDICALES THERMALES DE 1927**, organisées par le *Centre médical*, sous la présidence du professeur Castaigne :

Samedi matin 28 mai : Rendez-vous gare de Clermont-Ferrand; — 7 h. 1/2, départ de la gare de Clermont, en autocars pour Saint-Nectaire; — 9 h. visite de l'Etablissement de Saint-Nectaire; — 10 h. Conférence faite par le président de la Société des médecins de Saint-Nectaire; — 11 h. Déjeuner à Saint-Nectaire; — 13 h. Départ en auto-cars pour Royat; — 15 h. Arrivée à Royat : visite de l'établissement, conférence du président de la Société des médecins de Royat; — 19 h. Dîner à Royat et soirée.

Dimanche 29 mai : Clermont. — Séances de rapports et de discussion à 8 heures et à 14 heures. — 1° Traitement des néphrites et des albuminuries à Saint-Nectaire; — 2° Traitement de l'hypertension à Royat; — 3° Traitement de la lithiase rénale à Vichy; — (Rapports de MM. Marcel Labbé, Jeanbrau, Laubry, Lœper, Castaigne.)

Après la séance de l'après-midi : départ en auto-car pour Vichy. Dîner, soirée à Vichy.

Lundi 30 mai : 9 h. Visite de l'établissement. Conférence du président de la Société des médecins de Vichy.

Peut-on retarder la vieillesse? par le professeur Nicola PENDE, professeur de Clinique médicale de la R. Università de Gênes. Une brochure de 20 pages avec 4 figures dans le texte. — Prezzo L. 5 (in Roma) e L. 5,50 (fuori Roma). — Edit. Romana medica, via Ludovici, 16, Roma.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE LA MÉLITOCOCCIE [1]

C. **Formes ambulatoires.** — Ce sont des formes d'un diagnostic très difficile se manifestant par une légère élévation thermique, 37 degrés, 37°4, n'empêchant pas les sujets de vaquer à leurs occupations. Leur durée peut être très longue. Ces formes n'en sont cependant pas moins dangereuses, car de tels malades peuvent disséminer une maladie que seules les réactions biologiques sont susceptibles de faire connaître.

2° **D'après les symptômes.** — Forme respiratoire,
Forme gastro-intestinale,
Forme pseudo-rhumatismale.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC. — Après un plus ou moins grand nombre d'ondes fébriles, variable selon les cas, la température revient progressivement et lentement à la normale.

C'est une maladie très pénible par sa *durée* qui peut être très longue (mois); par ses *complications*; souvent très douloureuses elles peuvent survenir longtemps après la guérison apparente, par l'*amaigrissement* et l'*asthénie* que détermine une fièvre prolongée.

Par contre, la mortalité est faible, 2 à 3 p. 100.

DIAGNOSTIC. — Il existe deux grandes étapes dans le diagnostic de la fièvre de Malte, étape clinique et étape biologique.

I. Diagnostic clinique. — *A.* DANS LA FORME ORDINAIRE. — En période d'épidémie, dans les pays où sévit la maladie, le diagnostic est relativement facile.

Dans les formes erratiques, le diagnostic est cliniquement impossible au début. Devant un état fébrile persistant affectant le type ondulatoire, on sera en droit de penser à la fièvre de Malte chaque fois que l'on se trouvera en présence d'un malade exposé au contage de par son métier ou de par son alimentation; chaque fois qu'au cours de cet état fébrile surviendront des *sueurs abondantes*, des névralgies, une orchite, une arthralgie. Cependant :

Devant la fièvre et les sueurs. — Le diagnostic pourra se poser avec les *fièvres typhoïdes*, avec la *tuberculose*.

Dans la fièvre typhoïde normale il y a des taches rosées, une température en plateau, de la diarrhée ocreuse et fétide, un tuphos marqué, mais il existe des fièvres typhoïdes atypiques susceptibles de prêter à confusion avec la fièvre ondulante. En particulier : les formes sudorales (Jaccoud), les formes à rechute où le syndrome typhique a été fruste. Les rechutes successives peuvent donner à la courbe thermique l'allure de la fièvre ondulante.

L'absence de signes respiratoires, la fièvre, les sueurs peuvent éveiller l'idée de la granulie. L'examen radiographique et l'examen répété des crachats permettront d'éliminer ce diagnostic.

Devant les arthralgies. — On peut penser au rhumatisme articulaire aigu, d'autant plus que celui-ci s'accompagne de sueurs et d'une anémie marquée. Mais le diagnostic est presque toujours possible. Les arthropathies rhumatismales sont multiples, souvent fugaces; elles s'accompagnent volontiers de localisations cardiaques; elles sont hautement influencées par le salicylate de soude inefficace dans la mélitococcie.

Les *pseudo-rhumatismes infectieux* peuvent également prêter à confusion. Il s'agit de septicémies avec manifestations articulaires prédominantes. L'exubérance même de ces dernières suffit en général à éviter la confusion avec les arthropathies méditerranéennes généralement légères et peu extensives.

La *coxalgie* peut, dans des cas d'arthralgie persistante et rebelle, être discutée.

Devant l'orchite. — On peut penser à une infection gonococcique. La possibilité d'arthralgies peut encore être une cause de difficultés.

B. DANS LES FORMES HYPERPYRÉTIQUES, ATTÉNUÉES OU ATYPIQUES. — Le diagnostic devient des plus difficiles, il se pose avec toutes les *septicémies médicales*. Il peut également se poser avec le typhus récurrent lorsque les ondes thermiques sont relativement courtes et brusquées au début comme à la fin.

Enfin, signalons la possibilité de confusion avec le kala-azar, le paludisme, les trypanosomiases.

II. Diagnostic de laboratoire. — A une importance considérable dans le diagnostic de cette maladie. Il permet de mettre en évidence, soit le microbe lui-même, soit les réactions spécifiques par les procédés suivants :

1° HÉMOCULTURE. — Elle livre directement le microbe, mais elle n'est pas toujours facile à pratiquer, et l'isolement du microbe demande au moins quatre à six jours.

Il ne faut pas pratiquer ces hémocultures à une température inférieure à 38 degrés.

2° LA SÉRO-RÉACTION. — Elle n'a pas la même valeur que pour la fièvre typhoïde.

En pratique, il faut chauffer au préalable le sérum à 50 degrés et employer la méthode macroscopique.

3° L'INTRADERMO-RÉACTION. — C'est le procédé le plus simple et auquel on accorde actuellement une grosse valeur, mais elle ne distingue pas entre les divers types, melitensis, paramelitensis, abortus.

On la pratique par injection de *mélitine* ou d'*abortine* qui, chez l'homme infecté, détermine une forte réaction locale. Elle permettrait également le diagnostic rétrospectif de l'infection.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 38, p. 630, et n° 40, p. 663.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Vendredi 27 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Balthazard, président; Sebileau, Petit, Henry, Panisset et Robin. — M. NORMAND. Rôle du vétérinaire inspecteur des abattoirs. — M. COGERY. L'otite chez les carnivores domestiques.

Samedi 28 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Moussu, Robin et Dechambre. — M. BAILLON. Traitement de la cachexie osseuse bovine. — M. VIARDOT. L'industrie des laines.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



PRESCRIRE

Aux Enfants
10 à 30 gouttes par jour

Aux Adultes
40 à 60 gouttes par jour

d'Iodogénol Pépin

DANS **Adénopathies** **Lymphatisme** **Tuberculoses** **Arthritisme** **Artério-Sclérose** **Asthme**

R. C., 133.144, Seine.

PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine).

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili. Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Haïti, Hollande, Hongrie, Lettonie, Lithuanie. Luxembourg, Mexique, Paraguay, Pérou, Perse, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, San Salvador, Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, Vénézuéla.
Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lemierre, Bordier, Papillon, Lian, Lecène, qui acceptent; Lévy-Valensi, Laroche, Baudouin, Ameuille, Roger, Guillain, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 23 mai. — MM. Braine, 14; Michon, 15; Richard, 19.

Séance du 24 mai. — MM. Fey, 19; Petit-Dutaillis, 20; Charrier, 18.

Sont nommés : MM. Petit-Dutaillis, 68; Fey, 67.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Epreuve opératoire.* — Questions données : « Ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter. — Désarticulation du gros orteil avec son métatarsien. »

MM. Lacombe, 14; Vaudescal, 13; Desnoyers et Couinaud, 15; Ravina, 12.

Consultation écrite. — Séance du 23 mai. — MM. Couinaud, 18; Lacombe, 16; Ravina, 19; Desnoyers, 18.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Séance du 23 mai. — MM. Boissier, 28; Merville, 24; Vilensky, 25; Thibault, 29.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Séance du 24 mai. — MM. Moulard, 7; Marchand, Jolay et Truchot, 10; Piet, 14.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Bertoye.

— MARSEILLE. — M. le docteur Jean Sedan a été nommé, après concours, ophtalmologiste adjoint des hôpitaux.

HÔPITAUX DE FEZ. — M. le docteur Louis Picon, ancien interne des hôpitaux de Montpellier, est nommé chirurgien des hôpitaux de Fez.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours de l'adjuvat.* — *Anatomie* (oral) — Séance du 23 mai. — Question donnée : « Appareil hyoïdien. »

MM. Lapeyre et Leydet, 12; Galtier, 15; Blondin (Sylvain), 18; Blondin (Marcel) et Cahen, 12; Merle d'Aubigné, 16; Theillier, 12; Dessaint, 14; Sauvage, 16; Lecœur, 15.

— *Concours du prosectorat.* — *Anatomie* (oral). — Séance du 23 mai. — Question donnée : « Petit épiploon. »

MM. Fèvre, 16; Leibovici, 15; Chabrut, 14; Gueullette, 17; Gérard-Marchant, 14; Meillère, 16.

— LYON. — Sont nommés professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Lyon :

Section d'anatomie : M. Gabrielle.
Physique médicale : M. A. Chevallier.
Médecine : MM. Antoine Dumas, André Dufourt et André Devic.
Chirurgie : MM. Philippe Rochet et Wertheimer.
Anatomie pathologique : M. Joseph Martin.
Histoire naturelle pharmaceutique : M. Manceau.

GUERRE. — ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le *Journal officiel* du 19 mai publie un décret modifiant l'article 6 du décret du 19 septembre 1919 concernant la réorganisation de l'Ecole du Service de santé militaire.

— Dans le même numéro du *Journal officiel* se trouve l'*instruction* relative au concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée active des troupes coloniales, ainsi qu'un *arrêté* portant ouverture d'un concours pour ces emplois en 1927.

MARINE. — M. le médecin général de 2e classe Barthélemy est promu au grade de médecin général de 1re classe et placé, sur sa demande, dans la section de réserve.

M. le médecin en chef de 1re classe Hervé est promu au grade de médecin général de 2e classe.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — A la suite des examens de la session de mars 1927, MM. les docteurs Bellier, Benoit, Colin, Goeau-Brissonnière, Joubert, Pétremant, Pierson, Winckler, ont été admis et proposés au ministre de l'Hygiène pour être inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes.

OFFICE THERMAL ET CLIMATIQUE FRANÇAIS. — Les Compagnies de chemins de fer français viennent d'émettre des billets à prix réduit avec validité exceptionnelle pour les stations thermales et climatiques françaises (billets d'aller et retour valables 33 jours).

Tous renseignements à ce sujet peuvent être fournis de suite à l' « Office thermal et climatique », 15, rue Royale.

CONGRÈS

IVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. (VARSOVIE, 29 mai-4 juin 1927.) — *Dimanche 29 mai.* — Arrivée des membres du Comité permanent. Séance du Comité permanent (salle des conférences, ministère de la Guerre). Dîner en l'honneur des membres du Comité permanent offert par le président du Congrès.

Lundi 30 mai. — A 10 h. : Inauguration solennelle du Congrès dans le hall de l'Ecole Polytechnique. — A 12 h. 30 : Offrande de couronnes à la tombe du Soldat inconnu, par les délégations officielles. — De 17 à 19 h. : M. le Président de la République recevra au château les délégations officielles. Réception des dames par Mme la Présidente, la maréchale Pilsudska et le Comité des dames. Garden-Party à Lazienki. Réception en l'honneur des congressistes donnée par Mme la Présidente du Conseil des ministres. Danses.

Mardi 31 mai. — Séance du Congrès : Evacuation dans la guerre de mouvements. Inauguration de l'exposition par M. le ministre de la Guerre, visite du château et du musée de la guerre. Réception au Conseil municipal.

Mercredi 1er juin. — Séance du Congrès. Démonstrations : moyens de transports improvisés par le Service de santé pendant la guerre. Visite au château royal de Willanow. — Soirée de gala à l'Opéra ; au Théâtre national ; représentation au Théâtre polonais ; cercle dans les salons de « Reduta ».

Jeudi 2 juin. — 1. Etiologie et prophylaxie de la grippe. — 2. Séquelles des traumatismes du crâne et leur traitement. — 3. Les arsénobenzols ; méthodes d'analyse et d'appréciation chimique. — 4. L'organisation des secours dentaires dans la guerre de mouvement et de position. — De 14 à 16 h. : Visite à l'Ecole des officiers du Corps sanitaire, à l'hôpital de la garnison et à l'Institut fondé sous les auspices du maréchal Pilsudski. Représentation au Théâtre antique de l'île de Lazienki (reconstitution de la vie polonaise ancienne). Cercle au palais de Lazienki. Fête champêtre.

Vendredi 3 juin. — Séance du Congrès. — A 15 h. : Vernissage de l'Exposition de peintres de guerre au Palais de l'Exposition. — A 16 h. : Visite au magasin central du matériel sanitaire. Concert à la Philarmonie. Musique polonaise.

Samedi 4 juin. — A 9 h. : Assemblée générale des congressistes, clôture du Congrès et décision concernant l'ordre du jour et lieu du prochain Congrès. — A 11 h. : Distribution de prix aux exposants. — A 14 h. : Concours international hippique militaire, par Sobieski, Coupe des Nations. — A 2 h. : Banquet d'adieu. Bal dans les salons de l'inspection générale de l'armée.

VIIes JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES. — Sous le haut patronage de LL. MM. le roi et la reine, et sous la présidence du professeur Jean Verhoogen, les journées auront lieu du 25 au 29 juin 1927.

La séance inaugurale aura lieu le samedi 25 juin, à 16 heures, au Palais des académies, en présence de S. M. la Reine : le professeur Pierre Mauriac, de la Faculté de Bordeaux, y fera une conférence intitulée : « Aux confins de la médecine ».

Les Journées médicales elles-mêmes et l'Exposition internationale d'hygiène et de pharmacie, se tiendront dans le Palais du Cinquantenaire.

Parmi les conférenciers qui ont promis leur concours, citons MM. Besredka et Chiray (Paris), Lépine, Arloing et Policard (Lyon), Laguesse (Lille), Leriche (Strasbourg), Cantacuzène et Daniélopolu (Bucarest), Viggo Christiansen (Copenhague), Gomez Ulla (Madrid), Snapper (Amsterdam), de Winiwarter (Liége), Debaisieux (Louvain), Van Bogaert (Anvers), Dujardin et La Barre (Bruxelles).

Programme des fêtes. — Le samedi 25 juin : banquet suivi de concert ; le dimanche 26, représentation de gala au théâtre royal de la Monnaie, où l'on donnera *Turandot*, de Puccini ; le lundi 27, raout et soirée dansante dans le magnifique Hôtel de Ville de Bruxelles.

La journée du 29 juin est consacrée à la visite de Tournai et du château des Princes de Ligne, à Belœil, le Versailles belge.

La cotisation est fixée à 75 fr. belges, ou 15 belgas pour les médecins, à 50 fr. belges ou 10 belgas pour les dames, à 30 fr. belges ou 6 belgas pour les étudiants.

Les chemins de fer belges accorderont une réduction de 35 p. 100 sur présentation d'une carte spéciale délivrée par le secrétaire.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au docteur R. Beckers, secrétaire général, 62, rue Froissart, à Bruxelles.

NOTES DE PRATIQUE

NÉPHRITES CHRONIQUES

Régime très strict, émissions sanguines, purgatifs salins ou drastiques, sont à la base de la thérapeutique des néphrites chroniques. Dans les formes hydropigènes, les régimes hydrolactés de réduction continués trois ou quatre jours et suivis du régime lacté, puis d'une diététique lacto-végétarienne déchlorurée seront toujours à conseiller en cas d'œdèmes ou de troubles dyspnéiques. La théobromine est indiquée, mais si elle est souvent mal supportée par les voies digestives ou peu tolérée par le système nerveux (céphalées), utiliser alors — ce sera tout avantage pour le malade — l'adonis vernalis sous forme de Diurène.

C'est à peu près là tout le traitement, car les agents hypotenseurs désintoxiquants, sels de calcium, cures hydrominérales, agents physiques, ne représentent qu'une thérapeutique d'exception.

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS DE LA MOELLE

(moelle, enveloppes et racines)

ÉTUDE CLINIQUE, DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Par le docteur J.-A. CHAVANY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef de laboratoire à l'Hospice d'Ivry.

GÉNÉRALITÉS

Sous le nom de tumeurs de la moelle il faut comprendre les *formations histologiquement néoplasiques* qui peuvent intéresser la moelle elle-même mais qui le plus souvent se développent aux dépens de ses enveloppes ou de ses racines en respectant dans la règle la colonne osseuse vertébrale.

Cette définition élimine du cadre des tumeurs de la moelle certaines formations inflammatoires qui, plus ou moins localisées, peuvent se comporter à la façon d'une tumeur (au sens vulgaire du mot) et qui sont engendrées soit par la tuberculose (tubercules, abcès froids intrarachidiens) soit par la syphilis (pachyméningite cervicale hypertrophique, méningite gommeuse de la queue de cheval). Elle élimine aussi le cancer vertébral ou cancer du rachis très rarement primitif, le plus souvent métastatique.

Les tumeurs de la moelle, comme d'ailleurs les affections que nous venons de nommer et un certain nombre d'autres que nous citerons dans notre diagnostic différentiel font partie du grand cadre clinique des *compressions médullaires* si important en matière de pathologie nerveuse. Elles en constituent même une des variétés les plus intéressantes, nous verrons dans un instant pourquoi.

Elles peuvent être :

Primitives, constituant la première manifestation d'une prolifération néoplasique survenant alors le plus souvent chez un sujet adulte; elles n'existent pas chez l'enfant et sont rares chez le vieillard.

Secondaires, dues à une métastase d'un néoplasme d'une autre partie du corps, diagnostiqué ou non. Dans ce cas la participation vertébrale est fréquente et lorsqu'elle prédomine ces tumeurs rentrent alors dans le cadre du cancer vertébral.

Tout en voulant dans cet article rester uniquement sur le terrain clinique, *quelques données anatomo-pathologiques sont intéressantes à retenir dans la mesure où elles sont susceptibles d'éclairer la clinique et de guider la thérapeutique.*

Ces tumeurs peuvent être *intramédullaires*. Le plus souvent elles se développent aux dépens des enveloppes de la moelle (pie-mère et arachnoïde surtout) ou aux dépens des racines rachidiennes (dans leur trajet intrarachidien) : elles sont dites alors *juxtamédullaires*; dans ce cas elles peuvent être intradurales ou extradurales, la barrière dure-mérienne semblant constituer un obstacle pratiquement infranchissable au processus néoplasique.

Les *tumeurs juxtamédullaires* le plus souvent primitives, sont les plus intéressantes à retenir. Ordinairement uniques, mais parfois multiples, elles sont d'aspect différent suivant la nature intime de la prolifération; *le plus souvent rosées*, elles sont presque toujours de couleur plus foncée que la moelle, fait qui permet de les distinguer aisément de cette dernière. Leurs *dimensions* sont très variables et cette variabilité semble être sous la dépendance du siège extradural ou intradural de la tumeur; dans la règle les *tumeurs intradurales sont petites* ne dépassant guère le volume d'une olive ou d'une datte (dont elles ont d'ailleurs souvent la forme générale) : ce sont les plus fréquentes parmi les tumeurs primitives. Les *tumeurs extradurales atteignent souvent des dimensions plus considérables* pouvant s'étendre en longueur dans le canal rachidien et arriver à mesurer jusqu'à 10 et 11 centimètres (Gendron). Leur *consistance* est facteur de leur nature : pour une même tumeur on peut noter des points durs, calcifiés à côté de points nettement ramollis ou kystiques. *Mais fait capital qu'il convient de souligner, la plupart de ces petites proliférations ne contractent pas d'adhérences avec la moelle, elles sont bien limitées; quand des adhérences existent elles sont ordinairement faciles à rompre chirurgicalement : d'où le nom de tumeurs juxtamédullaires énucléables sous lequel on les désigne habituellement.* C'est sur ce caractère qu'est centré tout l'intérêt de la question que nous traitons ici. Ces tumeurs peuvent siéger à toutes les hauteurs par rapport aux divers segments médullaires; elles peuvent occuper par rapport à la moelle elle-même toutes les positions (postérieures, antérieures, latérales). Tous ces points, nous le verrons ont leur importance particulière clinique et opératoire.

Au *point de vue histologique*, ces tumeurs peuvent se présenter soit sous forme de tumeur bénigne, soit sous forme de tumeur maligne. Elles peuvent être conjonctives, nerveuses ou méningées. Il peut s'agir de *sarcome*, soit sarcome fuso-cellulaire (fibrosarcome) dense, encapsulé, soit sarcome globo-cellulaire mou, très vascularisé, à évolution extensive. Ce peut être un *endothéliome*, dont le plus fréquent est le psammome (faussement appelé sarcome angiolithique) encapsulé ferme, parfois calcifié, implanté sur l'arachnoïde par un étroit pédicule. Il s'agit souvent de *neurogliome* développé sur les racines rachidiennes (aux dépens des cellules des gaines de Schwame); dans ce dernier cas il convient de se méfier de la multiplicité des tumeurs. On rencontre encore des lipomes, des lymphangiomes, des lymphadénomes, des fibromes isolés ou évoluant au cours d'une neuro-fibromatose (maladie de Recklinghausen).

Un dernier point important reste à mettre en valeur c'est l'*état physiologique et anatomique de la moelle* elle-même au niveau et au-dessous de la tumeur. *Physiologiquement* il y a suppression des fonctions de transmission de la moelle (fonctions motrices et sensitives) due probablement à des troubles circulatoires et à des phénomènes d'inhibition. Car, *anatomiquement*, durant un long laps de temps de l'évolution de ces tumeurs, il faut bien savoir que la moelle est *seulement comprimée.* Substance grise et cordons blancs ne sont nullement détruits histologiquement. Au-dessous de la compression les cylindraxes des fibres nerveuses persistent intacts pendant un certain temps, fait que l'on peut mettre facilement en évidence par les méthodes histologiques usuelles (telles que le Weigert). C'est seulement d'une manière tardive que la moelle tend à présenter des lésions irrémédiables. C'est ce fait très important qui permet de com-

(1) Une place à part est à faire cependant aux *tubercules solitaires* qui, nous le verrons, conditionnent souvent le syndrome de tumeur intramédullaire.

prendre tout l'intérêt qu'il y a à enlever chirurgicalement ces tumeurs énucléables, et cela le plus précocement possible, car, la compression levée, les fonctions nerveuses supprimées se rétablissent en totalité ou en partie.

SYMPTOMATOLOGIE

Les tumeurs juxtamédullaires étant de beaucoup les plus fréquentes et les plus intéressantes ce sont elles que nous prendrons comme type de description d'ensemble, nous réservant à la fin du chapitre de traiter de la symptomatologie des tumeurs intramédullaires. Nous allons donc successivement étudier :

A. La symptomatologie de la forme typique des tumeurs juxtamédullaires, son mode de début, sa période d'état, son évolution;

B. La paraplégie en flexion;

C. Les formes cliniques atypiques;

D. Les formes cliniques suivant la hauteur de la tumeur;

E. La symptomatologie des tumeurs intramédullaires.

A. La forme typique des tumeurs juxtamédullaires. — Schématiquement elle évolue en deux phases distinctes : *une phase préparaplégique* et une *phase de paraplégie.* Souvent le malade ne vient consulter qu'à la phase de paraplégie tout au moins débutante, et c'est seulement l'interrogatoire qui permet de reconstituer tout ou partie de la phase précédente.

Nous envisagerons donc successivement :

I. *La phase préparaplégique*;

II. *La phase paraplégique*;

III. *La marche générale* de la maladie et son *évolution.*

I. La phase préparaplégique. — Elle peut encore être appelée *phase algique.* Ce sont, en effet, ordinairement les *troubles de la sensibilité subjective* qui ouvrent la scène.

Le malade vient se plaindre à nous de *douleurs* variables dans leur siège, leurs caractères, leur intensité. Ces douleurs peuvent, à l'analyse, apparaître comme *localisées* ou *diffuses* (Cl. Vincent).

Les *douleurs localisées* revêtent le plus souvent le type des *douleurs radiculaires.* C'est que, en effet, dès sa naissance, la tumeur juxtamédullaire va contracter d'étroits rapports de contiguité (tout au moins) avec les racines qui émergent de la moelle à son niveau et en particulier avec les racines postérieures. Ce sont des douleurs unilatérales au début, mais pouvant devenir bilatérales, lancinantes, parfois très vives, nécessitant alors l'emploi de la morphine; elles sont, ou bien continues avec des paroxysmes, renforcées par les mouvements, l'éternuement, la toux, ou bien intermittentes et survenant alors surtout au cours de la nuit. Parfois ce sont de simples fourmillements, des sensations de chaleur, d'eau courante, etc. Ces douleurs présentent le caractère essentiel d'être *systématisées*, en écharpe, en bande, et de *siéger sur un territoire radiculaire déterminé dont le malade du bout de ses doigts délimite la topographie exacte sur ses téguments.* Ceci est surtout vrai lorsqu'elles siègent aux membres. Elles peuvent persister des semaines et des mois, voire même des années, ou au contraire disparaître rapidement pour ne plus exister à la phase paraplégique. A côté de ces *douleurs spontanées*, il peut exister dans le territoire des racines intéressées des *points douloureux provoqués* par la pression au niveau du rachis, des régions paravertébrales ou intercostales (Bériel). Dans certains cas la pression réveille de la douleur au niveau de la IIe ou IIIe vertèbre située au-dessous de celle qui répond au segment médullaire intéressé : c'est le signe de la *tender spine* d'Elsberg.

Mais, à côté de ces *douleurs radiculaires classiques* qui indiquent nettement le niveau de la lésion, Barré insiste sur la *présence de douleurs localisées à topographie trompeuse* : ce sont les douleurs cordonnales et les douleurs sympathiques. Les *douleurs cordonnales* s'observent dans les compressions de la moelle cervicale ou de la moelle dorsale supérieure ou moyenne; ce sont des douleurs projetées dans les parties basses du corps, elles siègent dans les membres inférieurs, profondément, dans les chairs; d'abord unilatérales, elles présentent une tendance remarquable à l'extension et à la bilatéralité. Elles n'ont pas une topographie radiculaire et débordent ordinairement sur plusieurs troncs nerveux. Elles s'accompagnent souvent de sensations passagères de dérobement des jambes, d'une sorte d'ataxie et d'une hypothermie locale marquée (Barré). De la connaissance de ces douleurs cordonnales doit se dégager cette notion pratique : c'est qu'il convient pour poser un diagnostic de localisation d'être très circonspect en présence de douleurs des membres inférieurs même d'apparence systématisées, qu'elles s'accompagnent ou non de douleurs systématisées dans un territoire du corps sus-jacent (Clovis Vincent). Les *douleurs dites sympathiques* peuvent s'observer au niveau des membres supérieurs dans les compressions de la moelle dorsale moyenne ou inférieure; ce sont, soit des douleurs vraies, soit des fourmillements, soit des sensations de constriction profonde qui siègent sur la face interne des membres supérieurs et au niveau des deux derniers doigts; elles s'accompagnent le plus souvent de troubles vaso-moteurs et thermiques.

Les *douleurs diffuses sont des douleurs rachidiennes* : c'est une *rachialgie.* Cette rachialgie est plus ou moins étendue. Elle est parfois généralisée à tous les segments de la colonne vertébrale et empiète même sur les membres inférieurs (domaine du sciatique et du crural). Parfois elle est localisée à un segment vertébral, en apparence tout au moins, comme nous le verrons plus loin. Ces douleurs sont exagérées par la pression des masses musculaires, par les mouvements actifs ou passifs imprimés aux muscles périvertébraux et même aux muscles des membres inférieurs. Ces douleurs s'accompagnent d'une contracture musculaire antalgique qui raidit le rachis et donne au malade un aspect guindé assez spécial. Cette *rachialgie n'est pas l'apanage de toutes les formes de tumeurs médullaires*, elle se voit de préférence dans les tumeurs basses intéressant les racines de la queue de cheval. Nous individualiserons davantage ces douleurs diffuses en étudiant la *forme pseudo-pottique des tumeurs de la moelle.*

L'analyse des différentes modalités douloureuses que l'on peut rencontrer dans cette phase algique de la maladie doit être complétée dès cette période par un examen méthodique du système nerveux, examen qui pourra dans certains cas permettre de mettre en lumière des *signes objectifs.* Disons que cet examen

sera souvent négatif à cette période ; aussi traite-t-on le malade comme un algique banal, comme un rhumatisant. Quoi qu'il en soit, dès ce moment, il conviendra de rechercher par ordre d'importance :

a. Les *troubles objectifs de la sensibilité* dans le territoire innervé par les racines irritées. On notera parfois une hypoesthésie de type radiculaire, prédominant sur le tact, parfois une zone d'hyperesthésie cutanée telle que le moindre frôlement de la peau devient douloureux (Bruns), très rarement une zone d'anesthésie totale (il faudrait pour cela que la tumeur détruisît trois racines : loi de Sherringthon). On recherchera toujours dans le territoire radiculaire intéressé les points douloureux à la pression, comme nous l'avons déjà signalé.

b. Les *troubles de la réflectivité tendineuse et cutanée.* Les réflexes tendineux et cutanés dont la voie passe par les racines intéressées sont diminués ou *abolis.* Les perturbations de ces réflexes sont très importantes à mettre en lumière, d'abord pour authentifier la lésion nerveuse, ensuite pour la localiser. Nous ne faisons ici que signaler leur importance dès cette période; nous aurons à y revenir à nouveau.

c. Les *paralysies localisées à un groupe musculaire* s'accompagnant ou non d'*atrophie* et de troubles des *réactions électriques* (ces dernières survenant de façon tardive). Oppenheim insiste sur l'intensité de l'atrophie (quand elle existe) qui contraste avec les modifications très légères des réactions électriques. Mais il faut bien savoir que, dans l'immense majorité des cas, lorsque la paralysie radiculaire survient, la tumeur est déjà grosse et qu'alors elle comprime déjà la moelle elle-même : le malade est entré dans la seconde phase de sa maladie, la paraplégie.

d. Plus rarement, enfin, on signale des éruptions diverses, zostériformes le plus souvent sur le trajet des racines intéressées (quand le ganglion rachidien correspondant est lésé).

e. Dans tous les cas on ne manquera pas de pratiquer une exploration complète de tout le système nerveux, et dès cette période on pourra noter de l'hyperréflectivité tendineuse aux membres inférieurs, du clonus du pied, seuls témoins de la compression commençante de la moelle.

La phase radiculaire que nous venons de décrire est d'une durée plus ou moins longue qui peut s'échelonner sur des semaines, des mois, des années. Elle peut avoir disparu depuis longtemps et être passée à l'état de souvenir quand nous voyons le malade paraplégique. Elle peut enfin, dans un certain nombre de cas, faire totalement défaut.

II. La phase paraplégique. — Le plus souvent, c'est à cette période que le malade vient consulter le neurologiste. Il est classique et, d'ailleurs, conforme à un grand nombre de cas de subdiviser cette période paraplégique en deux périodes.

1° *La période de Brown-Séquard;*
2° *La période de paraplégie confirmée.*

1° La période de Brown-Séquard. — Le début de cette phase médullaire de la maladie, par un syndrome de Brown Séquard, est fréquent. On comprend aisément, en effet, que si la tumeur est tant soit peu latérale, par rapport à la moelle, cette dernière ne soit pas comprimée également d'un côté et de l'autre, d'où l'apparition en clinique d'un tel syndrome. Il consiste essentiellement en une *paralysie motrice d'un côté* (côté où se trouve la tumeur), coexistant *avec des troubles sensitifs* (paralysie sensitive) du côté opposé. Les troubles sensitifs portent sur la sensibilité superficielle (tactile, thermique, douloureuse); la sensibilité profonde ne s'entre-croisant pas dans la moelle, ses perturbations, s'il en existe, sont du côté de la paralysie motrice. Notons qu'il peut exister au-dessus de la zone de motilité abolie une zone d'hyperesthésie (par lésion radiculaire); il existe alors un décalage entre les deux niveaux de troubles sensitifs, le niveau radiculaire (côté de la tumeur) étant plus élevé que le niveau médullaire du côté opposé. Ce décalage est d'autant plus accentué qu'il s'agit de tumeurs plus bas placées (obliquité des racines).

Mais il ne faut pas croire que le début par un syndrome de Brown-Séquard soit la règle; il manque souvent (Frazier, Spiller). Il n'est, d'autre part, pas l'apanage exclusif des tumeurs juxtamédullaires; il peut se voir dans les compressions par mal de Pott et dans les myélites du type d'Erb. Ce qui existe le plus souvent, c'est une ébauche de Brown-Séquard, c'est-à-dire la *prédominance croisée des troubles moteurs et sensitifs.* « Cependant, un syndrome de Brown-Séquard bien franc, avec phénomènes radiculaires nets et douleurs persistantes, sera nettement en faveur du diagnostic de tumeur juxtamédullaire » (Ch. Foix).

2° La période de paraplégie confirmée. — Elle peut survenir d'emblée ou succéder à la phase précédente. Le malade commence à s'apercevoir qu'il a de la difficulté à mouvoir ses membres inférieurs, à se tenir debout et à marcher. Les jambes lui semblent « lourdes et raides » et ont tendance à se dérober sous lui. L'impotence fonctionnelle suit une marche progressive et bientôt le malade quitte difficilement son lit.

Dès ce moment, la tumeur juxta-médullaire, par la compression localisée qu'elle exerce sur la moelle va se comporter comme une lésion transverse de la moelle présentant à envisager deux ordres de symptômes : des symptômes lésionnels (radiculaires et médullaires) et des symptômes sous-lésionnels (médullaires).

Les symptômes lésionnels. — Ce sont avant tout des *symptômes radiculaires.* Nous les avons étudiés déjà dans la phase préparaplégique; nous aurons à y revenir dans les formes cliniques suivant la hauteur de la lésion et à y insister à nouveau et à fond cette fois dans notre diagnostic de localisation. Aussi ne faisons-nous ici que les énumérer simplement par ordre d'importance.

Troubles subjectifs de la sensibilité : douleurs de type radiculaire.

Abolition ou diminution des réflexes tendineux ou cutanés.

Troubles objectifs de la sensibilité : hypoesthésie, hyperesthésie, anesthésie à topographie radiculaire.

Troubles paralytiques avec phénomènes amyotrophiques au même niveau et perturbations des réactions électriques. L'amyotrophie est parfois précédée de secousses par irritation des racines antérieures.

Eléments éruptifs divers.

Les *symptômes médullaires lésionnels* consistent en hypoesthésie (souvent dissociée suivant le mode syringomyélique) qui se confond avec l'anesthésie

sous-lésionnelle et en abolitions des réflexes tendineux et cutanés, troubles se confondant avec ceux, produits par les lésions radiculaires. On voit donc leur faible importance dans le tableau clinique.

Les symptômes sous-lésionnels. — Il en est tout autrement des signes médullaires sous-lésionnels qui occupent dans la symptomatologie une place de premier plan. Nous les envisagerons méthodiquement.

a. *Troubles de la motilité volontaire.* — Il s'agit ordinairement d'une paraplégie spasmodique en extension. L'impotence fonctionnelle remonte de bas en haut, frappant d'abord le pied, puis la jambe, puis la cuisse. Le taux de la paralysie est très variable d'un cas à l'autre. Ce qui est important à retenir, c'est l'*allure régulièrement progressive de cette impotence fonctionnelle*, qui peut arriver à devenir complète. L'étude de la force segmentaire montre que, dans les cas moyens, la paralysie prédomine sur l'extrémité distale des membres (mouvements des orteils, relèvement du pied sur la jambe) et qu'au niveau des membres inférieurs, ce sont les muscles raccourcisseurs qui sont les plus touchés (Pierre Marie). La *marche*, lorsqu'elle est possible, est une démarche spasmodique avec varo-équinisme bilatéral.

b. *Troubles de la réflectivité.* — Il faut passer en revue les différentes variétés de réflectivité.

Les *réflexes tendineux* sont ici exagérés, parfois polycinétiques. Il existe le plus souvent du clonus du pied, parfois du clonus de la rotule.

Les *réflexes cutanés* sont abolis.

Le *signe de Babinski* est ordinairement bilatéral et facile à mettre en évidence.

Les *réflexes d'automatisme médullaire* (Pierre Marie et Foix), de défense (Babinski) sont ici exaltés. *Leur exagération constitue un des caractères essentiels de cette variété de paraplégie.* Ils sont ordinairement très intenses et faciles à provoquer. Le *phénomène des raccourcisseurs*, le plus constant, consiste essentiellement en un mouvement synergique de triple retrait : flexion dorsale du pied sur la jambe, flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin; on peut le rechercher, le membre inférieur étant en extension, par des *excitations profondes* (flexion passive des orteils ou pression transverse du tarse (Pierre Marie et Foix) ou par des *excitations superficielles* (pincement de la peau du dos du pied, de la face antéro-externe de la jambe, excitation des téguments avec le tube froid, avec le courant électrique. Babinski). Le *phénomène des allongeurs* est moins constant; il consiste dans l'allongement global de trois segments du membre inférieur mis préalablement en flexion l'un sur l'autre : on l'obtient par l'excitation (pincement) de la peau de la cuisse, de l'abdomen, du flanc. Le *phénomène d'allongement croisé*, beaucoup plus rare, consiste en l'allongement d'un des membres inférieurs, provoqué par l'excitation du membre inférieur du côté opposé ; ce dernier exécute en même temps un mouvement de raccourcissement. Théoriquement, ces réflexes d'automatisme peuvent être mis en évidence par l'excitation cutanée de toute la zone sous-jacente à la lésion et ils cessent brusquement au niveau de la zone lésionnelle. Pratiquement, il est souvent difficile de les mettre en évidence au-dessus du pli de l'aine ; on y arrive cependant en employant des subterfuges sur lesquels nous reviendrons. Ils n'en ont pas moins une valeur localisatrice de premier plan pour préciser la limite inférieure de la tumeur, comme l'ont montré Babinski et Jarkowski. Nous reviendrons sur ce point au diagnostic de localisation. Notons que parfois ces phénomènes d'automatisme peuvent se produire d'une *manière spontanée*, c'est alors le malade qui nous les signale.

c. *Troubles du tonus.* — Il s'agit dans la règle, avons-nous dit, d'une paraplégie spasmodique; souvent elle est même *hyperspasmodique* (Foix et Nicolesco). La contracture est alors très intense, immobilisant les divers segments des membres inférieurs en extension. C'est une contracture fixe, non plastique, s'opposant à toute mobilisation articulaire; on arrive à la vaincre seulement par la mise en jeu des réflexes d'automatisme. Détail à signaler, elle n'est ordinairement pas amyotrophiante pour le muscle, comme la contracture pyramidale banale (voir ma *thèse Paris*, 1924 « De la contracture pyramidale »); au contraire, les muscles inscrits en relief sous la peau donnent souvent ici cet aspect de la contraction volontaire si fréquent dans les rigidités. Sur ce fond de raideur permanente surviennent parfois *des spasmes toniques*, qui constituent un signe très important; ils apparaissent brusquement sous forme de crampes spontanées. Ces spasmes aboutissent à un allongement des membres y compris le pied qui se fléchit directement sur la jambe sans rotation interne; ils sont *horriblement douloureux* et violents et ont un caractère tonique marqué. Leur début est ordinairement lent, leur période d'état très longue et leur terminaison se marque par une sorte de *trémulation rigide*. Les renforcements toniques rappellent dans une certaine mesure les « tonic fits » de la rigidité décérébrée (Ch. Foix).

d. *Troubles objectifs de la sensibilité.* — L'atteinte sensitive (en dehors des symptômes sensitifs radiculaires), la paralysie sensitive peut-on dire, par atteinte cordonnale médullaire, est très importante à envisager. *C'est un des symptômes capitaux des tumeurs de la moelle.* Elle ne manque pour ainsi dire jamais et c'est elle toujours que l'on recherche *dans les examens successifs* (*échelonnés sur plusieurs semaines, quelquefois sur plusieurs mois*) *que l'on fait subir au malade pour étayer le diagnostic de tumeur juxtamédullaire.* Cette paralysie sensitive apparaît en bas et remonte ; tout en étant *relativement homogène, elle paraît aller en augmentant de haut en bas.* Cependant Babinski, Barré et Jarkowski ont insisté sur la persistance de territoires sensibles dans la zone sacrée. Elle peut être *globale* et porter sur tous les modes de la sensibilité superficielle et profonde. Elle est souvent *dissociée* suivant le mode syringomyélique, et cette dissociation n'implique pas du tout l'idée de formation néoplasique intramédullaire. Il peut s'agir d'anesthésie franche, mais parfois la perturbation est légère (hypoesthésie), le malade ne sent pas comme ailleurs et *dans ce cas c'est avec les tubes chaud et froid qu'il faut chercher à la mettre en évidence car la sensibilité thermique est la plus fragile.* Mais le caractère essentiel de ces troubles objectifs de la sensibilité est de présenter une *limite supérieure fixe et nette* que l'on peut dessiner sur la peau avec le crayon dermographique et qui ne varie pas au cours d'examens assez rapprochés. Cette limite supérieure est la même pour les troubles globaux que pour les troubles dissociés. Dans le diagnostic de localisation nous verrons que cette limite supérieure des trou-

bles sensitifs répond à la limite supérieure du segment médullaire comprimé. On cite des cas de tumeurs juxtamédullaires ayant évolué sans troubles de la sensibilité (Roque, Chalier et Gignoux), c'est l'*infime exception. En pratique, il faut des troubles de cet ordre pour émettre ce diagnostic et il faut obtenir une limite supérieure fixe et nette pour avoir une certitude de l'ordre de celles qui imposent l'opération.* Mentionnons, enfin, au point de vue subjectif, certains troubles que signalent les malades, tels que des frémissements qui surviennent par intervalles, des sensations de courant descendant d'eau chaude qui se produisent spontanément ou à l'occasion d'un mouvement.

e. *Troubles de la coordination des mouvements.* — Ils sont rares et d'ailleurs seraient difficiles à objectiver étant donné le taux de paralysie et de contracture. L'absence de troubles cérébelleux ici contraste avec la fréquence de pareils troubles au cours de la syphilis médullaire à forme chronique et au cours de la sclérose en plaques.

f. *Troubles sphinctériens.* — Ils sont de règle comme dans toute paraplégie d'origine médullaire. Dans certains cas, leur apparition peut même ouvrir la phase paraplégique et même parfois constituer le premier signe de la maladie. Ils sont d'autant plus constants et d'autant plus marqués que la compression est plus bas située. Ils consistent en gêne de la miction, incontinence ou rétention d'urine. Ils peuvent être le point de départ, si les malades ne sont pas surveillés, de cystites et d'infections urinaires graves. Mais même dans les compressions serrées de la moelle, à n'importe quel niveau, comme Souques l'a montré dès 1913, la vessie peut se vider automatiquement, en jet, grâce à un centre moteur autonome d'origine sympathique. Cette miction automatique se produit toujours à condition qu'on ne laisse pas la vessie se distendre ou s'infecter (Head et Riddoch).

g. *Troubles trophiques.* — Les *escarres* sont rares à cette période de la maladie, il faut cependant s'en méfier quand l'anesthésie est totale et les troubles sphinctériens importants. Elles sont plus fréquentes dans les tumeurs comprimant la moelle lombaire que dans les tumeurs plus haut situées. L'*atrophie musculaire* des muscles paralysés (par lésion médullaire) n'est pas la règle, nous avons au contraire insisté plus haut sur leur apparence d'embonpoint. Du *côté de la peau* on peut noter de la sécheresse et une sorte d'exfoliation des couches superficielles.

h. *Troubles vaso-moteurs et sympathiques.* — Il existe une *différence de température* entre les parties saines et les parties paralysées. L'*hypothermie* est de règle (Barré); on peut renforcer ce phénomène en laissant le malade découvert pendant un quart d'heure. Il existe des *réactions vaso-motrices anormales* dans la zone sous-lésionnelle; on peut faire apparaître la raie blanche par friction de l'ongle sur la peau : mais ce procédé ne permet pas de faire une localisation. Le *réflexe pilo-moteur* (André Thomas) peut présenter des modifications importantes et fournir des renseignements précieux. Lorsque l'excitation porte sur une région innervée par un segment médullaire sus-lésionnel, le *réflexe dit alors encéphalique* est aboli dans une étendue plus ou moins grande du territoire innervé par le segment médullaire sous-lésionnel. Lorsque l'excitation porte sur un territoire innervé par un segment médullaire sous-lésionnel, le *réflexe dit alors spinal* est encore aboli dans une étendue plus ou moins grande du territoire innervé par le segment médullaire sus-lésionnel. *La limite des deux réflexes spinal et encéphalique ainsi mis en jeu est à peu près la même. Les phénomènes de sudation* (après injection sous-cutanée de 1 centigramme de pilocarpine) peuvent être supprimés dans le segment paralysé (Horsley, Cushing); mais ce n'est pas une règle absolue; c'est ainsi que Head et Riddoch ont observé au contraire des cas où il y avait hypersudation dans le segment paralysé. *Il faut retenir que la topographie des troubles de la sudation, des troubles vaso-moteurs, des perturbations pilo-motrices ne se superpose pas exactement à celle des troubles de la motilité et de la sensibilité.*

III. **La marche de la maladie.** — La *marche de l'affection*, c'est là une donnée clinique capitale à bien mettre en valeur, est *lente* et *progressive*, elle se fait ordinairement *sans heurts* et *sans à-coups*.

Le *début* est souvent difficile à préciser; le plus souvent il est obscur, il n'y a jamais d'ictus. Il se fait habituellement par des phénomènes radiculaires sous forme d'algies plus ou moins bien étiquetées. La phase algique peut durer plus ou moins longtemps (parfois un, deux et trois ans). Elle peut disparaître sans laisser de traces et le malade se croire guéri. Dans d'autres cas, cette phase algique n'existe pas et le malade se présente dès le début comme un paraplégique. Enfin, le début brusque et rapide peut se voir; il est rare. Dans ces cas la maladie brûle les étapes; il s'agit alors souvent de tumeurs malignes métastatiques (Stertz, Brüns, Forster).

La *période d'état*, celle de la paraplégie en extension, continue à présenter le caractère évolutif essentiel de la maladie, c'est-à-dire la *progressivité*; les troubles moteurs, sensitifs, toniques, s'aggravent d'une manière continue. Cette aggravation peut s'échelonner sur des semaines et des mois. Suivant le caractère bénin ou malin de la tumeur, l'évolution sera ralentie ou précipitée. C'est au cours de cette période *qu'il convient de faire le diagnostic précis de l'affection et de localiser la tumeur pour pouvoir dicter l'opération chirurgicale.*

L'*évolution*, si l'on n'intervient pas, est fatale et inéluctable, mais peut durer plusieurs années. La paraplégie en extension peut se transformer en paraplégie en flexion (type Babinski) que nous envisagerons aux formes cliniques. Cependant il faut connaître la possibilité de *rémissions* plus ou moins longues (un à trois ans) avec reprise ultérieure de la marche progressive de la maladie (Claude, Babinski, Enriquez et Jumentié, Oppenheim).

La *durée de l'affection* est très variable suivant qu'il s'agit de tumeur primitive ou de tumeur métastatique, de tumeur bénigne ou de tumeur maligne. En cas de tumeur maligne (métastatique ou non) l'exitus plus ou moins rapide est plus le fait de la malignité du néoplasme que de sa localisation juxtamédullaire. S'il s'agit de tumeur bénigne l'issue fatale peut être due soit à des complications urinaires (cystite, pyélonéphrite, infection urinaire), soit aux escarres sacrées dues au décubitus prolongé et à la cachexie consécutive.

B. **La paraplégie en flexion.** — C'est sinon une complication du moins une modalité assez fréquente de la forme typique que nous venons de décrire longuement. Elle succède le plus souvent à la

paraplégie en extension; dans un certain nombre de cas la phase d'extension peut être très courte et la paraplégie en flexion peut apparaître comme primitive.

Elle est bien connue au point de vue clinique depuis le travail princeps de Babinski qui fut le premier à l'identifier en 1899. Elle est essentiellement caractérisée par :

1° Une attitude en flexion des divers segments des membres inférieurs les uns sur les autres (flexion dorsale du pied sur la jambe, flexion de la jambe sur la cuisse, de la cuisse sur le bassin);

2° Une absence ordinaire d'exagération des réflexes tendineux qui peuvent être diminués et dans certains cas abolis;

3° Une exagération très nette des réflexes d'automatisme dits de défense;

4° L'existence presque constante dans l'évolution du syndrome de contractions musculaires involontaires.

Bien entendu, on retrouve ici les troubles sensitifs objectifs si utiles pour le diagnostic de compression de la moelle par tumeur juxtamédullaire avec leur limite supérieure fixe et nette.

Mais le fait clinique dominant est l'*exagération très manifeste des réflexes d'automatisme*. Sans vouloir entrer ici dans des discussions pathogéniques nous pensons qu'il est absolument certain que la contracture en flexion (de ce type) est intimement liée à l'automatisme médullaire; elle constitue en quelque sorte *un phénomène des raccourcisseurs fixé* (Pierre Marie et Foix). C'est une contracture d'automatisme due vraisemblablement à la libération et aussi à l'excitation du segment inférieur isolé de la moelle. Sa présence en cas de tumeur juxtamédullaire indique que la moelle est fortement comprimée et souffre considérablement. Sa présence constitue à notre avis une indication de plus pour *intervenir rapidement*.

La paraplégie en flexion (d'origine médullaire) n'est pas pathognomonique d'une compression médullaire par tumeur; mais elle indique une compression *localisée* et intense de la moelle; c'est pourquoi sa constatation au lit du malade devra toujours faire soulever l'hypothèse de l'affection qui nous occupe.

C. **Les formes cliniques atypiques.** — **Forme médullaire pure.** — La maladie se présente sous l'aspect d'une paraplégie pure et l'on ne retrouve ni à l'examen ni par l'interrogatoire aucun trouble sensitif (d'abord subjectif puis objectif) fixe et pauciradiculaire *caractéristique d'une atteinte des racines de la moelle au niveau de la lésion.* Cette forme se retrouverait une fois sur quatorze pour Frazier et Ellis, dans plus de la moitié des cas pour Forster. Il est *indubitable qu'elle est fréquente* et qu'en pratique on a souvent affaire à elle. Elle tiendrait à ce fait que la tumeur se développe dans la zone interradiculaire, parfois à la partie antérieure de la moelle; la tumeur serait de petites dimensions et engainée dans l'étui dural. Il s'agit aussi parfois pour Oppenheim de tumeurs extradurales de siège antérieur et remarquables par leur mollesse.

Forme radiculaire pure. — La tumeur juxtamédullaire se présente ici sous le jour d'une névralgie en apparence banale, de topographie variable suivant le siège de la néoformation. Ici l'attention doit être retenue par la limitation nettement radiculaire des phénomènes douloureux, par leur ténacité et leur longue durée, par l'atteinte de la réflectivité tendineuse ou cutanée au niveau des territoires lésés. L'examen complet du système nerveux décèle parfois (si la tumeur est placée suffisamment haut) une ébauche de réaction médullaire sous forme de clonus du pied, d'exagération des réflexes tendineux. Mais cette forme radiculaire répond souvent à des localisations basses (celles que Sicard a surtout observées durant ces dernières années).

Dans les névralgies qui durent, qui récidivent, qui sont rebelles à toutes les médications, il convient de toujours pratiquer une *ponction lombaire* qui fournira en cas de tumeur d'utiles renseignements (dissociation albumino-cytologique) et qui sera suivie si utile, à quelques jours d'intervalle, par une *épreuve du lipiodol.*

Forme à petites tumeurs étagées. — Le diagnostic de tumeurs multiples est souvent très difficile. On peut le soupçonner par la présence de deux syndromes radiculaires nettement superposés qui s'accompagnent d'autres symptômes de compression de la moelle. On peut encore avoir l'attention attirée par la coexistence d'un syndrome de compression haute (donnant naissance à la symptomatologie dite sous-lésionnelle) et d'un syndrome radiculaire bas situé (anesthésie de type radiculaire, abolition de réflexes tendineux). Encore faut-il que la première zone d'anesthésie d'origine cordonnale ne soit pas absolue. L'inverse peut se produire, le syndrome radiculaire étant situé bien au-dessus du syndrome médullaire. Cliniquement, on fait ordinairement le diagnostic de la tumeur la plus haute. C'est dans ces cas que l'épreuve du lipiodol, la pneumorachie (Cestan et Riser) fourniront des indications précieuses. Il peut s'agir, au point de vue histologique, de sarcomatose diffuse (Claude), de neurofibromatose (Guillain) au cours de la maladie de Recklinghausen, de neurogliomatose radiculaire pouvant essaimer de haut en bas (Bériel, Elsberg).

Forme rachialgique, pseudo-pottique. — Cette forme a fait l'objet d'une partie de la thèse de Laplane inspirée par Sicard. Elle a été étudiée par notre maître Cl. Vincent, et nous-même avec ce dernier avons tâché de préciser certains de ses caractères. Elle se rencontre de préférence dans les tumeurs d'origine radiculaire comprimant la partie inférieure de la moelle ou les racines de la queue de cheval.

Elle frappe dès l'abord par l'intensité des douleurs diffuses que nous avons étudiées dans la phase préparaplégique, douleurs qui atteignent les muscles paravertébraux mais peuvent déborder sur les membres inférieurs (signe de Lasègue positif). Cette rachialgie plus ou moins diffuse entraîne secondairement une contracture antalgique des muscles atteints. Comme la rachialgie, la contracture peut être diffuse ou localisée. Lorsqu'elle est localisée (tout au moins en apparence) c'est alors que le diagnostic se pose avec le mal de Pott. *Mais dans le cas de tumeur* « pour un segment considéré la rigidité n'est pas absolue; il y a une légère mobilisation des apophyses épineuses les unes par rapport aux autres que peut percevoir le doigt qui s'insinue entre elles. Elle est diffuse, retentit sur le dos, parfois la nuque, sur les membres inférieurs. La nuque est plus ou moins raide, parfois rigide, le menton ne peut toucher le sternum. La manœuvre de Lasègue permet de mettre en évidence une contracture con-

sidérable des masses postérieures de la cuisse. Cette contracture est excessivement douloureuse ; on arrache des cris au malade dès qu'on s'efforce de la vaincre. Les masses musculaires sont douloureuses à la tension et à la pression » (Cl. Vincent et Chavany). *Dans le cas de mal de Pott dorso-lombaire*, au contraire, « la rigidité vertébrale est segmentaire. Elle ne retentit pas ou peu à distance; il n'y a pas de raideur de la nuque; la contracture des masses postérieures de la cuisse est peu prononcée et peu douloureuse. Cette rigidité segmentaire est absolue; dans la flexion, dans l'inclinaison latérale du tronc, aucun mouvement n'est appréciable dans le segment vertébral. En général, les masses musculaires juxtarachidiennes, les muscles postérieurs de la cuisse ne sont pas douloureux à la pression » (Cl. Vincent et Chavany).

Un autre caractère de cette rachialgie symptomatique de tumeur juxtamédullaire est son *évolution intermittente* avec des rémissions souvent prolongées.

L'apparition de symptômes neurologiques objectifs est souvent tardive.

Pour rapporter cette rachialgie à sa véritable cause il conviendra de pratiquer, avec un examen neurologique complet du malade, diverses épreuves complémentaires : radiographie de la colonne vertébrale, ponction lombaire qui ramènera souvent en pareil cas un liquide xanthochromique (d'où le nom de *lumbago xanthochromique* donné à cette forme par Sicard). On pratiquera, enfin, une exploration lipiodolée de la cavité sous-arachnoïdienne.

D. **Les formes cliniques suivant la hauteur de la lésion.** — La variabilité des formes cliniques suivant la hauteur de la lésion est conditionnée par l'association des signes sous-lésionnels et des signes lésionnels. Mais ce sont surtout ces derniers, spéciaux pour chacune, qui confèrent à toutes ces formes une symptomatologie particulière, c'est donc sur eux que nous insisterons.

Moelle cervicale. — C_1. — Il ne faut pas s'étonner ici qu'il puisse y avoir des symptômes intracraniens. On a signalé la possibilité d'apparition d'un syndrome d'hypertension intracranienne par hyperpression du liquide céphalo-rachidien au-dessus de la tumeur et par blocage à son niveau de la cavité sous-arachnoïdienne. Possibilité de retentissement bulbaire, souffrance du X [bradycardie, Charcot], atteinte du XI (nous la reverrons dans des lésions plus basses), atteinte du XII (hémiatrophie de la langue avec paralysie). La quadriplégie peut manquer au début; elle est relativement tardive. Ce sont là des formes excessivement rares.

C_2, C_3, C_4. — Ici on peut noter :

Des douleurs intenses dans les muscles de la nuque, douleurs que le malade cherche à calmer par des attitudes antalgiques (torticolis spasmodique).

De la paralysie avec atrophie du sterno-mastoïdien (C_2, C_3); si l'atteinte du sterno est unilatérale il se produit un torticolis paralytique.

De la paralysie du trapèze (C_4).

La gravité de cette forme est considérable à cause de l'atteinte possible du phrénique : névralgie sur le trajet du nerf, hoquet, vomissements. Si l'atteinte est unilatérale on a de la paralysie d'un hémidiaphragme visible à la radio; si elle est bilatérale, il faut craindre la possibilité de troubles respiratoires très graves.

La quadriplégie est de règle.

C_5, C_6, C_7, C_8, D_{11} (renflement cervical). — Ici quatre syndromes radiculaires sont possibles :

a. *Syndrome radiculaire supérieur.* — Type Duchenne-Erb (C_5, C_6, C_7) avec paralysie et atrophie du deltoïde, du biceps, du brachial antérieur et du long supinateur.

b. *Syndrome radiculaire moyen.* — C_7 avec paralysie et atrophie du triceps.

c. *Syndrome radiculaire inférieur* (C_8, D_1). — Type Aran-Duchenne avec paralysie et atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar, interosseux, cubital antérieur, fléchisseurs des doigts.

d. *Syndrome de Mme Dejerine-Klumpke* (C_8, D_1, D_2) = syndrome d'Aran-Duchenne + troubles oculo-pupillaires. Ces troubles oculo-pupillaires se manifestent du côté de la lésion par du myosis, du rétrécissement de la fente palpébrale, de la rétraction du globe oculaire (syndrome de Claude-Bernard-Horner). Il convient de savoir que ce syndrome peut se rencontrer au cours des lésions de la moelle cervicale dans toute sa hauteur, au cours des lésions du centre cilio-spinal (C_8, D_1, D_2) et de la Ire racine dorsale qui est sa voie centrifuge, d'où son peu d'intérêt pour la localisation. Il prend dans un seul cas une certaine valeur, c'est lorsqu'on le note au cours d'une tumeur qui comprime la moelle dorsale supérieure, on peut alors affirmer que la lésion remonte jusqu'en D_2.

Dans les tumeurs comprimant le renflement cervical *les modifications des divers réflexes tendineux du membre supérieur présentent pour la localisation une valeur considérable*; ces modifications sont précoces, précédant la paralysie et l'atrophie. On sait que le réflexe de flexion de l'avant-bras sur le bras a son centre médullaire en C_5, le réflexe de pronation en C_6, le réflexe d'extension de l'avant-bras sur le bras en C_7, le réflexe de flexion des doigts, moins constant que les précédents en C_8, D_1; les voies de ces réflexes passent par les racines correspondantes. Si donc la Ve racine est comprimée, le réflexe de flexion de l'avant-bras obtenu par percussion de l'apophyse styloïde radiale sera aboli tandis que persisteront les réflexes sous-jacents (qui même pourront être exagérés en cas de compression du cinquième segment médullaire). En pareil cas donc la percussion de l'apophyse styloïde radiale montrera d'une part l'*abolition du réflexe de flexion de l'avant-bras* coexistant avec l'*exagération du réflexe de flexion des doigts* : c'est le phénomène décrit par Babinski sous le nom d'*inversion du réflexe du radius* qui permet de dire que la lésion comprime le cinquième segment médullaire et ne touche pas le huitième. Le même raisonnement peut s'appliquer aux segments médullaires sous-jacents. C'est ainsi que Pierre Marie et Barré ont décrit l'inversion du réflexe du cubitus ou *réflexe cubito-fléchisseur des doigts*; il indique une lésion comprimant le sixième segment médullaire. Il est à noter que lorsque le réflexe d'extension de l'avant-bras sur le bras est aboli (C_7), la percussion du tendon olécranien détermine parfois la flexion de l'avant-bras (*inversion du réflexe olécranien de Souques*). Ces abolitions de réflexes peuvent être bilatérales ou unilatérales indiquant alors le côté où siège la tumeur.

On enregistre en outre :

Une paraplégie spasmodique des membres inférieurs, la rareté des troubles sphinctériens.

Moelle dorsale (vertèbres D_2 à D_{10}). — Elle constitue environ les deux tiers en longueur de la moelle. Ici ordinairement la symptomatologie lésionnelle est pauvre, et il faut surtout tenir compte pour faire son diagnostic de la symptomatologie sous-lésionnelle.

MOELLE DORSALE SUPÉRIEURE D_2 à D_7. — Douleurs de type intercostal; points de côté; douleurs en ceinture.

Pas de signes radiculaires objectifs à rechercher. Tenir ici grand compte des symptômes médullaires du côté des membres inférieurs et du côté des muscles abdominaux qui peuvent être contracturés. Grosse importance des troubles sensitifs.

MOELLE DORSALE INFÉRIEURE D_8 à L_1. — Les muscles de la sangle abdominale qui sont sous la dépendance des segments médullaires de D_7 à L_1 peuvent être paralysés, atrophiés; il peut y avoir à leur niveau diminution de l'excitabilité faradique. Cette atteinte peut être uni ou bilatérale. Elle peut porter seulement sur un segment musculaire du muscle grand droit ou du muscle grand oblique (André Thomas). Oppenheim insiste sur la dissociation fréquente entre la conservation du réflexe cutané abdominal supérieur D_8, D_9 qui persiste et l'abolition fréquente du réflexe cutané abdominal inférieur D_{11}, D_{12}. Cette dissociation indique que la tumeur peut siéger en D_{10}, D_{11}, D_{12}.

Dans toutes les lésions de la moelle dorsale la paraplégie spasmodique et les troubles sphinctériens sont d'autant plus marqués que la lésion s'approche du renflement lombaire.

Moelle lombaire (1) [renflement L_1, L_2, L_3, L_4, vertèbres D_{10} à D_{12}). — Les *symptômes radiculaires* se traduiront ici :

a. Par des *douleurs* lombaires, abdominales, génito-crurales, sciatiques, avec troubles objectifs de la sensibilité dans le territoire des racines lésées. L'obliquité très marquée des racines à ce niveau fait que la compression peut intéresser des racines provenant d'une région plus élevée que la région lombaire.

b. Par des *troubles des réflexes tendineux et cutanés très importants pour la localisation* (Gendron).

Si la compression siège en L_1, L_2 :

Conservation du réflexe cutané abdominal inférieur D_{11}, D_{12}.

Exagération du réflexe rotulien L_3.

Exagération du réflexe achilléen S_1.

Si la compression siège en L_3, L_4 :

Conservation du réflexe cutané abdominal inférieur.

Abolition du réflexe rotulien.

Exagération du réflexe achilléen.

(1) Tableau emprunté à la thèse de Noël Péron :

Muscles quadriceps...	Extension de la jambe..	$L_2L_3L_4$
Muscles antéro-externes de la jambe.....	Flexion dorsale du pied. Extension des orteils....	$L_4L_5S_1$
Muscles postérieurs de la jambe...........	Extension du pied.......	$L_5S_1S_2$
Muscles plantaires....	Flexion des orteils......	$L_5S_1S_2$
Muscles postérieurs de la cuisse...........	Flexion de la jambe.....	$L_5S_1S_2$
Muscles fessiers......	Rotateurs de la cuisse...	$L_5S_1S_2$
Muscles du périnée antérieur.............	Erection, éjaculation....	S_2S_3
Sphincter vésical......	Miction................	S_3S_4
Sphincter anal........	Défécation	S_4S_5

c. Par une *paralysie flasque avec amyotrophie* portant sur le quadriceps L_3.

Les symptômes médullaires se traduiront ici :

Par des troubles sphinctériens marqués (rétention d'urine, constipation).

Par des troubles sensitifs du côté des membres inférieurs (souvent dissociés).

Par l'existence d'un signe de Babinski; mais ici la paraplégie spasmodique n'est plus la règle.

Moelle lombo-sacrée. — *Épicône et cône terminal* (L_5 et segments sacrés). — Longueur : 2cm5. Répond au corps de L_1.

Les deux formes de l'épicône et du cône terminal, que nous allons maintenant décrire pour être complet, sont très rares à l'état pur en matière de tumeur médullaire. Il est presque impossible, en effet, qu'une tumeur juxtamédullaire comprime l'un de ces deux segments sans comprimer l'autre et surtout sans atteindre les racines adjacentes de la queue de cheval. On comprend donc la difficulté qui existe en clinique de localiser exactement une tumeur à ce niveau. Avec ces explications restrictives, nous décrirons ce que l'on verrait si une tumeur comprimait seulement l'

EPICONE L_1 S_5. — *Au point de vue radiculaire*, on noterait :

a. Algie sciatique uni ou bilatérale avec troubles de la sensibilité disposés en bandes.

b. Réflexe achilléen aboli S_1.

Réflexe cutané plantaire aboli L_5 S_1.

Réflexe rotulien conservé, voire même exagéré par paralysie des fléchisseurs de la jambe sur la cuisse antagonistes de l'extension.

c. Paralysie flasque, de type périphérique, portant sur un certain nombre de groupes musculaires : les muscles antéro-externes de la jambe, les muscles fessiers. (Examiner toujours l'état des muscles fessiers, en particulier, du grand fessier qui sont toujours les premiers touchés dans les affaires basses. C'est la *palpation* (hypotonocité) qui rend le mieux compte de leur état.

Au point de vue médullaire. — Le fait à retenir est qu'il n'existe plus de paraplégie spasmodique. La recherche du signe de Babinski est le plus souvent négative. Il existe de la rétention des urines avec parfois miction en jet et rétention des matières. Mais lorsque la défécation se produit, elle est bonne, l'anus est bien ferme, car le réflexe anal persisterait (Gendron). Parmi les troubles génitaux signalés, mentionnons le priapisme et l'éjaculation involontaire.

CÔNE TERMINAL S_2 S_3 S_4 S_5.— Douleurs radiculaires dans la région périnéale, les *fesses*, les organes génitaux.

Anesthésie en selle (qui peut être dissociée); la zone anesthésique est comprise entre deux zones saines.

Abolition du réflexe anal S_3.

Mais ce sont surtout les *troubles sphinctériens et les troubles génitaux qui dominent la scène* (Dufour). Il existe de la rétention d'urine avec fausse incontinence par regorgement ou bien encore de l'incontinence vraie avec miction goutte à goutte. Les fonctions génitales sont très troublées : anaphrodisie vraie ou seulement parfois impossibilité de l'éjaculation.

Queue de cheval. — C'est la plus fréquente et la plus importante des compressions basses de la

moelle par tumeur. Péron vient d'y consacrer une partie de sa thèse inaugurale, inspirée par Guillain. Il indique trois formes de début :

Une forme algique, très fréquente, dans laquelle apparaissent des douleurs *très violentes* au niveau des lombes et des membres inférieurs sur le trajet du sciatique, au niveau du périnée et des organes génitaux. Ces douleurs unilatérales, au début, ne tardent pas à devenir bilatérales. *On ne saurait trop insister sur l'intensité de ces douleurs*. Souvent, dès cette période, on note de l'areflexie achilléenne.

Une forme urinaire. Mais ici les troubles sphinctériens sont moins marqués que dans la forme précédente.

Une forme intestinale avec constipation opiniâtre ou incontinence anale.

A la période d'état on note :

La persistance des phénomènes douloureux.

La *paralysie flasque* avec atrophie et réaction de dégénescence frappant divers groupes musculaires des membres inférieurs, atteignant en premier les muscles antéro-externes de la jambe et ensuite les autres muscles, mais respectant dans la règle le muscle quadriceps.

Les réflexes achilléens sont abolis, les rotuliens conservés ainsi que les crémastériens. Le réflexe anal a disparu.

Il n'y a pas de signe de Babinski.

Il peut exister des troubles objectifs de la sensibilité, de type radiculaire avec anesthésie aux trois modes de la sensibilité superficielle et conservation relative de la sensibilité profonde.

Les troubles trophiques consistent en un aspect violacé de la peau qui est froide et surtout en la possibilité d'*escarres* très importantes.

Il convient de noter ici la fréquence de la prédominance unilatérale de la symptomatologie.

De cet exposé des compressions médullaires basses par tumeur se dégage la notion de difficulté qui se présente pour une localisation exacte à ce niveau (bien entendu par les seuls procédés cliniques) et pour en terminer avec ce groupe de formes cliniques, nous tenons à revenir encore sur deux points importants de diagnostic que Gendron, dans sa remarquable thèse, a bien mis en évidence.

1° *Celui du diagnostic entre une tumeur comprimant la queue de cheval et une tumeur comprimant la moelle lombaire basse et l'épicône* L_3 L_4 L_5 S_1, diagnostic important au point de vue opératoire, car la queue de cheval s'étend du bord inférieur de la première vertèbre lombaire à la deuxième pièce sacrée.

En faveur d'une compression de la moelle, on peut tabler (Gendron) sur :

La présence du signe de Babinski.

La constatation d'un syndrome de Brown-Séquard.

La dissociation syringomyélique des troubles de la sensibilité.

La persistance d'une zone sensible dans le territoire des racines sacrées.

La présence des troubles sphinctériens tels que nous les avons décrits dans les lésions de l'épicône.

2° *Celui du diagnostic entre une tumeur comprimant la queue de cheval et une tumeur comprimant le cône terminal.*

En faveur du cône (Gendron) on a :

La présence de douleurs moins violentes irradiant moins dans les membres inférieurs.

L'intensité des troubles sphinctériens, qui sont à leur maximum.

La présence de secousses fibrillaires dans les muscles paralysés.

La rapidité d'apparition des symptômes.

En faveur de la queue de cheval :

Les douleurs *très vives* dans les membres inférieurs.

L'apparition des signes objectifs beaucoup plus tardive.

La diffusion des symptômes.

L'absence de zones sensibles dans le territoire des racines sacrées.

La présence fréquente de douleurs diffuses rachialgiques. C'est dans cette localisation que l'on note, le plus souvent, les aspects pseudo-pottiques que nous avons décrits plus haut.

On saisit cependant combien dans tous ces cas l'épreuve du lipiodol sera d'une réelle utilité.

Les tumeurs intramédullaires. — Ayant exposé aussi complètement que possible la symptomatologie des tumeurs juxtamédullaires, nous serons beaucoup plus brefs sur celle des tumeurs intramédullaires.

Nous dirons tout d'abord qu'il est souvent difficile cliniquement de différencier les tumeurs intramédullaires et les tumeurs juxtamédullaires, que les différences entre les deux formes sont souvent floues et que, très souvent, le diagnostic de tumeur intramédullaire, quand il est fait est un diagnostic de probabilité et non de certitude.

Il s'agit, dans la règle d'une paraplégie moins spasmodique que celle que nous avons décrite comme typique de la forme juxtamédullaire. Les douleurs radiculaires sont moins fréquentes, mais elles peuvent exister. La phase intermédiaire de syndrome de Brown-Séquard est plus rare. On note fréquemment des phénomènes amyotrophiques par lésions des cellules des cônes antérieurs de la moelle; c'est là un signe de valeur pour la localisation lésionnelle. L'automatisme médullaire existe, mais à un degré moins accentué que dans les tumeurs juxtamédullaires; il n'y aurait pas, en particulier, de spasmes en extension. Les troubles sensitifs sont ordinairement dissociés suivant le type syringomyélique, mais cette dissociation n'a de valeur diagnostique réelle que si elle est nettement suspendue comme dans la syringomyélie.

a. Parfois petites, elles se comportent comme des tumeurs intradurales et l'intervalle entre les troubles sensitifs et les réflexes d'automatisme est souvent très étroit. Les phénomènes pyramidaux peuvent même remonter au-dessus des phénomènes lésionnels radiculaires et l'automatisme médullaire, déborder l'anesthésie (signe qui a de la valeur si l'anesthésie est complète). L'automatisme médullaire peut même, dans certains cas, d'après Pierre Marie et Foix déborder les phénomènes amyotrophiques (signe de valeur dans les lésions récentes). Il convient de mentionner que les plus fréquentes de ces petites tumeurs sont des tubercules solitaires (ce qui sort un peu du cadre de notre étude), qui compriment la moelle beaucoup plus qu'ils ne la détruisent.

b. Parfois, il s'agit de *gliomes infiltrants* s'étendant en hauteur sur un certain nombre de segments médullaires; dans ces cas, la limite supérieure des troubles sensitifs varie et monte au cours de l'évolution de la maladie. Quand il s'agit de gliomes infiltrants et kystiques, il peut être difficile de faire le départ entre une tumeur médullaire vraie et une

syringomyélie banale (due elle aussi à une désintégration gliomateuse).

Les tumeurs intramédullaires sont beaucoup moins intéressantes que les tumeurs juxtamédullaires au point de vue des possibilités thérapeutiques. Nous verrons plus loin qu'on a cependant tenté et, dans certains cas, réussi à les extirper (lorsqu'il ne s'agit, bien entendu, pas de formes infiltrantes).

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 MAI 1927)

L'existence d'une housse neuro-musculaire au niveau des artères glomérulaires de l'homme. — M. Ch. OBERLING.

Une réaction histochimique nouvelle des lécithines, la réaction iodophile. — M. Marc ROMIEU.

Sur la digestion pancréatique de la laine. — MM. L. MEUNIER, P. CHAMBARD et H. COMTÉ.

Bactériophagie et tumeurs filtrables. Réaction de fixation dans le sarcome de Rous. — MM. E. WOLLMAN et Achille URBAIN.

Prophylaxie des trypanosomiases par ingestion du Moranyl (309 Fourneau ou 205 Bayer). — MM. C. LEVADITI et A. KLARENBEEK.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 MAI 1927)

Vomissements habituels des nourrissons. — M. MARFAN avance que, dans la maladie des vomissements habituels telle qu'il l'a définie, contrairement à une opinion très répandue, le mode d'alimentation n'est pas le principal facteur étiologique. Cette maladie est en effet aussi fréquente chez l'enfant au sein que chez celui qui est soumis à l'allaitement artificiel; elle s'observe parfois chez des nourrissons dont le régime est irréprochable. S'il est vrai que le changement de régime l'améliore parfois, c'est pour un temps limité et ce changement ne la guérit pas. La maladie des vomissements habituels n'a aucun rapport avec un état d'anaphylaxie pour le lait, ni avec la tétanie. Elle est indépendante d'une sténose organique du pylore. Le spasme du pylore n'en constitue qu'un élément inconstant, variable d'un cas à l'autre et chez le même sujet examiné à diverses reprises. Les recherches de M. Marfan l'ont conduit à regarder la maladie des vomissements habituels comme une gastro-névrose émétisante qui est le plus souvent en relation avec la syphilis congénitale; dans le plus grand nombre des cas, elle guérit assez vite par le traitement spécifique.

Éducation sexuelle. Ses rapports avec la prophylaxie des maladies vénériennes. — M. René MARTIAL étudie les moyens physiques de prophylaxie et il s'arrête aux moyens d'ordre psychologique, moral et intellectuel qu'il range sous deux dénominations : la chasteté et l'éducation sexuelle.

Il estime que l'exercice de la chasteté est rendu plus aisé par l'éducation sexuelle et que cette éducation doit être donnée, soit par la famille, soit par le médecin de famille, et dans les lycées et collèges par le médecin attitré.

Election d'un membre titulaire dans la première section (médecine et spécialités médicales). Classement des candidats : en première ligne, M. Claude; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Le Noir, de Massary, Ravaut, Roussy et Sicard. Adjoints par l'Académie à la liste de présentation : MM. Lereboullet, Loeper, Rathery et Rist. Au premier tour de scrutin, M. Henri Claude, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris, a été élu par 36 voix sur 57 votants.

LIVRES NOUVEAUX

Glycogène, Adrénaline et Insuline (1), par M. JACOT.

Deux constatations très importantes ressortent de cette étude d'expérimentation.

1° La dissémination du glycogène par l'adrénaline.

2° L'accélération de l'oxydation de l'adrénaline par le glycogène.

La première de ces constatations montre la nature d'une oxydase à laquelle est dévolue la fonction de la respiration intracellulaire, tandis que la seconde donne la clef du problème de l'influence glycogénolytique de l'adrénaline.

Le glycogène s'avère ainsi comme un corps essentiellement vital devenant l'agent essentiel des oxydations chez l'animal.

L'auteur montre aussi que le glycogène est très probablement l'agent de la motilité, grâce aux variations de dissémination qu'il subit dans l'organisme animal.

Dès que l'insuline fit son apparition, l'auteur eut la curiosité de voir l'effet de cette substance sur le glycogène : il observa une action très nettement floculatrice dont il interprète l'importance dans la troisième partie de ce livre. L. G.

(1) Un volume de 212 pages. Prix (France et Etranger) : 35 fr. (sans majaration). — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.





BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Méthodes d'Abrams, par le docteur Jules REGNAULT. In-8 de 208 pages et 32 illustrations. — Prix : 20 fr. — Paris, N. Maloine.

Hygiène infantile, par Raoul BRUNON, professeur honoraire de clinique interne à l'Ecole de médecine de Rouen. Publie la 3e édition de son *Traité d'hygiène infantile*. In-8 de 280 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, N. Maloine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

— Notre cher collègue et vieil ami le docteur Lance, assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades et membre du Comité de direction de la *Gazette des hôpitaux*, a été élu mercredi dernier membre titulaire de la Société nationale de chirurgie.

La rédaction est heureuse de lui adresser l'expression très affectueuse de ses vives félicitations.

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lemierre, Papillon, Lian, Lecène, Laroche, Baudouin, Ameuille, Guillain, qui acceptent; Fiessinger, Lévy-Valensi, Sicard, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 24 mai. — MM. Lacombe, 20; Couinaud, 19.

M. Desnoyers est nommé.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 25 mai. — MM. Merville, 15; Lattes, 16; Thibault, 19.

Séance du 26 mai. — MM. Boissier, 18; Raison, 16; Vilensky, 15; Croquefer, 13.

Séance du 28 mai. — MM. Lattes, 13; Merville, 16; Thibault, 19.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du prosectorat.* — *Epreuve de physiologie.* — Question donnée : « Physiologie de la glande sous-maxillaire. » MM. Meillère, 18; Fèvre et Gérard-Marchant, 17; Chabrut, Gueullette et Leibovici, 16.

SERVICE MÉDICAL DES ASILES DE LA SEINE (du 1er mai 1927 au 30 avril 1928). — ASILE SAINTE-ANNE. — 1. Médecin : M. le prof. Claude; chefs de clinique : MM. Cénac, Montassut, Barük, Lamache; chefs de labor. : MM. Cuel, Raffin, Dumas, Dubard, Lehmann; internes : MM. Vuillame, Sonn, Nacht.

2. Médecin : M. Sérieux; internes : MM. Bardol, Eliascheff.

3. Médecin : M. Trénel; internes : MM. Masquin, Lacan.

4. Médecin : M. Leroy; interne : M. Pottier; interne prov. : M. Dublineau.

5. Médecin : M. Truelle; internes : MM. Male, Miquel.

6. *Admission.* — Médecin : M. Marie; internes : MM. Valence, Chatagnon.

7. Chirurgien : M. Mauclaire; interne : M. Sizaret.

8. *Hôpital Henri Rousselle.* — Médecin : M. Toulouse; internes : MM. Lelong, Daussy, Picard.

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE INFANTILE. — 1. Médecin : M. Heuyer; chef de clinique : Mlle Badonnel.

INFIRMERIE SPÉCIALE DU DÉPÔT. — 1. Médecin : M. de Clérambaut; interne : M. Meignant.

ASILE DE VILLEJUIF. — 1. Médecin : M. Rogues de Fursac; interne : M. Magnand.

2. Médecin : M. Marchand; interne : M. Courtois.

3. Médecin : M. Pactet; interne : M. Migault.

4. Médecin : M. Ducosté; interne : M. Szumlanski.

5. Médecin : M. Guiraud; interne prov. : M. Thomas.

ASILE DE VILLE-EVRARD. — 1. Médecin : M. Mignot; interne : Mlle Martille.

2. Médecin : M. Rodiet; internes prov. : MM. Veyssière, Imbert.

3. *Maison spéciale de Santé.* — Médecin : M. Petit; internes : M. Garand, Le Guillant.

ASILE DE VAUCLUSE. — 1. Médecin : M. Courbon; interne prov. : M. Faïl.

2. Médecin : M. Genil-Perrin; interne prov. : M. Menger.

3. *Colonie de Vaucluse.* — Médecin : M. Simon; interne : M. Vié.

ASILE DE MAISON-BLANCHE. — 1. Médecin : Mlle Pascal; interne prov. : M. Abramowitz.

2. Médecin : M. Capgras; interne : M. Briau.

3. Médecin : M. Beaudouin; interne : Mlle Cullerre.

4. Médecin : M. Bonnet; interne prov. : Mlle Dubreuil.

ASILE DE MOISSELLES. — 1. Médecin : M. Abély; interne : M. Dupont; interne prov. : M. Grenet.

MARINE. — Sont nommés :

Au grade de médecin en chef de 1re cl. — M. Chauvin.

Au grade de médecin en chef de 2e cl. — MM. Parrenin et Cristol.

Au grade de médecin principal. — MM. Fontaine et Marmouget.

COMMISSION DU CODEX. — M. le professeur Breteau, du Val-de-Grâce, est nommé secrétaire technique de la Commission du Codex. (*J. O.*, 28 mars 1927.)

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 13e décade, du 1er au 10 mai, 1.135 décès, au lieu de 1.153 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.191, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La variole et la varioloïde ont causé 2 décès; 7 cas nouveaux ont été déclarés par les médecins, au lieu de 2 pendant la décade précédente (moyenne 0).

La rougeole a causé 44 décès, au lieu de 38 pendant la décade précédente (moyenne 18).

La scarlatine a causé 5 décès, au lieu de 9 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 109 (moyenne 78).

La diphtérie a causé 5 décès, au lieu de 7 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 75, au lieu de 59 pendant la décade précédente (moyenne 82).

LE « JEUNE MÉDECIN ». — Nous venons de recevoir le premier numéro du *Jeune Médecin*, l'organe l'Union corporative des étudiants en médecine. Le titre, écrit M. André Bonnet, a été choisi intentionnellement « pour montrer que nous ne nous intéressions pas seulement au sort de l'étudiant, mais encore à celui de nos camarades qui débutent dans la carrière médicale. Nous voulons les soutenir et les orienter vers les syndicats médicaux qui se plaignent trop souvent et à juste raison de l'indifférence des jeunes confrères.

« Nous comptons fermement sur l'appui de tous les membres de la grande famille médicale. Comme l'indique notre nom, nous sommes une union corporative, résolument, en dehors de toute question politique et confessionnelle. Nous n'oublierons cependant point que nous sommes Français et veillerons particulièrement au respect des droits que nous devons avoir dans notre pays... »

Ce programme, certes, réunira tous les suffrages, aussi est-ce de grand cœur que la centenaire *Gazette des hôpitaux* souhaite la bienvenue à son nouveau confrère.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Alfred Jondeau (de Chalon-sur-Saône), Henri Chaumier (d'Issy-les-Moulineaux), Edmond Rouffart, fondateur de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique et de la Société belge de chirurgie, ancien sénateur de Bruxelles; Salvador Cardenal, l'illustre chirurgien espagnol, l'un des initiateurs de la méthode antiseptique en Espagne, décédé à Barcelone; Joh Brownlee (de Glascow), Didier (de Rouen), Jacques Durand (de Paris).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les docteurs V. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière; E. Hartmann et Bollack, ophtalmologiste des hôpitaux, commencera le lundi 20 juin 1927, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 350 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

COURS DE DERMATOLOGIE PRATIQUE (diagnostic et traitement des dermatoses les plus fréquentes). — Service de M. le docteur Marcel Pinard, hôpital Cochin, les lundis, mercredis et jeudis, à 11 h.

Le cours gratuit comprendra l'examen des biopsies; une coupe de chaque biopsie étudiée sera laissée aux auditeurs inscrits.

S'inscrire par lettre adressée au docteur Jean Meyer, assistant à l'hôpital Cochin.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 30 mai. — Jury : MM. Sebileau, président; Gosset, M. Labbé et Ombrédanne. — M. VACCARO-NATALE. Etude sur l'ulcère de l'estomac. — M. BOUTOT. Technique de l'amygdalectomie totale. — M. BENÉTON. Etude des appendicites pelviennes suppurées. — M. VACHEZ. Contribution à l'étude de l'otite grippale.

Mardi 31 mai. — Jury : MM. Balthazard, président; Carnot, Claude et Duvoir. — M. MALLET. Etude sur le traitement des tuberculoses oto-rhino-laryngologiques. — M. DURAND. Etude médico-légale du diabète sucré. — M. FAIL. Nouveau mode de placement familial des psychopathes (étude, etc.).

Jury : MM. Bernard, président; Brindeau, Lejars et Rathery. — M. HADJIGEORGIOU. Etude sur les fistules et abcès tuberculeux. — Mme LAPLANE. De la splénopneumonie tuberculeuse dans la petite enfance. — M. BOURDIN. Les kystes de l'ovaire dans leurs rapports avec la grossesse. — M. MARTIN. Rhumatisme progressif déformant.

Samedi 4 juin. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brindeau, président; Rathery, Moussu et Robin. — M. DASQUÉ. Etude des pseudo-paraplégies puerpérales des femelles bovines. — M. SEMELAGNE. Etude sur la péricardite.

SYNDROME THALAMIQUE ANALGIQUE

Par Henri ROGER, SIMÉON et DENIZET,
Professeur Chef de clinique Interne
à la Clinique neurologique de Marseille.

Les discussions actuellement en cours à la Société de neurologie sur la distinction entre les divers syndromes sensitifs cérébraux, syndrome thalamique et syndrome pariétal, nous font verser aux débats l'observation suivante que nous venons de recueillir.

Tonn... (Louis), âgé de quarante-sept ans, est entré à la clinique neurologique le 24 décembre 1926 (1).

Histoire de la maladie. — Le *début* remonte à 1923. Après avoir souffert quelque temps de céphalée légère et éprouvé des sensations de piqûre dans la main gauche, Ton... est obligé un jour, au cours de son travail, de lâcher subitement la brouette qu'il poussait. Il ne perd nullement connaissance, mais est obligé d'interrompre ses occupations; la main prend peu à peu une attitude vicieuse. Il ne peut plus porter que des objets légers, lâchant les poids lourds. Il s'occupe tant bien que mal, à de menus travaux tels que décharger les charrettes de fagots de bois des boulangers.

Par surcroît d'infortune, il fait en mai 1926, une chute de tramway : étant sur le marchepied et ne pouvant se maintenir suffisamment accroché de sa main invalide, il tombe et la roue lui scalpe les masses musculaires de la plante du pied gauche.

Le malade, ne pouvant gagner sa vie, a fait plusieurs séjours dans divers services hospitaliers.

A l'heure actuelle, outre son impotence du membre inférieur et son attitude vicieuse qui l'empêche de se servir de son membre supérieur, il accuse et seulement quand on le lui demande, quelques fourmillements dans la main et dans le mollet. Ceux-ci auraient été plus nets au début de sa maladie, mais il n'y a eu, à aucun moment donné, de douleurs ni d'ébauche de douleur.

Tonn... ne se plaint d'aucun trouble nerveux : ni céphalée, ni vertiges, ni modifications des organes des sens, ni troubles de la mémoire et du caractère.

L'interrogatoire ne révèle aucun symptôme du côté des autres appareils, sauf quelques troubles respiratoires et une légère pollakiurie nocturne.

Antécédents personnels. — Absinthisme durant cinq ans, pendant son service militaire, en Algérie, où il aurait eu un ictère. Depuis lors, éthylisme léger.

A dix-neuf ans, une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Intoxication assez grave par les gaz de combat, en août 1918, pour laquelle il fut évacué et qui lui a valu, en 1924, une pension militaire de 10 p. 100.

Accident de tramway en 1926, relaté plus haut, après lequel le malade ne semble pas avoir aucune idée revendicatrice.

Aucun accident spécifique.

Antécédents héréditaires. — Cinq frères ou sœurs morts jeunes avant la guerre.

Il nous raconte avoir perdu pendant la guerre, en Champagne, huit frères et sœurs, son père et sa mère ensevelis sous leur maison détruite par un obus.

Examen. — Membres supérieurs. Dès le premier abord, on est immédiatement frappé par l'attitude vicieuse de la *main* qui rappelle, par certains côtés, la contracture en flexion du type physiopathique dite « en col de cygne ».

(1) Ce malade a été présenté au *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, le 11 février 1927

Le malade se présente à nous l'avant-bras légèrement fléchi sur le bras, la main en légère flexion sur le poignet. Les premières phalanges sont aussi un peu fléchies sur le métacarpe, les deux autres phalanges, en hyperextension. Le pouce est ramené en flexion sous les autres doigts et l'annulaire disparaît sous le troisième et le cinquième croisés en ciseaux.

Cette attitude, quoique prédominante, est loin d'être constante. A certains moments, les phalanges sont toutes à demi fléchies avec parfois ébauche d'abduction.

Quand le malade parle, marche, fait un effort, les doigts changent souvent de position. Et on constate, chaque fois, en particulier dans l'attitude du serment, que chaque doigt a une attitude différente de son voisin. C'est ainsi que, le bras tendu on voit souvent le médius et l'annulaire fléchis, alors que l'index et le petit doigt sont étendus et tendent à se rapprocher l'un de l'autre.

Lors des mouvements qu'on demande au malade d'effectuer, les doigts, avons-nous déjà dit, se déplacent d'une façon souvent lente comme dans l'athétose. En outre, quand le repos est complet au lit, on voit, en y portant bien son attention, quelques petits *mouvements spontanés* de flexion des doigts qui succèdent au nombre de trois ou quatre et qui n'ont qu'une faible amplitude.

Cette attitude vicieuse de la main est conditionnée par une *contracture* qui s'exagère nettement quand le malade fait des mouvements. Elle persiste dans l'intervalle des efforts volontaires et il paraît difficile au malade de mettre ses muscles en relâchement complet. Cependant les mouvements passifs font diminuer cette contracture, et la main, sauf peut-être le pouce, paraît présenter à la fin de ces exercices une tonicité qui ne diffère pas beaucoup de celle du côté opposé. Quand on arrive à mettre la main en résolution, on sent un ballottement plus marqué de ce côté que du côté opposé.

Cette contracture à type intentionnel gêne beaucoup tous les mouvements et pratiquement, le malade ne peut guère se servir de sa main pour prendre un objet. Il peut fléchir son poignet presque complètement, mais ne peut le relever au-dessus du plan horizontal; au cours de cet acte, l'index et le petit doigt s'étendent tandis que les deux autres restent un peu fléchis.

En position de flexion de la main sur l'avant-bras, la flexion des doigts de la main se fait presque normalement.

L'écartement des doigts est possible pour l'index qui s'écarte du médius, mais nul pour les derniers doigts.

Mis en supination, l'avant-bras revient assez rapidement en pronation.

Cependant, il n'y a *pas ou peu de parésie* : la force de flexion de l'avant-bras sur le bras est à peu près égale des deux côtés. La force de flexion du pouce, des autres doigts pris isolément, celle d'abduction et d'adduction des doigts, de flexion ou d'extension du poignet est considérable. Seule, l'abduction du bras est diminuée, en raison d'une arthrite de l'épaule qui limite les mouvements passifs de cette articulation.

Dans la marche, le membre supérieur se met parfois en hyperpronation, renversé en arrière, le bras presque étendu, le dos de la main fléchie se collant contre la fesse. Cependant au début de la marche, quand cette attitude n'est pas accusée, le bras a des oscillations d'une amplitude à peu près égale à ceux du côté opposé; mais, à certains moments, surviennent quelques petits mouvements brusques déplaçant la racine du membre.

Il y a une syncinésie globale très nette de flexion de la main gauche quand le malade serre fortement la main droite; mais l'inverse ne s'observe pas. Nous n'avons pas trouvé de syncinésie d'imitation dans l'épreuve des marionnettes.

Dans les mouvements à résistance du membre inférieur gauche, le membre supérieur se fléchit davantage.

Dans l'épreuve du doigt au nez, le doigt plane un peu, hésite et décompose un peu les mouvements à la fin de l'acte. Quand le malade veut saisir un objet de la main gauche il

porte la main légèrement à côté, mais corrige très rapidement pour les actes suivants.

L'épreuve de Barany de l'index n'est pas modifiée du côté gauche.

La diadococinésie est impossible à gauche et s'effectue normalement à droite.

Réflexes. — Les réflexes stylo-radial, bicipital et tricipital sont un peu plus vifs du côté gauche.

Le réflexe pilo-moteur est conservé des deux côtés.

Par pincement de la peau de l'avant-bras et du bras gauches on détermine parfois un léger réflexe de défense, un mouvement d'élévation de l'épaule gauche.

Les réflexes de posture du membre supérieur sont difficiles à rechercher; le malade présentant une contracture intentionnelle, plus ou moins volontaire, dans la recherche d'épreuve. Quand il arrive à se décontracter complètement, on constate que les réflexes de posture sont plutôt diminués du côté gauche.

Sensibilité. — La sensibilité de la main est très légèrement diminuée au tact du côté gauche, ainsi qu'à la douleur. Certains tacts légers sont perçus alors que d'autres ne le sont pas. Le malade ne remarque pas à gauche la différence entre le frottement d'un papier de verre et d'un carton lisse.

L'hypoesthésie est à certaines explorations plus nette pour la face dorsale du bord radial de l'avant-bras gauche.

L'épreuve du compas de Weber montre une discrimination dans les limites normales pour le côté droit (1 centimètre et demi à 2 centimètres). Pour le membre gauche, tant à la main qu'à l'avant-bras, les écarts dépassant 10 centimètres sont seuls perçus.

Il n'y a pas de surréaction douloureuse à la piqûre.

Mauvaise discrimination de la sensibilité thermique dans tout le membre supérieur gauche, surtout à son extrémité. Il y a tendance à la monothermie : le froid étant plus tôt perçu que le chaud.

Les sensations de poids sont très mal perçues. Le malade ne discrimine pas des différences très considérables de poids.

La sensibilité au diapason est nettement perçue à droite, pas du tout à gauche.

Le malade sent mal le contour d'une pièce de monnaie, prend pour un couteau le manche du marteau de Babinski. Il est vrai qu'il est gêné dans la discrimination des objets par la contracture que nous avons signalée.

Le sens des attitudes segmentaires est conservé.

Troubles trophiques. — Il n'y a pas d'atrophie musculaire, sauf pour le deltoïde et le sous-épineux, mais celle-ci est vraisemblablement consécutive à une légère arthrite de l'épaule.

La peau de l'avant-bras gauche et surtout de la main est lisse, sans sudation exagérée. Les doigts sont effilés et amincis avec incurvation des ongles en verre de montre; mais il y a tendance à cette incurvation du côté opposé.

La tension artérielle est au Pachon de 7-13 avec un indice de 3 à gauche : — de 8-16 avec un indice de 9 à droite; après l'épreuve du bain chaud la tension au bras gauche remonte à 7-15 avec un indice qui s'élève à 8, très sensiblement égal donc à celui du côté opposé.

MEMBRES INFÉRIEURS. — Le malade talonne légèrement en marchant : cette démarche n'a rien de caractéristique, étant due en partie à la longue cicatrice qui occupe toute la plante, cicatrice consécutive au traumatisme qui a enlevé une partie de la semelle musculaire plantaire.

On trouve une très légère tendance à la chute à gauche au bout d'un assez long temps dans l'épreuve gynécologique.

Dans l'acte de s'asseoir le malade ne décolle aucun de ses membres inférieurs du plan du lit.

Dans l'épreuve de Grasset-Gaussel, légère tendance à la chute à gauche.

Epreuve de Barré : oscillations de la jambe gauche.

La force globale du membre inférieur est cependant respectée.

Dans l'épreuve du talon au genou on constate du côté gauche une légère hypermétrie : le talon plane un peu au-dessus du genou.

De même dans l'épreuve du pied porté sur le coin de la chaise, il y a décomposition des mouvements exactement comme chez un cérébelleux.

Tonicité nettement diminuée à gauche aussi bien pour la hanche que pour le genou et surtout pour le pied dont le ballottement est beaucoup plus ample.

Réflexes. — Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs surtout à gauche, sans clonus du pied ni de la rotule.

Babinski bilatéral, mais cependant plus net à droite qu'à gauche.

Réflexe de posture du jambier antérieur nettement diminué à gauche.

Réflexe de défense apparaissant par le pincement de la cuisse droite déterminant une flexion du genou gauche. Ce réflexe se prolonge jusqu'à la partie moyenne du tronc. On observe même par pincement de la cuisse gauche un léger mouvement de retrait du membre supérienr.

Sensibilité. — Epreuve du compas de Weber : même discrimination qu'au membre supérieur. A droite le malade discrimine à 3 centimètres environ. A gauche à 6 ou 7 centimètres. Hypoesthésie légère à tous les modes (tact, douleur, chaleur) dans le membre inférieur et toute la moitié droite du tronc.

FACE. — Le facies est peu expressif : la commissure faciale est légèrement tirée à gauche avec légère hypertonie de l'hémiface gauche. La bouche ouverte est oblique ovalaire à gros bout tourné à gauche. Dans la fermeture des yeux le malade contracte plus le sourcilier droit que le gauche. La sensibilité est un peu diminuée à la piqûre du côté gauche. Pas de différence au tact.

Les pupilles sont égales, régulières, contractiles : le champ visuel exploré au campimètre est absolument normal. L'acuité visuelle est de 0,8 pour les deux yeux. L'audition n'est pas altérée.

L'*examen du liquide céphalo-rachidien* le montre normal, clair, eau de roche avec une tension de 19 au début, de 13 après soustraction de 10 centimètres cubes; albumine normale; 0,2 élément leucocytaire par millimètre cube, avec un Bordet-Wassermann négatif.

Le Bordet-Wassermann dans le sang est également négatif

Urines : ni sucre, ni albumine.

L'*intellect* est normal : compréhension, mémoire, faculté d'attention, caractère non modifiés.

En résumé, très léger degré d'hémiparésie gauche, avec réflexes un peu plus vifs de ce côté, survenue il y a quatre ans d'une façon assez brusque et ayant laissé un reliquat parétique très discret. Attitude de la main assez spéciale (poignet fléchi, première phalange fléchie avec extension des deux autres) d'ailleurs assez variable suivant les positions, en raison d'une contracture intentionnelle des plus nettes. Mouvements athétosiques très discrets. Dysmétrie nettement accusée.

Au point de vue sensitif, absence de toute douleur spontanée. Diminution des diverses sensibilités, surtout des sensibilités profondes, y compris la sensibilité osseuse. Pas de surréaction douloureuse à la piqûre.

Pas d'autre symptôme associé : pas d'hémianopsie ni d'épilepsie.

Pour interpréter ce cas, rapportons-nous au tableau suivant où nous avons essayé de schématiser les

quelques différences qui, peut-être plus théoriquement que pratiquement, nous paraissent à l'heure actuelle distinguer le syndrome cortical pariétal du syndrome central thalamique.

	SYNDROME THALAMIQUE	SYNDROME PARIÉTAL
Troubles moteurs........	Peu ou pas d'hémiparésie. Main thalamique avec contracture intentionnelle. Mouvements choréo-athétosiques. Dysmétrie.	Hémiparésie légère. Main pariétale (assez analogue), mais sans contracture intentionnelle. Très rares secousses choréiques. Dysmétrie.
Troubles sensitifs........	Hémialgie. Atteinte prédominante des sensibilités profondes, y compris la sensibilité osseuse. Surréaction douloureuse à la piqûre et hyperesthésie douloureuse au froid.	Pas de douleurs. Atteinte prédominante des sensibilités profondes avec intégrité de la sensibilité osseuse. Distribution radiculaire des troubles sensitifs.
Symptômes associés.....	Hémianopsie.	Crises épileptiques ; aphasie.

L'hémiparésie, légère mais nette, serait peut-être plus en faveur du syndrome pariétal, de même que l'absence de toute douleur et l'absence d'hémianopsie qui sont si fréquentes dans le syndrome thalamique.

Cependant cette main si spéciale, avec sa contracture intentionnelle si accusée, nous paraît surtout depuis les travaux récents de Foix et Hillemand un argument de poids en faveur de la couche optique. De même l'atteinte de toutes les sensibilités profondes, y compris la sensibilité osseuse et l'absence de disposition pseudo-radiculaire, qu'après bien d'autres l'un de nous avec Aymès a rencontrée assez fréquemment dans les lésions pariétales (*Marseille méd.*, 1er avril et 15 sept. 1919).

Pour toutes ces raisons, nous rangerions donc plutôt ce cas dans cette variété assez spéciale de syndrome thalamique dissocié que Lhermitte a décrite sous le nom de syndrome thalamique indolore ou analgique.

Mais ce cas est encore plus complexe. La coexistence d'un signe de Babinski bilatéral doit faire admettre un processus de nécrobiose plus diffus, atteignant en même temps la voie pyramidale, vraisemblablement par artério-sclérose lacunaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 AVRIL 1927)

Zona palato-otitique avec paralysie faciale. — MM. J. TROISIER et VENDEL relatent l'observation d'une malade atteinte d'un zona du voile du palais et de l'oreille externe, associé à une paralysie faciale douloureuse, avec réaction de dégénérescence. Le nerf intermédiaire de Wrisberg et la VIIIe paire étaient également intéressés, comme le démontraient les troubles de la sensibilité gustative, la diminution de l'acuité auditive et des troubles labyrinthiques manifestes, en particulier du vertige avec tendance à la chute du côté sain.

M. CLAUDE considère que la diffusion des lésions tient aux lésions médullaires comme en témoigne la participation possible du plexus cervical superficiel.

Pneumonie caséeuse sans expectoration bacillifère. — M. CHEVALLIER résume l'observation d'une pneumonie caséeuse dans laquelle l'expectoration a montré des pneumocoques et jamais de bacilles de Koch.

Abcès du foie. Guérison. — M. HALLÉ présente un malade atteint d'abcès du foie consécutif à une dysenterie amibienne contractée au Maroc et qui, traité par l'émétine, a présenté après la deuxième injection une ouverture dans les bronches. Après plusieurs vomiques le malade peut être considéré comme guéri.

Résultats de la malariathérapie dans trois cas de paralysie générale. — MM. CLAUDE, TARGOWLA et ROBIN présentent un malade guéri au point de vue clinique et humoral. Cette guérison parfaite est assez rare et on voit plus souvent des sujets améliorés au point de vue mental et physique reprendre leurs occupations antérieures, mais conservant un syndrome humoral plus ou moins atténué mais positif. Ils opposent à ces deux types de « résultats favorables » un troisième caractérisé par une atténuation considérable des réactions humorales avec persistance de troubles cliniques du type de l'hébéphrénocatatonie.

Les surinfections dans l'étiologie de la tuberculose. — M. PISSAVY a noté une fréquence trois fois plus grande de la tuberculose chez les étudiants et infirmières attachés au service des tuberculeux, ce qui montre le rôle des contaminations exogènes et répétées dans l'éclosion de la tuberculose.

M. RIST a l'impression que la surinfection exogène est moins fréquente, mais qu'elle frappe surtout les infirmières de laboratoire et celles attachées aux entrées de consultations.

Remarques à propos des injections intradermiques de peptone dans le traitement des affections anaphylactiques. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et Pierre BLAMOUTIER conseillent de ne pratiquer la peptonothérapie intradermique que dans les manifestations anaphylactiques d'ordre respiratoire, en particulier le rhume des foins et l'asthme.

Le rhume des foins est la principale indication des injections intradermiques de peptone. Il est de toute utilité que les injections soient faites chaque jour pendant vingt jours consécutifs.

Il est indispensable d'employer une peptone, type peptone de Witte, préparée d'une façon rigoureuse. L'injection doit être poussée strictement dans l'épaisseur du derme.

Il semble que les malades qui retirent le plus de bénéfice du traitement sont ceux qui ont de fortes réactions locales.

Entre la huitième et la douzième injection, certains malades présentent une réaction particulièrement vive : placard œdémateux et érythémateux pouvant être d'une étendue assez considérable, quelquefois même réaction pseudo-phlegmoneuse : il s'agit dans ces cas de phénomène comparable au phénomène d'Arthus. Certaines fois même, entre la huitième et la douzième injection on observe, après la piqûre, un réveil des réactions focales des jours précédents. Il se produit donc chez certains sujets une véritable sensibilisation à la peptone.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1927)

Le président annonce la mort et fait l'éloge de M. Jules Bœkel (de Strasbourg), membre-correspondant de la Société et qui fut en 1920 président du Congrès de chirurgie.

A propos de la cure radicale des fistules vésico-vaginales (*suite de la discussion*). — M. Abadie (d'Oran) a pratiqué un certain nombre de ces opérations. Il recommande pour les fistules vésico-utérines la voie abdominale, ainsi que pour les fistules vésico-vaginales haut situées, la voie vaginale pour les autres cas; il utilise la position de Depage et insiste sur l'importance de la rachianalgésie pour ces opérations.

A propos d'un cas de tétanos après appareil plâtré. — M. Mauclaire après l'observation de M. Sorrel a observé un cas analogue de tétanos consécutif à une petite ulcération sous un appareil plâtré.

Le traitement de l'ostéomyélite des os longs par la résection précoce. — M. Mathieu fait un rapport sur un travail de M. Leveuf qui a présenté à la Société les résultats éloignés de trois interventions. Ces résultats obtenus par résections précoces secondaires à des interventions pratiquées auparavant, sont très beaux, mais il serait important de savoir si la résection primitive diaphysaire était indispensable pour guérir ces malades. Rien ne permet d'affirmer qu'en pratique, les résultats seront toujours aussi beaux que ceux présentés par M. Leveuf, et la preuve de la régénération constante après ces opérations reste à faire. M. Mathieu a l'habitude, lorsqu'il a opéré une ostéomyélite aiguë, de faire trois semaines après un évidement plus large, mais un simple évidement laissant persister un tuteur osseux; pour lui ces réopérations remplacent très avantageusement une résection précoce, large, et qui laisse un doute sur la réparation de la diaphyse dans sa totalité; si cela n'était pas suffisant, on pourrait ultérieurement faire une séquestrectomie.

En résumé la résection précoce serait une opération merveilleuse dans les mauvais cas, si elle se substituait à l'amputation presque fatale dans ces cas, mais à part cela, les indications en seront, pour M. Mathieu tout à fait exceptionnelles.

M. Okinczyc croit qu'il serait bon d'insister sur le bénéfice que pourraient tirer ces malades au point de vue de leur avenir, car l'ostéomyélite dure quelquefois toute la vie avec des poussées très tardives, et il se peut qu'avec la méthode préconisée par M. Leveuf, on évite de tels accidents.

Iléus et rachianesthésie (*fin de la discussion*). — M. Duval résume et termine la discussion en cours, en apportant un ensemble de 400 observations de chirurgiens français et étrangers, ainsi décomposés : iléus par hernies étranglées, 257 observations, 27 réductions spontanées; iléus dynamiques, 40 observations, 30 succès (68 p. 100); iléus mécaniques, 99 observations, 30 succès (16 p. 100); d'où il conclut que l'action de la rachianesthésie dans les iléus aigus est directe, mais paradoxale; tantôt elle triomphe d'obstacles mécaniques tantôt elle est impuissante à réveiller la contraction intestinale dans les iléus purement réflexes; elle ne semble pas particulièrement dangereuse, sauf chez les gens très infectés; dans les hernies étranglées, elle doit céder le pas à l'anesthésie locale; dans les iléus dynamiques où elle a donné des succès indiscutables, elle paraît être le traitement de choix; elle a une action puissante dans les iléus mécaniques, mais il faut exercer une surveillance minutieuse de l'opéré après, de façon à être prêt à intervenir; en général d'ailleurs, malgré l'évacuation obtenue par la rachi, il faut toujours opérer.

Quand faut-il opérer? immédiatement ou attendre quelques heures? C'est affaire de cas particuliers et dans certains cas, on pourra attendre avec profit; de toute façon, la rachianesthésie dans les iléus aigus se présente avec de tels avantages qu'elle est le mode d'anesthésie qu'il faut conseiller.

Opérations pour ulcères gastriques. — M. Abadie (d'Oran) apporte une statistique de 300 cas d'opérations pour ulcères gastriques, avec 264 gastro-pylorectomies et 14 morts; 10 cas ont été traités par résection simple avec Balfour, avec gastro-entérostomie, exclusion par section et opération de Latarjet avec un mort; 223 ulcères étaient au voisinage du pylore; 79 cas d'ulcères distants du pylore.

L'auteur insiste sur l'utilité de la vaccination préopératoire et emploie toujours la rachianalgésie (4 centigrammes de stovaïne); il apporte quelques détails de sa technique opératoire.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 AVRIL 1927)

M. Roussy, président, prononce l'éloge de Ch. Foix, dont il rappelle les nombreux travaux neurologiques et la participation à l'activité et aux discussions de la Société.

Hyperhidrose unilatérale de la face consécutive à un traumatisme de la région sourcilière et provoquée par les excitations gustatives et par la chaleur. Hémihyperhidrose d'origine cérébro-spinale. — M. Souques communique un cas d'hyperhidrose unilatérale de la face, survenue deux ou trois jours après une blessure de la région sourcilière du même côté, et provoquée le jour par les repas (excitation gustative), et la nuit, par la chaleur du lit. Ce cas ressemble, par la sudation pendant les repas, aux rares cas analogues publiés jusqu'ici; il en diffère par les crises d'hyperhidrose nocturne et par l'intégrité de la loge parotidienne. Cette hémihyperhidrose ne saurait, pour ces dernières raisons, tenir à une lésion du nerf auriculo-temporal ou de la branche auriculaire du plexus cervical. Il faut faire intervenir ici la lésion des fibres sudorales contenues dans le trijumeau et irritées dans la cicatrice de la région sourcilière.

A l'occasion de ce cas d'hémihyperhidrose réflexe, l'auteur apporte une dizaine d'observations personnelles d'hémihyperhidrose directe, c'est-à-dire liée à l'irritation immédiate des centres sudoraux cérébro-spinaux. Dans 4 cas d'origine spinale, il s'agit de syringomyélie; dans 5 d'origine encéphalique il s'agit d'affections diverses. Les premiers, confrontés avec les symptômes coexistants, donnent, par leur topographie cutanée, des renseignements importants sur la localisation et sur l'étendue de la lésion spinale, qui peuvent être utilisés pour une intervention radiothérapique ou chirurgicale. Les seconds ne fournissent, au contraire, aucune indication sur le siège de la lésion encéphalique. Et cela est en harmonie avec l'état présent de nos connaissances anatomo-physiologiques sur les centres sudoraux de la moelle et de l'encéphale et sur le trajet des fibres sudorales qui en partent : autant nos connaissances sur le siège des centres sudoraux spinaux sont précis, autant celles que nous possédons sur les centres et les filets sudoraux de l'encéphale sont vagues et problématiques.

Un cas de mort au cours de la malariathérapie chez un paralytique général. — M. Souques rapporte un cas de mort au cours de la malariathérapie chez un paralytique général. Il s'agit d'un homme de quarante et un ans, auquel on injecte sous la peau 10 centimètres cubes de sang d'un sujet impaludé. Les accès du type tierce survinrent après douze jours d'incubation : aux deux premiers, la température atteignit 40°2; au troisième, 40°4. Au quatrième accès, elle monta à 42°5, et, en même temps, survint un collapsus cardiaque qui, malgré la médication toni-cardiaque, emporta le malade au bout de dix jours.

L'hématozoaire inoculé était du type *Plasmodium vivax*. L'état général du malade était satisfaisant. Ses reins, ses

poumons, son tube digestif étaient sains. Son cœur et sa pression (15-10 au Pachon) paraissaient normaux. Seul le foie était suspect (éthylisme ancien).

Il semble difficile, dans ce cas, d'incriminer exclusivement la tare hépatique et d'innocenter complètement le virus paludéen. S'il est bon que le médecin soit au courant des dangers possibles de la malariathérapie, il faut aussi qu'il en connaisse les contre-indications. Ces dangers ne sauraient faire oublier les services que cette méthode a rendus dans la paralysie générale, dont elle reste jusqu'ici le meilleur traitement.

Un cas de tumeur intramédullaire diagnostiquée et opérée avec succès en 1913. — M. Cl. Vincent relate l'observation d'un malade paraplégique depuis 1910, chez lequel le diagnostic de tumeur intramédullaire fut fait par Gendron en 1913. L'opération, pratiquée par de Martel dans les derniers mois de 1913, permit d'extirper partiellement une tumeur intramédullaire. Les suites opératoires furent satisfaisantes. Les premiers mouvements reparurent au bout de quelques mois. En juillet 1914, le malade commençait à marcher. Le diagnostic de localisation s'était fondé surtout sur les troubles sudoraux. L'intérêt de cette observation, tant au point de vue de la précision du diagnostic que du succès opératoire, vient surtout de son ancienneté.

Y a-t-il innervation de chaque hémiface par les deux nerfs faciaux. — M. Charpentier discute l'interprétation du phénomène que M. Bourguignon a montré à la dernière séance. Il montre que, si l'excitation électrique d'un nerf facial produit parfois une contraction de l'orbiculaire du côté opposé, il s'agit là simplement d'un phénomène de clignement réflexe provoqué par l'excitation électrique du tégument et par les phosphènes consécutives au passage du courant. En effet, en augmentant la fréquence des excitations galvaniques, on voit le clignement perdre son synchronisme avec l'excitation du nerf.

Les faits de restauration rapide de la motilité après section du facial (Leriche, Sicard et Haguenau) restent donc inexpliqués.

A propos du lipiodolo-diagnostic intrarachidien. — M. de Martel insiste sur les avantages que présente le lipiodolo-diagnostic, en permettant au chirurgien de repérer exactement le point du rachis à trépaner.

Sclérose latérale amyotrophique chez un syphilitique. — MM. Babonneix et Widiez présentent un sujet âgé de quarante-quatre ans, syphilitique, chez lequel, depuis seize mois, s'est installé peu à peu un ensemble symptomatique comparable à celui de la sclérose latérale amyotrophique. Sans doute, la syphilis ne passe pas pour être à l'origine de cette affection; sans doute, l'examen des yeux et du liquide céphalo-rachidien ne permet pas d'affirmer dans ce cas l'existence d'une neuro-syphilis. Mais, comme on a publié (Mauthos) des cas de syphilis médullaire à forme de sclérose amyotrophique, et que, chez ce malade, la réaction de Wassermann est fortement positive dans le sang, les auteurs l'ont soumis au traitement spécifique.

M. Léri estime également que, si la sclérose latérale amyotrophique est habituellement indépendante de la syphilis, cette dernière peut reproduire tous les traits de l'affection.

Sur un cas de syphilis spinale rappelant le tableau de la sclérose latérale amyotrophique. — MM. G. Guillain, H. Giroire et J. Christophe présentent une malade chez laquelle l'association d'une atrophie musculaire progressive des membres supérieurs à une paraplégie spasmodique des membres inférieurs réalisait un syndrome clinique rappelant par quelques points le tableau de la syringomyélie ou de la sclérose latérale amyotrophique. L'examen du liquide céphalo-rachidien leva les doutes en montrant l'origine syphilitique des accidents. L'extension des lésions aux cordons latéraux de la moelle au cours des atrophies spinales syphilitiques est assez fréquente, mais elle se traduit le plus souvent par des signes discrets d'irritation pyramidale. Les formes à type de sclérose latérale amyotrophique sont beaucoup plus exceptionnelles, quoique un certain nombre de cas en aient été déjà rapportés. On conçoit, dans ces variétés cliniques, l'importance d'un diagnostic étiologique exact, car un traitement spécifique précoce peut amener un excellent résultat.

Nouveau cas de myélite nécrotique. — M. van Gehuchten présente, en projection, l'étude anatomique complète d'un cas de myélite nécrotique très analogue aux faits rapportés déjà sous ce nom par P. Marie, Ch. Foix, T. Alajouanine. L'observation se distingue des précédentes par l'évolution beaucoup plus rapide de la paraplégie qui a abouti à la mort en trois mois. L'auteur pense qu'il y a des faits de passage entre les différents types anatomo-cliniques de myélite, et que la myélite nécrotique ne constitue peut-être pas une entité morbide autonome.

M. Alajouanine pense que l'évolution clinique de la myélite nécrotique est bien spéciale : paraplégie spasmodique discrète, s'accentuant peu à peu en devenant flasque, s'accompagnant de dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien et se terminant par une paralysie ascendante avec disparition des signes pyramidaux et atrophie musculaire. Tels étaient les caractères de l'affection dans les deux cas qu'il a vus avec Foix et dans une observation plus récente de Souques.

M. Jumentié rappelle une observation très analogue qu'il a étudiée avec M. Dejerine.

Un cas de quadriplégie pottique guérie. — MM. J. Forestier et Chevallier rapportent une observation de quadriplégie à évolution rapide chez une malade de vingt ans. La quadriplégie fut totale en neuf jours et guérit en vingt-quatre après immobilisation en corset plâtré. La cause paraît devoir en être rapportée à un mal de Pott cervical latent, et la pathogénie vraisemblable est l'œdème épidural invoqué par M. Sorrel et Mme Sorrel-Dejerine.

Fibrogliome chez un syphilitique. Opération. Bon résultat. — M. Alajouanine rapporte l'observation d'un malade atteint de paraplégie spasmodique par compression médullaire avec syndrome de Froin. La réaction de Bordet-Wassermann était positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Un traitement spécifique avait réduit la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et dans le liquide, mais n'avait amené aucune amélioration de la paraplégie. L'épreuve du lipiodol montra, sur la table spéciale de Sicard, une tumeur allongée de 3 à 4 centimètres. L'opération, faite par M. Petit-Dutaillis, amena sur un fibro-gliome qui fut extirpé. La paraplégie s'est considérablement améliorée, bien que la démarche reste spasmodique.

Pachyméningite syphilitique gommeuse rebelle au traitement. Opération. Guérison. — M. Cl. Vincent rapporte le cas d'un malade qui présentait les signes d'une compression de la moelle dorsale avec xanthochromie du liquide céphalo-rachidien et dissociation albumino-cytologique. Le lipiodol montrait un arrêt en D6. La réaction de Bordet-Wassermann était positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, tant au-dessus qu'au-dessous de la compression.

Un traitement spécifique amena très rapidement le rétablissement de la perméabilité méningée et une amélioration importante de la paraplégie. Cependant il persistait une monoplégie crurale gauche irréductible. Une laminectomie exploratrice, faite par M. de Martel, montra une cicatrice de gomme et une pachyméningite nodulaire qu'on extirpa. L'opération fut suivie d'une amélioration rapide, et le malade est actuellement guéri.

Guérison d'une paraplégie après énucléation chirurgicale d'un fibro-endothéliome méningé chez une hypertendue de soixante et onze ans. — MM. O. Crouzon, Petit-Dutaillis et Gilbert Dreyfus présentent une malade dont ils avaient antérieurement rapporté l'observation et montré les radiographies. Il s'agissait d'une tumeur juxtamédullaire énucléée par M. Petit-Dutaillis après repérage précis par le lipiodol injecté en position verticale et déclive.

Actuellement, on peut considérer la paraplégie comme pratiquement guérie, et les auteurs insistent sur le grand âge de la malade, sur son hypertension artérielle notable (22-12), sur l'intensité du choc opératoire et des complications infectieuses consécutives (phlébite, cystite) en dépit desquelles l'intervention a remis sur pied une grabataire en l'espace de quelques semaines.

Syndromes trigéminaux syphilitiques. — MM. André-Thomas et J. Jumentié montrent deux malades qui présentent un syndrome analogue : céphalées, névralgies et troubles des sensibilités objectives superficielles et profondes dans le territoire du trijumeau, paralysie du trijumeau moteur, avec atrophie musculaire et douleur à la pression des muscles paralysés. Chez ces deux malades, il y avait réaction de Bordet-Wasserman positive dans le sang et lymphocytose du liquide céphalorachidien.

L'anesthésie trigéminale ne portait que sur certaines branches du nerf, ce qui montre bien qu'il s'agit d'une *radiculite* trigéminale syphilitique. Les voies sympathiques sont conservées chez les deux malades.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Opération. Amélioration. — M. Cl. Vincent a fait opérer par M. de Martel une vingtaine de tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, avec près de 50 p. 100 de survie au bout d'un an. Il présente une femme qui était complètement aveugle par atrophie optique, totalement sourde et grabataire. A la suite de l'opération, l'ouïe reparut d'un côté, et la mobilité se restaura, au point que la malade peut faire quelques pas.

Nystagmus unilatéral du voile (clonies strictement vélopharyngées) et troubles respiratoires sans clonies du diaphragme chez une pseudo-bulbaire. — M. G. Roussy, Mlle G. Lévy et M. N. Kyriako présentent une pseudo-bulbaire chez laquelle on constate :

1° Des clonies de l'hémivoile et de l'hémipharynx gauches;

2° De légers troubles respiratoires, sans participation du diaphragme ni du larynx aux myoclonies. Ils insistent sur l'unilatéralité et sur la stricte localisation vélo-pharyngée des myoclonies. Ils discutent la pathogénie des troubles respiratoires, qui leur paraissent indépendants des phénomènes excito-moteurs constatés au niveau du vélo-pharynx, et qu'ils auraient plutôt tendance à rapprocher de certains troubles respiratoires, d'ailleurs d'aspect différent, déjà constatés chez certains pseudo-bulbaires.

Syndrome de la calotte pédonculaire caractérisé par une paralysie unilatérale de la troisième paire et par un hémisyndrome cérébelleux alterne avec tremblement monoplégique du membre supérieur. Origine infectieuse probable. — MM. G. Guillain, N. Péron et A. Thévenard présentent une malade de vingt-cinq ans chez qui sont apparus, il y a un mois, sans symptômes prémonitoires, une paralysie de la troisième paire droite respectant le releveur de la paupière, et un tremblement du membre supérieur gauche de type parkinsonien. Ces signes, auxquels il faut ajouter un hémisyndrome cérébelleux très prédominant au membre supérieur, imposent, en l'absence de tout signe pyramidal et de toute perturbation sensitive, le diagnostic de lésion très limitée de la calotte pédonculaire droite, atteignant probablement la partie inférieure du noyau rouge. L'absence de signes d'hypertension intracranienne et de lésions cardioaortiques, la réaction de Bordet-Wassermann négative, le type de la réaction du benjoin colloïdal rendent probable une infection du névraxe par un virus voisin de celui de la sclérose en plaques.

C'est là un type rare de syndrome pédonculaire. Le tremblement monoplégique, en particulier, est exceptionnel.

Un cas de paralysie spinale chronique ascendante à prédominance unilatérale. — MM. G. Guillain, A. Thévenard et J. Decourt présentent un malade de cinquante-trois ans, chez lequel s'est développée progressivement, en l'espace de cinq années, une paralysie spasmodique unilatérale, qui a atteint d'abord le pied droit, puis la totalité du membre inférieur, enfin, quatre ans plus tard, le membre supérieur correspondant. Cette paralysie spinale chronique ascendante présente tous les caractères cliniques d'une paralysie du type pyramidal, mais s'accompagne d'une légère amyotrophie, en particulier du membre supérieur. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité superficielle ou profonde, aucun trouble sphinctérien; mais on observe, par différentes épreuves, un déséquilibre sympathique dans les régions parétiques.

Le type clinique de la paralysie chronique unilatérale ascendante est rare. Il ne semble relever, ici, ni de la syphilis spinale, ni d'une compression médullaire, ni de la myélite chronique, ni de la sclérose en plaques. Les auteurs discutent l'hypothèse d'une sclérose latérale amyotrophique et se demandent si leur cas, rapproché de ceux de Mills, Spiller et Cassirer, ne permettent pas d'individualiser l'hémiplégie spinale ascendante, comme une affection autonome.

Para-ostéo-arthropathies au cours d'une polynévrite. — MM. G. Guillain et A. Thévenard présentent une polynévritique avec syndrome de Korsakoff, chez laquelle ils ont eu la surprise de constater, à l'examen radiographique, l'existence d'ossifications parostales, tout à fait analogues à celles que Mme Dejerine et M. Ceillier avaient observées chez les grands paraplégiques par blessure de la moelle.

Un cas d'hémiplégie cérébrale infantile avec symptômes extrapyramidaux. — MM. H. Français et E. Sigaud, présentent un cas d'encéphalopathie datant de l'enfance. L'hémiplégie droite, incomplète, s'accompagne de signes pyramidaux : exagération des réflexes tendineux et signe de Babinski; mais, en outre, on note des troubles cérébelleux (dysmétrie, troubles de la parole et de la diadococinésie) et des symptômes striés (légère rigidité hypertonique des membres). Enfin il existe des secousses myocloniques permanentes, surtout marquées du côté de l'hémiplégie, et que les auteurs rattachent à des lésions striées.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1927)

Appendicite vermineuse. — M. Bloch-Wormser présente un appendice enlevé chirurgicalement chez un enfant de treize ans, et dont la cavité est remplie d'un nombre considérable d'oxyures.

Double résection osseuse avec ostéosynthèse pour syndrome de Volkmann. — M. Masmonteil, chez un jeune sujet qui, à la suite d'une fracture de l'avant-bras gauche vicieusement consolidée, présenta de la rétraction ischémique de l'avant-bras gauche, a pratiqué une résection diaphysaire des deux os, suivie d'osthéosynthèse. Le résultat anatomique et fonctionnel est satisfaisant au point de permettre à l'opéré de jouer du violon comme avant le traumatisme.

M. Mouchet pense que le syndrome de Volkmann n'est pour ainsi dire jamais dû à une faute de traitement (bandage trop serré, etc.), mais à l'abondance de l'épanchement sanguin déterminé par la fracture; cette notion peut avoir une grande importance médico-légale.

Sénilité prématurée par vaginalité adhésive ancienne. — M. REGNAULT.

Pigmentation et traitement endocriniens. — M. FLURIN étudie le mécanisme cellulaire de la pigmentation et montre que la condensation en mélanine des matériaux chromogènes, liée à des ferments oxydants, pourrait également résulter de l'action oxydo-réductrice du *glutation*. Des modifications dans les propriétés de cette substance sulfurée, isolée par F. G. Hopkins, pourraient expliquer les mélanodermies dues aux troubles endocriniens, en particulier à ceux de la surrénale dont les travaux de Lœper ont établi le rôle dans le métabolisme du soufre.

M. LÉOPOLD-LÉVI apporte des faits montrant l'action contre les troubles pigmentaires, de la thérapeutique endocrinienne (surrénales, thyroïde, ovaire, hypophyse). Comme interprétation, il admet : *a.* l'indépendance des glandes endocrines; *b.* les liens endocrino-sympathiques; *c.* la théorie thiopexique de Lœper; *d.* la théorie de la peau, glande pigmentaire, de Bory.

Prophylaxie des maladies respiratoires. — M. PESCHER.

Métatarsalgie statique. — M. H. FORESTIER.

Classification des hématies nucléées. — M. BÉCART montre la nécessité d'une standardisation des termes employés par les hématologistes et propose la classification suivante :

1. Erythroblaste à noyau picnotique; 2. érythroblaste à noyau radié; 3. érythroblaste à grand noyau perlé. Ces formes qu'on rencontre au cours des anémies graves représentent les stades d'une régression progressive vers le type primitif. Leur identification permet d'établir un pronostic d'autant plus réservé que la régression est plus accentuée.

CONGRÈS

LES JOURNÉES MÉDICALES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Le succès de ces manifestations va toujours grandissant; c'est environ trois cents médecins, tant de Nancy que de sept départements voisins et du Grand-Duché de Luxembourg, qu'a réunis le 15 mai dernier la troisième Journée médicale.

A 9 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, M. le professeur Perrin ouvre la série des conférences, en exposant « la destination à donner aux malades tuberculeux ». S'il existe des sanatoria un peu partout, ce n'est qu'une raison de plus pour que tout médecin soit exactement averti du climat qui convient le mieux à chacune des formes de la maladie; et M. Perrin indique comment, suivant les cas, la préférence doit être donnée à la mer, à la montagne, aux hautes ou basses altitudes. Il montre ensuite l'importance capitale du mode d'utilisation des ressources climatiques naturelles et du régime suivi par les malades, et insiste sur la nécessité d'une surveillance médicale constante au cours de la cure.

M. le professeur Jacques Parisot étudie ensuite deux des grands moyens actuels de la lutte antituberculeuse. L'un curatif, le pneumothorax artificiel, est employé trop rarement et souvent trop tard; M. Jacques Parisot en expose les indications et les contre-indications, et, se basant sur les statistiques, en montre les effets heureux. Un autre traitement, préventif celui-là, est constitué par le nouveau vaccin B. C. G. de Calmette; des résultats efficaces en ont déjà été obtenus, en France et à Nancy notamment, pour la réduction de la mortalité infantile, et M. Jacques Parisot indique la nature de son action et les conditions de son emploi.

La fin de la matinée se passe à visiter les hôpitaux et les dispensaires Villemin et Fournier et le laboratoire de sérologie.

A midi et demi, la plupart des participants se retrouvent à l'Hôtel Thiers, en un déjeuner amical présidé par M. le Doyen Spillmann. Au dessert, M. le docteur Giry, président du Syndicat des médecins de Meurthe-et-Moselle, remercie la Faculté de médecine et l'organisation des Journées, et insiste sur le succès des « Journées séparées » surtout lorsque, comme celle-ci, elles ont lieu le dimanche, M. le Doyen Spillmann se lève ensuite pour remercier ses hôtes de l'empressement mis à répondre à l'appel de la Faculté et boire aux relations cordiales unissant médecins praticiens et corps enseignant. Puis M. le docteur Krombach, président de la Société d'hygiène du Grand-Duché de Luxembourg remercie en quelques paroles éloquentes la Faculté et tous ses confrères français de leur hospitalité et de leur accueil.

Les séances de travail reprennent à 14 h. à la Faculté où M. le professeur agrégé de Lavergne indique ce que le praticien doit attendre de la sérologie dans la syphilis. Il souligne l'existence des réactions divergentes de Wassermann, et montre que le résultat de la réaction demande à être interprété par le médecin traitant : « La clinique est maîtresse; et le laboratoire est le premier, mais n'est que le premier, de ses serviteurs. »

Puis M. le Doyen Spillmann, en une conférence très documentée, expose quel doit être le traitement de la syphilis. Quel médicament choisir : mercure, bismuth ou arsenic? Quelle voie d'introduction adopter : intramusculaire ou intraveineuse? Quelles doses employer? Telles sont les indications données tout d'abord par M. Spillmann. Il insiste ensuite sur la latence de la syphilis, et sur la nécessité pourtant du diagnostic précoce; et, envisageant l'utilité du traitement d'attaque, il signale l'efficacité, à ce point de vue, du novarsénobenzol, du bismuth et du cyanure de mercure. Dès maintenant, conclut-il, mortalité et morbidité syphilitiques diminuent, et tout permet d'espérer des succès toujours plus nombreux.

En fin de journée, le programme prévoit une visite au préventorium de Flavigny, où se dirige vers 16 h. 30, à travers la riante vallée de la Moselle, un long cortège d'automobiles médicales. A l'arrivée, dans le vaste préau de jeux, M. Henry Brun, président du Conseil d'administration, salue les visiteurs en une cordiale et éloquente allocution; puis M. le professeur Jacques Parisot, l'animateur de l'œuvre, en expose le mode de fonctionnement et les résultats heureux déjà obtenus. Et la journée se termine par la visite, sous la conduite des médecins et de la supérieure, du préventorium, de tous les services du vaste domaine : dortoirs, réfectoires, cuisines, enfin jardins et parc ou s'ébattent plusieurs centaines d'enfants.

LOUIS MERKLEN.

LIVRES NOUVEAUX

Affections du sang et des organes hématopoïétiques (1), par MM. AUBERTIN, CLERC, L. KINDBERG, L. LE SOURD, MOUQUIN, PAGNIEZ et P.-E. WEIL. Fascicule 9 du *Nouveau Traité de médecine* publié sous la direction de MM. G.-H. Roger, Fernand Widal et P.-J. Teissier.

Cet important ouvrage constitue le Traité d'hématologie le plus complet et le plus récent qui existe actuellement; il est l'œuvre de cliniciens adonnés depuis de longues années à l'étude des maladies du sang, qui ont par conséquent fait œuvre essentiellement personnelle sans pour cela négliger la documentation française et étrangère la plus récente; de plus, ces auteurs ont la même conception des syndromes hématologiques, ce qui donne à leur travail une unité véritable et en fait un Traité vraiment homogène.

La *pathologie du globule rouge* est exposée par M. Aubertin

(1) Grand in-8 de 802 pages avec 184 figures et 8 planches en couleurs. — Prix (France et Etranger) : relié, 80 fr. (sans majoration). — Paris, Masson et Cie.

dont on connaît les travaux antérieurs sur les anémies. Les notions récentes sur la chlorose et les raisons de sa quasi-disparition, l'étude des formes frustes de chlorose, chlorose « sans anémie », chlorose du nourrisson, chloro-anémies symptomatiques sont faites complètement. Le chapitre des anémies graves est particulièrement développé.

Dans le chapitre des polyglobulies, MM. Aubertin et Mouquin mettent en parallèle la maladie de Vaquez (érythrémie) et les polyglobulies symptomatiques (érythrocytoses).

La *pathologie du globule blanc* forme un article de 244 pages de M. Clerc; après un chapitre sur les leucocytoses, il décrit complètement les trois types de leucémie et leurs formes cliniques, et les différentes formes de lymphadénie du point de vue clinique et du point de vue anatomique. Il réunit ensuite en une étude commune l'histogénèse et la pathogénèse des lymphadénies. Il étudie également les faits de transition entre la leucémie et les syndromes de la série rouge, les états lymphadénoïdes et leurs rapports avec les leucémies vraies. Le traitement de la leucémie et de la lymphadénie par les rayons X est réuni en un chapitre d'ensemble.

Les *affections hémorragipares* ont été décrites par MM. E. Weil (hémophilie) et L. Le Sourd et Pagniez (purpura) dont les travaux personnels sur ces sujets sont bien connus. M. P.-Emile Weil étudie séparément l'hémophilie familiale et l'hémophilie acquise.

MM. L. Le Sourd et Pagniez, après une étude des purpuras secondaires, décrivent comme purpuras primitifs le purpura rhumatoïde, le purpura infectieux, l'hémogénie, la thrombopénie essentielle, le purpura thrombolytique splénogène, la thrombasthénie hémorragique héréditaire; leur étude pathogénique du purpura est très détaillée.

La *pathologie de la moelle osseuse et des ganglions*, traitée par M. P.-Emile Weil, décrit les réactions de la moelle dans les infections, dans les anémies, dans les maladies hémorragipares, dans les leucémies et les tumeurs médullaires et osseuses. Les ganglions sont étudiés dans leurs réactions générales infectieuses, dans les leucémies, dans les pseudo-leucémies, puis dans leurs néoplasies propres.

Quant à la *pathologie de la rate*, elle fait l'objet d'un article de plus de 230 pages par MM. Ch. Aubertin et Léon Kindberg, qui constitue un véritable Traité de pathologie splénique, le premier qui ait été publié au point de vue médical et dans lequel les divers syndromes spléniques sont classés et étudiés aussi complètement que l'état encore imparfait de nos connaissances le permet actuellement.

Les auteurs divisent les splénomégalies en splénomégalies *hématopoïétiques*, puis en splénomégalies *hémolytiques*, en splénomégalies *scléreuses* où la maladie de Banti est complètement décrite, en splénomégalies *endothéliales* avec la maladie de Gaucher. Parmi les autres chapitres citons les splénomégalies *parasitaires*, chapitre que les auteurs présentent comme le grand chapitre d'avenir de la pathologie splénique et les tumeurs de la rate. Une étude d'ensemble sur le diagnostic des splénomégalies et sur les indications et résultats de la splénectomie termine cet ouvrage. L'illustration comprend 8 planches en couleurs et dessins en noir pour la plupart inédits.

L. G.

Eléments d'obstétrique, par le docteur V. Wallich, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et Ed. Lévy-Solal, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur des hôpitaux. Cinquième édition refondue. Un vol. de 710 pages avec 179 figures. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF CRURAL

Branche terminale la plus volumineuse du plexus lombaire, le *nerf crural* est un nerf mixte innervant :

Les téguments et les muscles de la loge antérieure de la cuisse;

Les téguments de la face antéro-interne de la jambe et du pied.

Son muscle satellite est le PSOAS, *dans la gaine duquel il est contenu.* En effet :

Ses branches d'origine sont à l'intérieur du muscle entre les deux plans musculaires.

Constitué, il émerge au bord externe du muscle et
Croise en écharpe sa face antérieure pour devenir
Interne à sa terminaison.

GÉNÉRALITÉS

1° **Origine.** — Il naît par trois racines :

Deux principales se détachent des *IIIe* et *IVe paires lombaires.*

La dernière, plus grêle que la *IIe*, renferme quelques fibres qui, par l'intermédiaire de la première anse, viennent du premier nerf lombaire.

Ces trois branches situées dans l'épaisseur même du muscle psoas.

2° **Trajet.** — Ces trois racines s'unissent en un tronc commun à hauteur de la crête iliaque, un peu au-dessous de la cinquième costiforme.

Le crural ainsi formé apparaît bientôt *sous le bord externe du psoas*, il descend alors dans la fosse iliaque au fond du sillon profond qui sépare le psoas de l'iliaque.

En arrière et au-dessus de l'arcade, *il croise la face antérieure* du tendon commun des deux muscles et vient se placer *sur son flanc interne.*

Terminaison. — *Sous l'arcade crurale*, parfois un peu au-dessous d'elle, il se termine en une série de branches terminales.

RAPPORTS

I. Les racines dans l'épaisseur du psoas.

La racine supérieure se détache du plexus au-dessous de la troisième costiforme et descend presque verticale.

La racine moyenne s'unit à la précédente au-dessous de la quatrième costiforme.

Le tronc ainsi formé oblique en bas et en dehors, passe un peu en dehors de la pointe de la cinquième costiforme.

La racine inférieure croise la cinquième costiforme en dedans du tronc précédent dont elle est séparée par les deux racines supérieures de l'obturateur.

a. Ces trois racines se trouvent ainsi :

Dans l'épaisseur du psoas.

Entre le PLAN VERTÉBRAL EN AVANT, inséré sur les disques et sur les bords supérieur et inférieur des quatre premières lombaires.

Le PLAN COSTIFORME EN ARRIÈRE, fixé par cinq languettes charnues sur les apophyses costiformes.

b. **Dans l'épaisseur du muscle** avec le crural se trouvent :

1° LES AUTRES BRANCHES DU PLEXUS LOMBAIRE :

AU-DESSUS ET EN DEHORS :

Grand et petit abdominaux génitaux, venus de la Ire lombaire, émergent au bord externe du psoas en dehors.

Fémoro-cutané, génito-crural, venus de la IIe lombaire.

Le premier, oblique en dehors, émerge au bord externe du psoas.

Le second, vertical, oblique en avant, traverse le plan vertébral, émerge sur la face antérieure du psoas au niveau du disque L_5 L_4.

AU-DESSOUS ET EN DEDANS et plus antérieur :

L'*obturateur* né par trois racines comme le crural des IIe, IIIe et IVe lombaires.

L'anse anastomotique unissant la IVe et la Ve lombaire et qui forme avec cette dernière le *tronc lombo-sacré.*

2° LA VEINE LOMBAIRE ASCENDANTE, plus interne, verticale, croisant la face antérieure des nerfs lombaires près de leur origine.

c. Par l'intermédiaire du plan costiforme du psoas le crural répond en arrière :

Aux apophyses costiformes;

Aux ligaments iléo-lombaires.

d. Par l'intermédiaire du plan vertébral du psoas le crural répond en avant :

A l'uretère, qui descend vertical sur la face antérieure du psoas;

Aux vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens situés en dehors de l'uretère;

Aux vaisseaux iliaques moyens situés dans l'épaisseur du méso-côlon.

II. Le tronc du crural dans la fosse iliaque interne.

Oblique en bas et en dehors le crural émerge au bord externe du psoas à la partie supérieure de la fosse iliaque interne. Il descend ensuite :

a. **Au fond d'un sillon musculaire** limité par :

Le psoas en dedans, dont le relief saillant cotoie la margelle du bassin;

L'iliaque en dehors, tapissant la fosse iliaque interne.

Mais, normalement, le nerf est masqué et recouvert par le bord externe du psoas.

b. **Il est recouvert par le fascia iliaca.** Il est donc situé dans la gaine musculaire. En effet :

Le fascia iliaca, inséré en dehors à la crête iliaque, recouvre l'iliaque, passe au-dessus du sillon musculaire, puis tapisse le psoas pour venir se terminer sur les arcades fibreuses du psoas, les disques et les corps vertébraux.

Sous le fascia iliaca, comme lui, cheminent deux nerfs, branches du plexus lombaire :

Le fémoro-cutané, loin en dehors sur la face antérieure du muscle iliaque, se dirigeant vers l'épine antéro-supérieure.

Le génito-crural, en dedans sur la face antérieure du psoas.

c. **Il est séparé par toute l'épaisseur du psoas** :

Des vaisseaux spermatiques chez l'homme, situés sur le flanc antéro-interne du muscle.

Des vaisseaux iliaques externes qui, en dedans du psoas, longent la margelle du bassin.

d. **Par l'intermédiaire du fascia iliaca**, il répond en avant :

A droite, au cæcum et à l'appendice, plus ou moins adhérent au plan postérieur.

A gauche, au côlon iliaque.

Il peut donc être irrité par une inflammation de voisinage (psoïtis).

(A suivre.)

Vade-mecum de parasitologie, par le docteur LOISELET, ancien professeur à la Faculté française de médecine de Beyrouth, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille. In-16 de 153 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Le François.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lemierre, Papillon, Lian, Lecène, Laroche, Baudouin, Ameuille, Guillain, Fiessinger, Lévy-Valensi, qui acceptent; Israëls de Jong, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Un nouveau service de contagieux vient d'être créé à Orléans, où il constitue un véritable « quartier » dans l'intérieur de l'hôpital, isolé des autres services, et pourvu de tout ce qui constitue le confort hygiénique. Le principe adopté a été celui de l'hôpital Pasteur, avec quelques perfectionnements qui correspondent aux idées les plus nouvelles des spécialistes et des hygiénistes. Le service comprend : un vestibule médian sur lequel s'ouvrent les « box » vitrés. Une salle de bains placée à l'entrée et une autre à la sortie permettent de baigner le malade à son arrivée et à son départ; les murs, les ustensiles et meubles sont enduits d'un vernis lavable qui permet la désinfection à la solution d'hypochlorite. Personne ne peut pénétrer dans le service, et les familles, sauf dans les cas graves, ne pourront voir ces malades qu'au travers d'une vitre. Les services généraux comprennent un important service de lavage de vaisselle, de trempage et lavage du linge dans les solutions antiseptiques. L'éclairage électrique, le chauffage central, ainsi que les courants d'eau chaude et froide, assurent au malade un bien-être absolu. Le service de désinfection est constitué par une chambre étanche, qui reçoit des vapeurs de formol sous pression, à la température de 70 degrés centigrades, pour assurer une désinfection en profondeur.

L'inauguration de ce pavillon de contagieux a eu lieu officiellement le 23 mai 1927.

— Un concours pour l'admission d'un médecin adjoint aux hospices d'Orléans aura lieu le vendredi 28 octobre 1927.

Pour tous renseignements et se faire inscrire, s'adresser au directeur des hospices d'Orléans.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du prosectorat. — Epreuve de chirurgie.* — Question donnée : « Phlegmon de la paume de la main. »

MM. Leibovici, 18; Fèvre et Chabrut, 17; Gérard-Marchant, 16; Gueullette et Meillère, 15.

— *Concours de l'adjuvat. — Epreuve de dissection.* — MM. Blondin (Marcel), 28; Dessaint, 27; Cahen et Blondin (Sylvain), 26; Leydet et Merle d'Aubigné, 25; Galtier, Lapeyre et Sauvage, 24; Lecœur, 21; Theillier, 20.

Sont proposés : MM. Blondin (Sylvain), 70; Sauvage, 66; Merle d'Aubigné, 65; Blondin (Marcel) et Galtier, 64.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — M. le docteur Porte est nommé directeur de l'Ecole de médecine, en remplacement de M. Perriol, décédé.

M. le docteur Termier est nommé professeur de clinique chirurgicale.

M. le docteur Sigaud est nommé professeur d'histologie.

M. le docteur Béthoux est nommé professeur suppléant de clinique médicale et de pathologie interne.

FACULTÉS DES SCIENCES. — Des bourses d'un an peuvent être accordées pour le P. C. N. aux candidats ayant obtenu la mention assez bien aux deux parties du baccalauréat ou la mention passable à la première partie et la mention bien à la deuxième. (*J. O.*, 31 mai 1927.)

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Un concours sera ouvert le 5 décembre 1927, à 9 h., à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris, pour l'admission à des emplois de médecin et de pharmacien aides-majors des troupes coloniales, sans limitation de nombre.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens, admis à la suite de ce concours, seront nommés aides-majors de 1re classe (lieutenant) au 31 décembre 1927, avec, pour les médecins, une majoration d'ancienneté d'un an dans ce grade, sans rappel de solde.

Ils suivront à Marseille, pendant huit mois, les cours de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

A l'issue de ce stage, il pourront percevoir une bourse de *10.000 fr.* à condition d'aller servir dans la colonie qui offre la bourse (cinq bourses sont offertes par l'Afrique occidentale française; cinq par Madagascar; cinq par le budget de la Guerre pour toutes colonies).

Les dispositions relatives à l'admission aux emplois susvisés ont été insérées au *Journal officiel* du 19 mai 1927 sous forme d'arrêté et d'instruction.

Tous renseignements, ainsi qu'une notice relative au Service de santé militaire colonial, seront adressés aux candidats qui en feront la demande au ministre de la Guerre (8e direction, 1er bureau).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE (Asile clinique, 1, rue Cabanis; professeur : M. Henri CLAUDE). — Un cours complémentaire et de perfectionnement portant sur les questions d'actualité neuro-psychiatrique aura lieu à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe), métro Glacière, du 20 au 28 juin 1927, sous la direction du professeur Henri Claude, tous les jours, à 10 h. et à 14 h. 30.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Cenac, chef de clinique, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

Droit d'inscription : 250 fr.

Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

LABORATOIRE D'ANATOMIE CHIRURGICALE ET DE CHIRURGIE EXPÉRIMEMTALE. (Professeur : M. CUNÉO.) — Un cours de chirurgie expérimentale sur les voies urinaires, en six leçons, par M. le docteur Boppe, chirurgien des hôpitaux, et M. le docteur Beyle, commencera le lundi 26 septembre, à 4 h. 30 de l'après-midi et continuera les jours suivants, à la même heure.

Ce cours sera fait en liaison avec le cours de chirurgie urinaire de M. le professeur agrégé Chevassu, à l'hôpital Cochin, du 19 septembre au 1er octobre 1927.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 200 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

HÔPITAL TENON. — Sous la direction de M. Loeper, chef de service, aura lieu, du 13 au 19 juin, un cours portant sur les procédés d'exploration modernes de la cavité péritonéale.

Ce cours sera fait par MM. Marchal, médecin des hôpitaux, Isch-Wall et Kellin. Il aura lieu à 11 h. du matin et sera complété par des démonstrations pratiques.

Lundi 13 juin. — M. Isch-Wall. Cytologie et examen chimique des épanchements liquides du péritoine.

Mercredi 15 juin. — M. Marchal. Diagnostic des ascites. Les causes d'erreur dans l'appréciation des ascites d'abondance moyenne.

Vendredi 17 juin. — M. Kellin. L'endoscopie abdominale, seul moyen de diagnostic des ascites de petit volume. Cette conférence sera suivie d'une démonstration pratique.

Samedi 18 juin. — M. Marchal. L'examen physique de l'abdomen et de la cavité péritonéale. Confirmation du diagnostic clinique par l'examen lipiodolé.

UNIVERSITÉ DE GENÈVE. — FACULTÉ DE MÉDECINE. — Cours de vacances, du 5 au 30 septembre 1927. Démonstrations, exercices pratiques, leçons sur des sujets choisis par les professeurs et leurs assistants : 132 h.

Les cours seront faits par MM. les professeurs M. Askanazy (anatomie pathologique); M. Roch (clinique médicale); E. Kummer (clinique chirurgicale); O. Beuttner (clinique obstétricale et gynécologique); P. Gautier (clinique infantile); D. Gourfein (clinique ophtalmologique); C. Ladame (clinique mentale); E. Long (clinique neurologique); docteur C. du Bois, chargé de cours (clinique des maladies vénériennes et cutanées); les professeurs B. Wiki (thérapeutique); R. de Seigneux (polyclinique obstétricale et gynécologique); A. Pugnat (polyclinique oto-rhino-laryngologique); le docteur F. Naville, chargé de cours (médecine légale); les professeurs C. Julliard (chirurgie des accidents du travail); H. Cristiani (hygiène industrielle, intoxications).

Prix unique pour la totalité des inscriptions : 80 fr.

Renseignements au secrétariat de l'Université.

N. B. — Pour visiter des stations balnéaires et climatériques, il sera organisé deux excursions de deux jours.

CHRONIQUE

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — L'assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine a eu lieu le 8 mai 1927, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le docteur Lesné, vice-président, remplaçant M. le docteur Pierre Bazy, président de l'Association, empêché d'assister à la réunion. M. le docteur Lesné a donné lecture de l'allocution de M. Bazy, dans laquelle le Président a montré le but de l'Association qui s'occupe exclusivement de donner des pensions aux confrères malheureux, aux veuves et enfants des sociétaires décédés, des secours aux personnes étrangères à l'Association. Il a fait part également de la décision du Conseil d'administration de créer un lit au Sanatorium des étudiants. Dans ce but, l'assemblée générale a voté qu'une somme de 20.000 fr., payable en deux annuités, serait consacrée à cet achat. Le secrétaire général, M. le professeur Rathery, après avoir prononcé l'éloge des membres de l'Association décédés au cours de l'année, a rendu compte des secours distribués. Grâce à la parfaite gestion du trésorier, M. le docteur Genouville, et malgré les difficultés de l'heure présente, l'Association a pu, dans une large mesure, élever le taux des pensions et secours. Insistant également sur le but essentiellement charitable de cette œuvre, fondée en 1833 par Orfila, il a fait un pressant appel à tous les médecins du département de la Seine pour qu'ils fassent partie de l'Association.

LA MÉDECINE DE PINEL A VULPIAN

Par M. Ch. ACHARD.

Quel temps fut-il jamais plus fertile en célébrations de centenaires? Pourquoi notre présent agité se complaît-il au spectacle apaisant du passé? Serait-ce pour détendre un instant son esprit que les conditions de la vie moderne pressent toujours davantage de porter ses regards vers l'avenir? Ne serait-ce pas plutôt pour le secret orgueil de vanter les progrès accomplis en un siècle dans toutes les manifestations de l'activité humaine?

Notre Académie, du moins, dans cette évocation des plus illustres de ses membres, ne saurait voir une nouveauté. Dès son origine, elle leur a voué le culte du souvenir, qu'elle célèbre en des séances annuelles. Mais depuis plusieurs années, obéissant au goût du jour, elle y ajoute volontiers quelques cérémonies d'apparat qu'elle consacre au centenaire de ses plus glorieux ancêtres. Elle y trouve l'occasion profitable de tirer quelques leçons toujours utiles et souvent réconfortantes d'une histoire qui, sous des formes un peu variées, se recommence perpétuellement.

Le centenaire d'un grand homme rappelle tantôt la naissance et tantôt la mort du personnage. Aujourd'hui le hasard, qui souvent fait bien les choses, nous procure la fortune singulière de commémorer en même temps ces deux extrêmes. Il y a cent ans à peu près, Pinel quittait ce monde et Vulpian y faisait son entrée. Faut-il, reportant notre pensée à cent ans en arrière, donner à la fois, tels les deux cortèges se croisant à l'église, une larme au défunt et un sourire au nouveau-né? Ce serait assurément trop peu, et pour l'un et pour l'autre. La mort de Pinel, c'était la mise au tombeau d'une génération qui avait marqué une époque médicale, et la naissance de Vulpian, c'était l'avènement plein de promesses d'une autre génération qui devait aussi marquer dans l'histoire de la médecine une époque nouvelle. Mais de l'une à l'autre, que de changements dans notre science!

Au temps où professait Pinel, la médecine reposait entièrement sur l'observation et l'hypothèse. La première constatait des faits, des symptômes principalement, que la seconde interprétait. Il va sans dire que l'hypothèse, que chacun peut habiller à sa guise, avait pour la plupart des médecins des charmes plus séduisants que la recherche patiente de faits intangibles. Mais l'interprétation fournie par l'hypothèse était le plus souvent erronée, car les désordres anatomiques de la maladie n'étaient que très imparfaitement définis et ceux des fonctions n'étaient guère connus, les fonctions elles-mêmes étant encore fort mal étudiées. Enfin, l'interprétation des uns et des autres ne pouvait être que fragile, les causes en étant pour la plupart ignorées. Sans doute quelques esprits perspicaces entrevoyaient-ils déjà, parmi les principales de ces causes morbides, les altérations chimiques des humeurs et les miasmes ou virus venus du dehors. Mais deviner n'est pas savoir : deviner, c'est supposer et, pour savoir, il faut prouver.

Prouver, à cette période de la médecine, c'eût été reconnaître les lésions des organes et montrer les symptômes qu'elles entraînaient. C'eût été reconnaître les troubles des fonctions et les symptômes qui en dépendaient. C'eût été enfin reconnaître les causes pathogènes et la façon dont elles produisaient ces lésions d'organes et ces troubles de fonctions.

Reconnaître les lésions des organes et expliquer par ces lésions une série de symptômes, ce fut l'œuvre de Laennec et de la méthode anatomo-clinique dont la création demeure son plus beau titre de gloire.

Au temps où brillait Laennec, Pinel avait terminé sa tâche et, chargé d'années, il lui survivait. Mais déjà Magendie s'essayait à diriger la médecine dans la voie de l'expérimentation physiologique. C'est à son disciple Claude Bernard qu'il était réservé de faire bientôt de la physiologie une vraie science et de la pathologie la physiologie de l'être malade. C'est ensuite que Vulpian, s'engageant dans le sillon nouvellement tracé, accomplit à son tour une œuvre féconde.

Si Vulpian fut à la fois physiologiste et médecin, Pinel fut surtout naturaliste et médecin.

Esprit encyclopédique, à une époque où l'intelligence humaine, affinée par une forte culture classique, pouvait encore embrasser l'ensemble du savoir humain autrement que dans une vision lointaine qui n'en laisse apercevoir que les contours, il s'efforça d'appliquer à la médecine la méthode alors en grande faveur dans les sciences naturelles. Les classifications de Linné hantaient toujours les naturalistes. On s'attachait à les perfectionner par la connaissance de caractères distinctifs, tant chez les plantes que chez les animaux. Si l'on cherchait à déterminer les particularités anatomiques des êtres vivants, c'était surtout pour distinguer ces êtres entre eux et les répartir en des espèces naturelles. Les découvertes retentissantes de Cuvier, en créant la paléontologie, avaient même donné le moyen de reconstituer dans un passé lointain, à l'aide de caractères anatomiques, une classification d'êtres à jamais disparus.

Plus d'une fois les médecins avaient tenté de faire pour les maladies ce que les naturalistes faisaient pour les êtres organisés. Les plus vieilles traditions médicales n'envisageaient-elles pas la maladie comme une sorte d'être malfaisant qui s'emparait du corps? Sydenham, Gaubius, d'autres encore avaient imaginé des classifications en quelque sorte linnéennes des espèces morbides. Mais c'était surtout Boissier de Sauvages qui avait poussé ce système à l'extrême, y comprenant 10 classes, 44 ordres et 315 genres de maladies.

Pinel simplifia. Sa classification, donnée pour la première fois dans sa *Nosographie philosophique* en 1798, prenait pour base les altérations des organes et des fonctions, ce qui était une vue très juste. Il classait, par exemple, les phlegmasies suivant les organes qu'elles frappaient. Même dans les maladies sans lésions connues, qu'on appelait alors les fièvres essentiellee, il prenait pour principe de leur distinction moins les caractères apparents des sym-

ptômes que la localisation du trouble principal : la fièvre angiotémique ou inflammatoire représentait à ses yeux une inflammation du système vasculaire; la fièvre méningo-gastrique ou bilieuse, une altération de l'appareil digestif. La fièvre hectique était pour lui symptomatique de lésions d'organes, et la fièvre puerpérale n'était que l'ensemble des complications fébriles chez les accouchées. N'étaient-ce pas encore des vues très judicieuses?

Aussi n'en est-il que plus curieux de voir comment quelques années plus tard, Laennec, jeune encore, il est vrai, et élevé à l'école rivale de Corvisart, jugeait dans le *Journal de médecine* (1), cette classification de Pinel : « Il me semble, écrivait-il, qu'il est beaucoup plus simple et plus naturel de ne reconnaître qu'un seul genre de fièvres, divisé en deux espèces, l'intermittente et la continue, qui peuvent être tantôt essentielles ou idiopathiques, tantôt symptomatiques, qui peuvent enfin être simples ou compliquées d'état inflammatoire, d'affection bilieuse ou de tous les symptômes graves dont la réunion constitue ce qu'on a appelé la putridité et la malignité, et qui peuvent être isolés ou réunis. »

Pourtant les idées de Pinel avaient déjà porté leurs fruits. C'est en lisant sa conception des phlegmasies des tissus que l'illustre créateur de l'anatomie générale avait conçu le *Traité des membranes*. Une étincelle de son génie avait allumé celui de Bichat, pouvait dire Dupuytren dans son éloge de Pinel.

Classer les maladies ne fut pas pour Pinel le but de son activité médicale, comme tendait à le faire croire l'appréciation peu bienveillante et souvent reproduite de Dubois (d'Amiens), l'accusant d'estimer « plus utile et plus urgent d'assigner à une maladie sa véritable place dans un cadre nosologique que d'en trouver le remède : assertion assez étrange, accentue le satirique écrivain, et qui devait être sans doute beaucoup plus du goût des savants que du goût des malades ». Or, bien loin de se désintéresser de la thérapeutique, Pinel s'appliquait à l'améliorer en la débarrassant de pratiques inopportunes. Il répugnait « à la polypharmacie et à l'entassement arbitraire des objets de matière médicale ». Il s'élevait contre l'abus des saignées. Il attachait une grande importance à l'hygiène du corps. Ennemi des systèmes, également éloigné des excès de l'humorisme et du solidisme, il n'admettait qu'une thérapeutique prudente et adaptée à la maladie et au malade.

Si Pinel est connu du grand public pour avoir, selon le style pompeux de l'époque, brisé les fers des aliénés, c'est surtout pour sa *Nosographie philosophique* qu'il reste vivant dans le souvenir des médecins.

Qu'est devenue depuis ce temps la classification des maladies? Aujourd'hui, dans nos traités classiques, les fièvres n'ont pas disparu, mais elles forment une partie importante des maladies infectieuses, avec les fièvres éruptives alors classées au nombre des maladies de la peau. Les inflammations se sont conservées avec leurs divisions anatomiques plus que jamais consacrées par l'école anatomoclinique, avec cette différence toutefois que, à la division selon les systèmes et tissus, s'est substituée une division selon les organes : changement qui n'est guère préférable et qui tend à rétrécir les vues du clinicien en les concentrant d'une manière un peu trop exclusive sur un seul et même organe. Les hémorragies aussi, groupées par Pinal, se sont, dans nos traités de pathologie spéciale, éparpillées entre les diverses organes qui en sont le siège. Les névroses ont été heureusement remaniées par la séparation d'un grand nombre d'affections nerveuses dont on a reconnu les lésions. Enfin les altérations organiques se sont réparties parmi les affections des organes en particulier.

C'était une notion de pathologie générale que Pinel mettait à la basse de sa classification. Aujourd'hui, nous séparons la pathologie générale de la pathologie spéciale et, dans celle-ci, les divisions sont fondées sur l'anatomie principalement. Côte à côte, nous rangeons des maladies fort différentes dans leur essence : la pneumonie et le cancer du poumon, l'emphysème et l'infarctus. L'asthme voisine avec la coqueluche. Nous mélangeons lésions d'organes et troubles de fonctions. Tandis que la cause pathogène est notre guide pour la classification des infections, c'est l'organe malade ou qui nous paraît principalement malade qui nous sert de base pour la classification de presque tous les autres états morbides. C'est le trouble nutritif apparemment prédominant que nous classons comme une maladie de la nutrition.

Certes, on ne peut dire que nos classifications actuelles soient logiques ni ordonnées. C'est peut-être un tort de négliger comme nous faisons cet élément de clarté qu'est une classification rationnelle et de laisser par là nos livres classiques fâcheusement en retard sur l'évolution des idées médicales. Une vue un peu plus générale ou, si j'osais employer un terme quelque peu prétentieux, un peu plus de philosophie ne messiérait pas aujourd'hui à notre nosographie.

Bien différente est l'œuvre de Vulpian, et bien différente aussi son époque.

Lorsqu'il entre dans la carrière, la médecine, sortie des spéculations dogmatiques, est en possession déjà de données positives pour l'interprétation des symptômes. Elle sait observer des lésions; elle s'essaie à compléter leur étude au moyen du microscope et Vulpian contribue pour sa part à ce perfectionnement nécessaire. Mais surtout la médecine utilise les expériences nouvelles des physiologistes pour expliquer les désordres de la maladie, et c'est à cette tâche que Vulpian consacre toute sa vie de savant et de chercheur.

A cette époque, la physiologie n'avait jamais cessé d'être principalement médicale. Celui qui la personnifiait avec éclat, Claude Bernard, avait fait des études de médecine et, s'il ne pratiquait point notre art, il n'était point étranger à la clinique, ayant été interne des hôpitaux. Son maître Magendie, médecin de l'Hôtel-Dieu, avait été médecin plus encore que physiologiste. Vulpian pareillement fut surtout médecin. Claude Bernard avait bien vu que c'était la médecine qui posait le plus grand nombre des problèmes que la physiologie s'efforçait à résoudre, et il faut bien reconnaître qu'il avait beaucoup mieux réussi, partant d'une donnée médicale, à faire des découvertes physiologiques qu'à résoudre des problèmes cliniques avec les données de la physiologie. Au contraire Vulpian fit constamment l'application des faits de la physiologie à l'interprétation clinique. Sous ce rapport on peut dire qu'il compléta de très heureuse façon l'œuvre de Claude Bernard.

Si, en ce temps, la physiologie ne se séparait guère de la médecine, les choses aujourd'hui ont

(1) *Journ. de médecine*, juin 1806, t. XI, p. 709.

certainement changé; mais s'il y a plus de physiologistes étrangers à la médecine, c'est encore bien souvent à des problèmes intéressant la médecine que s'emploient leurs efforts.

Effacé quelque peu par la splendeur de Claude Bernard, le mérite de Vulpian, aux yeux éblouis de ses contemporains, a souffert de ce voisinage. Dans le magnifique essor de la physiologie au XIXe siècle, son œuvre n'apparaît qu'au second plan; mais si Vulpian n'a pu briller qu'au second rang, il ne se fût nullement effacé au premier si le sort l'y eût placé.

Son œuvre a, d'ailleurs, son cachet propre. Claude Bernard s'est adonné surtout à la physiologie générale, Vulpian à la physiologie pathologique. En cela il se rapproche de Charcot qui, au vrai, fut plus exclusivement clinicien, mais qui, avec grand succès, se voua de même à l'interprétation des désordres morbides par les données de l'anatomie pathologique et de la physiologie. Tous deux furent des neurologistes de la première heure, comme aussi Brown-Séquard qui sut allier avec le même bonheur la physiologie et la médecine. Saluons dans une commune admiration ces trois grands noms que la vie avait rapprochés dans le temps et unis par les liens d'une mutuelle estime et d'une collaboration féconde. Ils ont fait de la neurologie une création presque entièrement française. Et notons que c'est en grande partie par la neurologie que la physiologie a pénétré la médecine.

Clinicien, anatomo-pathologiste, expérimentateur, également brillant dans ces trois disciples, Vulpian eut le mérite, rare encore à cette époque, de réunir en soi, en un solide et harmonieux trépied, ces trois compétences qui sont devenues les attributs nécessaires du grand médecin.

En s'attachant à l'interprétation physiologique des troubles de la maladie, Vulpian ne se laissa jamais aller à la séduction de l'hypothèse facile. Les nerfs vaso-moteurs, dont il fit une étude demeurée classique, étaient pourtant une matière qui se prêtait aisément aux interprétations hypothétiques, et certains n'ont pas manqué d'en user ainsi. Ce fut à une certaine période, par des actions réflexes et vaso-motrices qu'on tenta d'expliquer nombre de désordres, un peu comme avait fait Broussais par l'irritation et la gastro-entérite. Vulpian évita soigneusement cet écueil. « J'ai toujours lutté pour ma part, dit-il dans sa préface (1), contre cette déplorable tendance à appliquer d'une façon prématurée à la pathologie les données encore incertaines de la physiologie expérimentale. La plupart des assertions qu'on émet ainsi, sans aucune espèce d'esprit critique, sont d'ailleurs absolument dénuées de preuves : ce sont des conceptions de cabinet comme chacun peut en imaginer à plaisir. »

La probité scientifique de Vulpian se rehaussait de la conscience qu'il apportait à remplir tous ses devoirs. En cela, comme par sa bonté, sa modestie et son désintéressement, il peut être rapproché de Pinel. Et si de nos jours la vie de ces deux hommes illustres eût été mise en parallèle, un Plutarque n'eût pas menti qui eût loué dans l'un et l'autre ce qui fait la vraie noblesse du médecin : savoir le vrai pour faire le bien.

(1) *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, Paris, 1875, Préface, p. XI.

LES CENTENAIRES DE VULPIAN ET DE PINEL

Les biologistes et les neurologistes viennent de célébrer le centenaire de la naissance de Vulpian et celui de la mort de Pinel. Les cérémonies ont coïncidé avec la Réunion plénière de la Société de biologie et de ses filiales et avec la VIIIe Réunion neurologique.

La commémoration des deux centenaires a commencé samedi soir dans le grand amphithéâtre de la *Faculté de médecine*. Cette séance était consacrée à la mémoire de Vulpian.

La séance était présidée par M. André Fallières, ministre de l'Hygiène. A ses côtés avaient pris place MM. les professeurs Henneguy et Lacroix, représentant l'Académie des sciences; M. Charléty, recteur; M. le doyen Roger; M. le professeur Gley, président de l'Académie de médecine; M. le professeur Achard et de nombreux délégués étrangers.

M. le professeur Roger prit le premier la parole; il montra l'évolution de Vulpian, son prédécesseur comme doyen de la Faculté. D'abord physiologiste, puis anatomo-pathologiste, Vulpian créa, pour ainsi dire, l'enseignement de pathologie expérimentale tout en devenant un des maîtres de la clinique. M. Lacroix montra ensuite le grand rôle joué à l'Académie des sciences par Vulpian, qui en fut le secrétaire perpétuel.

M. Rathery, successeur de Vulpian dans la chaire de médecine expérimentale, prit à son tour la parole; puis M. le professeur Letulle donna lecture du discours de Mme Dejerine au nom des anciens élèves de Vulpian.

M. le professeur Fano, sénateur du Royaume d'Italie, se fit l'interprète des délégués étrangers.

M. le ministre du Travail et de l'Hygiène associa, enfin, le gouvernement à l'hommage rendu à l'illustre savant.

Le lundi 30 mai eut lieu, dans le *grand amphithéâtre de la Sorbonne*, la célébration du centenaire de la mort de Pinel, sous la présidence de M. André Fallières, ministre de l'Hygiène.

C'est M. René Semelaigne, descendant de Pinel, qui prit le premier la parole et évoqua les grands souvenirs laissés par Pinel à Bicêtre et à la Salpêtrière. M. le professeur Henneguy apporta ensuite l'hommage de l'Académie des sciences, M. le professeur H. Claude lui succéda et parla au nom de la Faculté de médecine.

M. Sollier apporta l'hommage de la Société médico-psychologique, puis M. R. Ley (de Bruxelles) prit la parole au nom des délégués étrangers qui, à l'appel de leur nom, vinrent ensuite déposer des adresses sur le bureau.

M. H. Colin exposa ensuite « quelques modes anciens de traitement des aliénés ». Les belles projections dont il accompagna sa conférence firent ressortir encore l'œuvre humanitaire accomplie par le « bon M. Pinel. »

M. André Fallières clôtura la série des discours.

La séance de l'Académie de médecine du mardi fut entièrement consacrée aux deux centenaires.

M. Herriot, ministre de l'Instruction publique, présidait la séance assisté par le bureau de l'Académie.

Il donne d'abord la parole à M. Maurice de Fleury qui parle de *Pinel clinicien et nosographe*.

Avec son esprit habituel, l'orateur nous brosse d'abord un joli tableau de la formation de Pinel :

« Philippe Pinel est un esprit bien ordonné : il a reçu les ordres mineurs; à Lavaur ses maîtres l'ont entraîné à la dialectique. Un peu plus tard il s'est bien pénétré du sensualisme de Locke et de Condillac, d'où lui vient sa philosophie. Pour être gradé maître ès arts, il a écrit une thèse : *De la certitude que l'esprit mathématique imprime au jugement dans ses applications aux sciences*. Il est savant naturaliste et peu s'en est fallu qu'il ne devînt le rival de Cuvier. »

M. de Fleury n'admire pas sans réserve cette *Nosographie philosophique de Pinel*, qui fut « le manuel éducateur de la jeunesse médicale pendant tout un quart de siècle » :

« Certes, sa classification peut bien faire sourire un étudiant d'aujourd'hui. Sa division en cinq catégories, phlegmasies, hémorragies, névroses, fièvres, lésions organiques, nous surprend par sa pauvreté, riches que nous sommes de toute l'anatomie et de l'histologie pathologiques, des trésors que nous apporta la médecine expérimentale, et de la connaissance étiologique dont nous a fait présent le génie de Pasteur. Et Pinel eut peut-être tort de s'obstiner à vouloir construire en un temps où manquaient encore les grandes assises pour les fondations. Mais les hommes sont les esclaves de leur tempérament, de leurs constitutions, disons-nous en psychiatrie. Il y a toujours eu, il y aura toujours, parmi les gens de science, des tailleurs de pierres — dont quelques-uns sont de magnifiques sculpteurs — et des esprits plus synthétiques et qui pensent en architectes. Pinel fut de ceux-là.....

Philippe Pinel n'a pas réalisé les plus magnifiques trouvailles — du moins les plus définitives. Voyons en lui, au premier chef, un précurseur. Il est dit que les progrès qui font sa gloire, l'homme ne parvient, le plus souvent à les réaliser qu'en tâtonnant et par approximations successives.

Dix ans avant l'ouvrage illustre de Gaspard-Laurent Bayle, dans son article ADYNAMIE du *Dictionnaire en 60 volumes*, il décrivait une folie compliquée de paralysie et aboutissant à la mort. Il enseignait le péril de l'alcoolisme, la transmission héréditaire de la manie, le délire monotone des mélancoliques, le délire des persécutions associé aux idées de grandeur. Dans certain tableau synoptique tracé de sa main, on relève des exemples indéniables de folie périodique, régulière ou irrégulière.

Il entendait donner au traitement moral une importance que l'extrême bonté de son cœur exagérait sans doute. Mais il a eu l'idée d'organiser des ateliers de couture, pour distraire les folles tranquilles de la Salpêtrière, en leur constituant un petit pécule; il souhaita de voir adjoindre à tout hospice d'aliénés « un vaste enclos, qu'on pourrait convertir en une sorte de ferme », ce qui n'est pas sans ressembler aux colonies familiales dont nous sommes fiers aujourd'hui. Il répudiait le saisissement des immersions froides, conseillait les bains tempérés qui inclinent au doux sommeil. Avec Fériar, il préconisait, pour les mélancoliques, le quinquina tonique, associé à l'opium qui calme bien les agitations anxieuses. Il a traité du refus d'aliments, tourment des directeurs de maisons de santé. Il raconte, que pour un malade particulièrement rebelle, il envoya quérir une sonde élastique qu'il introduisit par une narine et par laquelle il fit pénétrer, jusque dans l'estomac, des substances liquides (1).

Et voilà qui changeait assez heureusement les pauvres fous des chaînes et des coups de trique !

Pinel fut bon hygiéniste et thérapeute ingénieux. Demandons-nous modestement si, au cours des cent ans qui suivirent sa mort, beaucoup d'aliénistes firent plus qu'il ne fit pour le salut de leurs malades. »

Plus loin, M. de Fleury, fait une ingénieuse application à Pinel de la « Nomenclature des facultés de l'âme que nous fournit précisément la connaissance des psychoses. »

Il reconnaît à Pinel « une très noble intelligence, à la mémoire somptueusement meublée, au jugement très droit, à l'imagination créatrice assez vive pour se hausser, par moments, au génie précurseur.

« Une activité magnifique au service des sciences et au service du bien public; une émotivité singulière, qui fit pleurer Pinel et Savary, sur la mort, cependant lointaine, de Sapho, et valut à notre savant plusieurs nuits d'insomnie, à propos d'une visite, en compagnie de Chaptal, au tombeau de Jean-Jacques; une timidité qui le faisait balbutier parfois, parler d'une voix saccadée, et, sur le tard, demeurer sans réplique aux polémiques de Broussais, étourdissantes comme des charges de cavalerie.

Peu d'orgueil; point d'avidité et point de jalousie. En dépit de tant de triomphes et d'une longue popularité, une sincère modestie. Un grand amour du vrai.

Par dessus tout, une bonté charmante... »

Nous voudrions citer encore maints passages de ce beau discours, notamment le tableau coloré et dramatique que M. de Fleury nous donne de la libération des fous. Il faut, hélas, nous limiter.

Pinel psychologue, tel est le sujet du discours de M. Georges Dumas. L'éminent psychologue a fait sur Pinel la plus lumineuse et la plus spirituelle des études.

Il nous décrit Pinel ecclésiastique, et se tournant vers M. Herriot, il lui fait remarquer que peu s'en est fallu qu'il ait à louer devant lui « Monseigneur Pinel », mais Pinel devient philosophe et libre penseur, Pinel devient littérateur et candidat aux jeux floraux, Pinel devient zoologiste et botaniste, il devient même critique littéraire. L'étendue de sa culture générale le prépare à devenir un grand psychologue et il est curieux de noter que sa séméiologie nous donne un avant-goût de la psycho-analyse.

M. Hayem trace un superbe portrait de Vulpian médecin, puis M. Gley montre l'étendue de l'œuvre de Vulpian physiologiste. Enfin, M. Achard, dans une remarquable étude que nous sommes heureux de reproduire en tête de ce numéro, relie l'œuvre médicale de Pinel à celle de Vulpian.

M. Herriot, dans un très beau discours, résuma les discours précédents et apporta aux deux illustres savants un nouvel hommage du gouvernement.

— Une exposition rétrospective d'un très haut intérêt avait été installée dans la salle des Pas-Perdus; elle comprenait des lettres, dessins, portraits et ouvrages appartenant à M. Vulpian fils et à M. René Semelaigne.

Au centre, se dressait la maquette d'une statue de Vulpian par M. Paul Richer, membre de l'Académie de médecine. Elle fut fort justement admirée. Après la séance on se rendit en pèlerinage rue Soufflot devant la maison mortuaire de Vulpian.

Le banquet de clôture. — Un grand banquet a réuni le soir, au Palais d'Orsay, tous les adhérents des deux centenaires, sous la présidence de M. Charles Richet, membre de l'Institut.

A la table d'honneur avaient pris place M. le doyen Roger, MM. Henneguy, Semelaigne, Fano, Gley, Claude, Mourier, Babinski, Mme Dejerine, le médecin inspecteur général Fournial et le médecin général de la marine Girard, M. Roussy, etc.

De nombreux toasts furent prononcés par MM. Henneguy, Semelaigne, Roussy, Leroy; Sommer (Allemagne), Economo (Autriche), Fano (Italie), Vervaeck (Belgique); un délégué de la Colombie; Christiansen (Danemark), Rodiguez Vargas (Espagne); un délégué de la Egypte; Pussep (Esthonie), Bowman (Hollande); les délégués de la Grande-Bretagne, de la Norvège, de la Pologne; Nicolesco (Roumanie), Koroschko (Russie); les délégués de la Suisse et du Vénézuéla.

M. Charles Richet donna lecture d'une dépêche de Betcherew (de Pétrograd); puis il fit un magnifique discours où il mit toute sa générosité et tout son cœur.

M. Vulpian fils, en termes émus et vibrants, remercia tous ceux qui étaient venus rendre hommage à la mémoire de son père. A ses remerciements s'associa un descendant de Pinel.

Qu'il nous soit permis, à la fin de ce trop bref compte rendu, de féliciter les organisateurs de cette double manifestation pour le dévouement et l'habileté avec lesquels ils surent en assurer la réussite. M. Crouzon, en particulier, a droit à de chaleureuses félicitations.

L. G.

(1) *Traité de l'aliénation mentale*, note de la page 296.

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS DE LA MOELLE

(moelle, enveloppes et racines)

ÉTUDE CLINIQUE, DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE (1)

Par le docteur J.-A. CHAVANY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef de laboratoire à l'Hospice d'Ivry.

I. DIAGNOSTIC POSITIF (2)

Nous venons de passer méthodiquement en revue les différents symptômes cliniques qui permettent d'envisager la probabilité d'une compression de la moelle par néo-formation tumorale, que cette néo-formation soit intramédullaire ou qu'elle soit juxta-médullaire, ce qui est le cas le plus fréquent. *Aucun de ces symptômes pris en particulier n'est pathognomonique de l'affection, ce n'est que la coexistence de certains d'entre eux chez le même sujet qui permet de suspecter la maladie.* Cependant parmi eux certains ont une valeur clinique plus grande que les autres et méritent d'être retenus davantage. C'est ainsi que dans les tumeurs dites de la moelle on s'aperçoit qu'en règle générale :

1° L'affection évolue d'une manière lente, progressive, sans ictus;

2° Il s'agit le plus souvent d'une paraplégie hyperspasmodique avec exagération des réflexes d'automatisme dits de défense;

3° Cette paraplégie est remarquable en général par l'intensité des troubles sensitifs objectifs avec limite supérieure fixe et nette de ces troubles;

4° L'évolution unilatérale (au début) de la paraplégie et la présence de symptômes radiculaires localisés au-dessus des signes de lésions médullaires viennent apporter encore un élément de plus (quand ils existent) au diagnostic.

Cependant il est toujours nécessaire de poursuivre les investigations et de pratiquer certaines épreuves complémentaires que nous allons maintenant envisager à savoir :

A. La *ponction lombaire* et l'examen complet du liquide céphalo-rachidien.

B. L'*injection sous-arachnoïdienne de lipiodol.*

C. L'*étude manométrique de la tension du liquide céphalo-rachidien.*

D. La *pneumorachie.*

Les deux premières épreuves constituent à l'heure actuelle un complément indispensable dont les résultats sont dûment homologués et peuvent être utilisés en pratique. Les deux dernières sont présentement en voie d'étude et les renseignements qu'elles fournissent sont moins précis que ceux fournis par les deux premières.

A. **La ponction lombaire.** — La ponction lombaire permet d'une part d'évaluer la pression du liquide céphalo-rachidien (nous en parlerons aux épreuves manométriques); d'autre part elle permet de retirer une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien dont l'*examen chimique, cytologique et biologique* est de toute première importance.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien décèle un symptôme dont la valeur est certaine : *c'est la dissociation albumino-cytologique.* Cette dissociation a été mise en lumière par Sicard et Foix d'abord dans les pachyméningites rachidiennes en 1910, ensuite au cours de toutes les compressions médullaires en 1912. Nonne en Allemagne en 1908 et 1910 signalait déjà l'hyperalbuminose rachidienne dans des cas de tumeurs juxtamédullaires. La dissociation albumino-cytologique consiste essentiellement dans la présence d'une hyper-albuminose rachidienne importante contrastant avec l'absence complète ou relative de lymphocytose. Elle est nette si par exemple on note l'absence complète de cellules avec une albuminose de l'ordre de 0g50 à 0g60. Elle l'est encore si avec 7 à 10 cellules (par 1 millimètre cube à la cellule de Nageotte) on enregistre une hyperalbuminose de l'ordre de 1g50 et davantage. Cette dissociation n'est pas l'apanage exclusif des seules tumeurs de la moelle, *elle se rencontre dans toutes les variétés de compression médullaire*; on peut la voir aussi dans *l'hypertension intracranienne* (tumeur cérébrale) et chez des *malades en état d'ictus apoplectique.* Mais dans ces cas la symptomatologie bien différente aiguille le diagnostic. Elle peut encore se rencontrer dans certaines myélites (myélite nécrotique, poliomyélite aiguë, neuromyélite aiguë). Si donc la paraplégie est de date récente sa constatation peut prêter à quelques doutes; si elle existe dans une paraplégie de date ancienne, elle présente alors toute sa valeur indicatrice de compression médullaire. Si par hasard dans ces cas elle manquait on pratiquerait une deuxième ponction un ou deux mois après la première pour tâcher de la voir apparaître. Il faut enfin savoir que son absence ne permet pas d'éliminer le diagnostic de compression médullaire surtout si la compression est haut placée; *cette absence en effet a été signalée dans quelques cas.*

Le liquide retiré par ponction lombaire peut présenter le *syndrome de Froin* c'est-à-dire la *xanthochromie avec coagulation massive.* Blanchetière et Lejonne ont été les premiers à le signaler dans un cas de tumeur de la moelle. La xanthochromie serait due soit à la stase veineuse (Mestrezat) soit à la transsudation directe du plasma à la surface de la tumeur (Cushing). Même dans les cas où le syndrome de Froin est accompagné d'une lymphocytose abondante il persiste toujours un certain taux de dissociation albumino-cytologique. Il est le plus souvent le témoin d'un blocage interrompant la communication entre le liquide supérieur et le liquide inférieur, blocage permettant la concentration de ce dernier en fibrine. Il se voit le plus souvent dans les compressions basses par tumeur, par mal de Pott ou méningite gommeuse syphilitique de la queue de cheval isolant le cul-de-sac arachnoïdien inférieur.

La double ponction sus et sous-lésionnelle, les ponctions étagées peuvent être pratiquées. — La double ponction montre souvent en cas de compression médullaire (surtout basse) une différence nette de la teneur en albumine du liquide prélevé au-dessus et au-dessous de la compression (Pierre Marie, Foix et Robert). Pour que cette différence ait de la valeur il convient qu'elle soit de l'ordre du simple au double. Guillain et Alajouanine viennent de signaler des faits contradictoires à cet égard. Sicard mentionne que dans les compressions hautes l'hyperalbuminose

---

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 43, p. 709.

(2) Cette partie de la question a été traitée en leçon à l'Institut d'électro-radiologie de la Ville de Paris (professeur Zimmern), le samedi 12 février 1927.

peut être plus forte au-dessus de la tumeur qu'au dessous. Cushing et Ayer mentionnent enfin que la xanthochromie peut se produire au-dessus de la tumeur. Guillain précise que lorsqu'il en est ainsi c'est que le blocage sous-arachnoïdien n'est pas absolu.

Pour en terminer avec l'examen du liquide céphalo-rachidien, signalons le fait que la constatation d'un *Bordet-Wassermann positif n'a pas* en cas d'hyeralbuminose rachidienne surtout avec xanthochromie *une valeur absolue pour mettre la syphilis en cause.* De nombreux auteurs Cl. Vincent, Gendron, Oppenheim, Nonne, Forster ont signalé des cas où la positivité de la réaction de fixation avait été considérée à tort comme un signe de syphilis. La réaction du benjoin colloïdal peut aussi se montrer positive dans les liquides xanthochroniques en dehors de la syphilis; mais ce caractère disparaîtrait par chauffage à 56 degrés (Guillain). Lorsque les réactions colloïdales sont modifiées (en dehors du cas que nous venons de signaler) ce serait le plus souvent dans la zone méningitique (vers la droite) que porte la modification (K. Peter).

Tout ce que nous venons de dire sur les résultats fournis par la ponction lombaire vaut pour les compressions médullaires en général; il n'existe à ce point de vue aucun argument spécial en faveur de l'hypothèse de tumeur d'où la nécessité de multiplier les épreuves complémentaires.

Indiquons enfin que dans certains cas on a pu trouver des cellules cancéreuses dans le liquide céphalo-rachidien; le fait est très rare.

B. **L'épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien.** — Il s'agit là d'un très grand progrès *qui porte moins sur le diagnostic lui-même de la maladie que la clinique seule fait presque toujours faire que sur la connaissance du siège de la néoformation, sur son repérage tout à fait exact par rapport au squelette.*

Cette épreuve imaginée par Sicard et Forestier vers la fin de 1922 mérite le *nom d'épreuve de Sicard-Forestier* ou radiolipiodol.

Principes. — Elle consiste à injecter dans le liquide céphalo-rachidien 1cmc5 environ d'une huile iodée très dense (Lipiodol radiologique Lafay) et à suivre radiologiquement le transit dans les espaces sous-arachnoïdiens de la bille lipiodolée qui tend à se porter dans les parties déclives.

Technique de l'injection. — Elle doit être rigoureuse.

La *ponction et l'injection* consécutive pourront être faites :

a. A la base du crâne dans l'espace atloïdo-occipital « elle est d'exécution facile non douloureuse et sans danger entre des mains avisées » (Sicard). Nous renvoyons pour les détails de sa technique à la thèse très documentée de Laplane;

b. Entre C_2 et C_3;

c. Entre C_6 et C_7. Nous ne préconisons pas cette voie car elle est peu commode pour l'injection et que le lipiodol injecté en ce point peut éprouver des difficultés de cheminement inhérentes à son seul mode d'introduction;

d. Enfin on pourra pratiquer la ponction lombaire banale pour injecter le lipiodol. C'est certainement le procédé le plus commode.

Certaines précautions sont nécessaires pour la bonne réussite de l'épreuve :

1° Pratiquer l'injection de lipiodol dix jours au moins après la ponction lombaire;

2° Utiliser un lipiodol contenu dans un récipient en aluminium et non pas dans une ampoule de verre;

3° Chauffer légèrement le lipiodol avant de l'injecter et éviter qu'il contienne des bulles d'air;

4° Retirer le moins possible de liquide céphalo-rachidien avant de pousser l'injection opaque;

5° Pousser lentement cette dernière et ne pas retirer l'aiguille immédiatement après la fin de l'introduction du lipiodol.

6° Quand l'injection est pratiquée sous-occipitale dans le décubitus latéral, thorax et tête relevés, il y a intérêt à laisser le patient dans une immobilité de quelques minutes sans heurts intempestifs et sans déplacements (Sicard).

Examen radiologique. — La *position à faire prendre au malade* pour l'examen radiologique varie nécessairement suivant le point d'injection. C'est ainsi que dans le cas d'injection par voie lombaire basse, il faudra en se servant d'une table basculante examiner le malade, les jambes en l'air, en position de Trendelenburg. En cas d'injection par voie haute, on pourra examiner le malade debout ou assis.

L'injection une fois faite l'examen demande la collaboration du neurologiste et du radiologiste. Ils devront suivre *radioscopiquement* le transit de l'huile iodée dans le liquide sous-arachnoidien, chose aisée pour la région cervicale et dorsale haute et qui demande une plus grande habitude pour les autres régions de la colonne vertébrale, en particulier au niveau de la région rétrocardiaque. Sicard accorde à l'heure actuelle une grande importance aux *données radioscopiques*, surtout chez les sujets maigres. Ce mode d'investigation *permettrait* de suivre d'une manière plus précise le cheminement du lipiodol, de voir comment il passe en s'égrenant en globules plus ou moins gros, ou au contraire en se tassant en une masse plus ou moins importante, de forme oblongue, qui paraît ramper sous l'écran. Il *permettrait* surtout de voir comme sa marche se ralentit et comme s'amorce son arrêt. C'est alors qu'intervient la *radiographie* pour fixer les images et pour éclaircir les points douteux (par exemple particules de lipiodol qui ont pu s'accrocher à des racines). Il convient de pratiquer les radiographies de face et de profil.

Résultats de l'examen. — La bille lipiodolée va :

1° *Passer.* — Si le malade est debout elle descend dans le cul-de-sac sacré où la radio la localise sous l'aspect classique de la balle de fusil au niveau de la 1re paire sacrée.

Si le malade est en position de Trendelenburg plus ou moins accentuée, le lipiodol va filer dans la direction des ventricules cérébraux. Il est préférable en pratique de ne pas le laisser pénétrer dans les cavités cérébrales d'où il est parfois difficile de le déloger.

2° *S'arrêter en un point quelconque de la cavité sous-arachnoïdienne.* — Ici il convient de distinguer des :

Arrêts passagers physiologiques. — C'est ainsi que l'huile iodée peut s'arrêter dans la région dorsale moyenne aux environs de D_4 (à ce niveau la cavité sous-arachnoïdienne paraît étranglée). Il peut s'arrêter aussi dans la région cervicale basse. Pour le faire cheminer en pareil cas il faut faire fléchir et

défléchir alternativement la tête du malade, le faire tousser, tapoter les apophyses épineuses correspondantes à l'arrêt, comprimer ses veines jugulaires.

Arrêts durables. — L'arrêt durable de la bille lipiodolée signifie *tout court blocage de la cavité sous-arachnoïdienne; il n'est pas synonyme de tumeur comprimant la moelle.* Il peut s'agir de symphyse méningée par arachnoïdite simple ou consécutive à une myélite (cas de Babinski); il peut s'agir de pachyméningite, que cette pachyméningite soit sous la dépendance d'un mal de Pott, d'un cancer vertébral ou d'une infection syphilitique. Il peut, enfin, s'agir de la maladie qui nous occupe, c'est-à-dire d'une tumeur de la moelle.

L'aspect de la forme prise par la masse lipiodolée arrêtée peut orienter le diagnostic en ce sens. C'est ainsi que *sur un cliché de face* on peut noter un arrêt transversal avec un bord inférieur de l'image lipiodolée concave ou polycyclique épousant la forme de la tumeur, la coiffant pour ainsi dire. Cet aspect répondrait à la présence d'une *tumeur intradurale* (Laplane). Au cours de ces dernières, sur les radiographies de profil l'image lipiodolée serait plus ou moins triangulaire avec un prolongement inférieur en bec de flûte (Laplane). Cet auteur pense encore qu'une tumeur extradurale donne une image différente (image tronconique plus ou moins régulière). Sicard et Haguenau estiment que dans les *tumeurs intramédullaires* « la traînée lipiodolée se projette suivant deux lignes parallèles, longitudinales, très amincies, festonnées, imbriquées, rejetées excentriquement vers l'étui osseux rachidien et se prolongeant sur une étendue d'une dizaine de centimètres environ ». Froment et Dechaume pensent eux aussi qu'une tumeur intramédullaire rejette la coulée lipiodolée à la périphérie où elle s'infiltre dans un cul-de-sac de plus en plus étroit, *d'où elle ne peut ressortir quelle que soit la position que l'on donne au malade*; ils insistent, en outre, sur la nécessité de radiographies en série. *Quoi qu'il en soit, il convient de savoir que l'interprétation des clichés qui montrent un arrêt du lipiodol est souvent délicate, tant en ce qui concerne le diagnostic de tumeur lui-même ou le diagnostic de son siège par rapport à l'étui dural.*

En cas d'arrêt durable au niveau du pôle supérieur de la tumeur on peut, suivant l'exemple de Babinski, pour préciser ses dimensions, injecter du lipiodol dans le liquide céphalo-rachidien du côté opposé. On pourra parfois obtenir une image lipiodolée qui moulera exactement la néoformation, en objectivant d'une manière toute spéciale son aspect général, lui faisant pour ainsi dire un véritable cadre. Si l'on fait la seconde injection par voie lombaire on pourra se servir du *lipiodol ascendant* (de densité moindre que le lipiodol habituel) préconisé pour cet usage par Sicard et Binet.

Pour terminer ce bref aperçu du radio-diagnostic lipiodolé, *si utile en pratique pour le repérage exact de la tumeur*, nous voudrions insister sur ce fait que l'absence d'arrêt du lipiodol n'implique en aucune façon l'absence de tumeur. Guillain en a rapporté un cas. Babinski vient d'en rapporter un autre tout récemment. Quand les signes cliniques et évolutifs sont en faveur du diagnostic de tumeur et que dans une première épreuve le lipiodol ne s'est pas arrêté, il faut, en continuant d'observer son malade, revoir tous les mois par exemple son transit lipiodolé à la radio. La première injection de lipiodol suffit en général, car l'huile iodée dans la plupart des cas est encore mobilisable plusieurs mois après son introduction dans le liquide céphalo-rachidien.

Mentionnons que les épreuves du lipiodol épidural (qui ont constitué dans les travaux de Sicard la première étape de ses recherches) ne fournissent pas ici de renseignements méritant d'être retenus.

C. **Les épreuves manométriques.** — Proposées pour la première fois en Allemagne par Queckenstedt en 1916, peu ou pas utilisées en France jusqu'à ces derniers mois, elles jouissent à l'heure actuelle en Amérique d'une cote considérable. Nous n'en exposerons ici que les données générales empruntées aux travaux d'Ayer, de Stookey, Merwarth et Frantz.

Chez un sujet sain la pression tant incranienne qu'intrarachidienne du liquide céphalo-rachidien, si commode à mesurer avec le manomètre de Claude est augmentée par la toux, par les efforts (comme celui de pousser comme pour aller à la selle), et enfin, comme l'a montré Queckenstedt, par la compression des veines jugulaires. C'est ainsi qu'en partant d'une pression de 15 (au Claude) en position couchée la compression légère des veines jugulaires (toucher jugulaire de Stookey) fait monter la pression à 22, 23 environ. L'effort la fait monter autour de 45, la compression *forte* des veines du cou aux environs de 60. Dès que la cause provocatrice de l'hypertension cesse, la pression redescend immédiatement à la normale. Ces chiffres sont approximatifs et varient d'un individu à l'autre.

En cas de blocage de la cavité arachnoïdienne la tension du liquide céphalo-rachidien est diminuée au-dessous de la tumeur (Claude). Cette diminution s'accentue rapidement au cours de la ponction. Si le liquide est xantochromique la ponction ne donne souvent issue qu'à quelques gouttes de liquide, parfois même la ponction est blanche. En cas de blocage l'épreuve manométrique pratiquée bien entendu au-dessus de la tumeur montre que l'hypertension par les efforts persiste alors que disparaît l'hypertension due à la compression des veines jugulaires. C'est ainsi que si le *blocage est complet* pour une même pression de base de 15, l'effort entraîne une hyperpression aux environs de 45, tandis que la compression même forte des veines jugulaires n'entraîne aucun changement appréciable ou des variations de l'ordre de 2 ou 3 divisions. Si le *blocage est incomplet* la dissociation entre les deux variétés d'hyperpression est moins marquée et les résultats numériques peuvent se rapprocher de ce que l'on observe à l'état normal. Mais, d'après les auteurs américains, par le temps nécessaire à l'ascension et à la descente, par la manière irrégulière (avec des à-coups, des plateaux) dont ascension et descente s'effectuent ici, on note des différences très nettes avec l'état normal où ascension et descente sont régulières, rapides, presque instantanées.

Si la tumeur est bas située au-dessous du point où l'on pratique habituellement la ponction lombaire on peut employer un procédé préconisé par Cushing et Ayer. L'injection de sérum physiologique introduit par l'hiatus sacré dans l'espace épidural (injection épidurale classique) détermine chez le sujet normal une élévation de la pression du liquide céphalo-rachidien au point d'élection de la ponction lombaire. Cette élévation de la pression ne se produit pas en cas de blocage dans la région sacrée.

L'étude des épreuves manométriques constitue

une question intéressante qui est encore à l'heure actuelle dans sa phase initiale de recherches; elle mérite qu'on s'y arrête car c'est un procédé élégant comme le lipiodol et comme lui sans danger. On ne peut en dire de même de l'épreuve suivante.

D. **La pneumorachie.** — L'injection d'air dans les ventricules ou dans les espaces sous-arachnoïdiens, préconisée d'abord à l'étranger par Dandy, puis Viderve, Bringel, Jacobeus, a été surtout étudiée en France par MM. Cestan et Riser (de Toulouse) pour aider au diagnostic des compressions médullaires.

Le procédé consiste à injecter par l'aiguille qui a servi à faire la ponction lombaire 5 centimètres cubes d'air filtré qui, chez le sujet normal en position assise, gagne immédiatement les ventricules cérébraux et provoque une poussée céphalalgique fugace et transitoire, avec parfois tendance à la nausée ou au vomissement (Cestan et Riser).

En cas *de blocage des espaces* sous-arachnoïdiens, la pneumorachie peut fournir des renseignements intéressants.

a. Le gaz injecté peut immobiliser la tumeur et si celle-ci, comme le cas est fréquent, est adhérente à des racines postérieures, chaque injection rapidement poussée de 2 à 4 centimètres cubes de gaz provoquera des douleurs en éclair, dans les territoires périphériques innervés par les racines postérieures en cause, ce qui peut permettre de localiser la lésion avec assez de netteté.

b. Sauf dans ce cas particulier de douleur provoquée où l'on peut penser à une tumeur, la pneumorachie ne préjuge en rien de la nature de l'obstacle au cheminement de l'air. D'après Riser (*Annales de médecine*, juillet 1926), elle pourrait renseigner sur le degré de sténose des espaces sous-arachnoïdiens :

1° Si la sténose est complète, l'air injecté sous la lésion, dans le cul-de-sac, ressortira par l'aiguille même et n'atteindra à aucun moment les ventricules (ni céphalée, ni nausées).

2° Si la sténose est incomplète, le gaz franchissant l'obstacle lentement et bulle à bulle, ce n'est que vers la deuxième heure qu'on enregistrera la céphalée caractéristique.

Cette méthode peut se pratiquer au lit du malade, mais elle n'est pas sans danger et ce n'est pas sans inconvénients qu'on introduit une certaine quantité d'air dans les cavités cérébrales (possibilité de collapsus sérieux). Bien entendu, à la fin de l'épreuve, il faudra en plaçant le malade la tête en bas, faire revenir l'air dans le cul-de-sac dural inférieur et l'évacuer. Cette méthode ne semble pas devoir, en outre « acquérir la précision de l'injection de lipiodol » (Roger). Comme le lipiodol, elle peut se combiner à la radioscopie, mais de l'avis même de Dandy le plus mauvais cliché, après injection de lipiodol, sera toujours plus facile à interpréter qu'un cliché excellent après injection d'air.

III. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL (1)

C'est en somme le diagnostic des compressions médullaires, à début progressif et à évolution lente.

(1) Nous n'envisageons ici que le diagnostic de la période paraplégique de la maladie. A la phase algique le diagnostic ne pourra qu'être soupçonné et c'est seulement devant la persistance ou les récidives des douleurs qu'on poussera plus loin les investigations, pratiquant une ponction lombaire d'abord, une injection de lipiodol ensuite qui pourront alors rapporter le phénomène algique à sa véritable cause, c'est-à-dire une tumeur comprimant les racines.

Il s'orientera, à notre avis, de la façon suivante en éliminant par ordre :

A. *Les différentes autres causes de compression médullaire* :

a. Les lésions osseuses primitives :

1. Tuberculose vertébrale.
2. Cancer vertébral.
3. Ostéoarthrite vertébrale à forme hyperthrophique.

b. Les lésions méningées primitives :

1. Syphilitiques (gommes)... { Pachyméningite cervicale hypertrophique, méningite gommeuse de la queue de cheval.
2. Tuberculeuses (tubercules solitaires).

c. Les pseudo-tumeurs.

B. *Les paraplégies les plus fréquentes par lésion de la moelle*,

Myélite syphilitique, type d'Erb,
Sclérose en plaques,
Syringomyélie,
Sclérose latérale amyotrophique.

A. Les différentes autres causes de compression médullaire.

La tuberculose vertébrale. — C'est la cause la plus fréquente des compressions médullaires chez l'adulte. La compression médullaire et la paraplégie qui en résulte n'est pas due, en général, à la lésion osseuse elle-même, mais est le fait, soit de la pachyméningite concomitante, soit des abcès par congestion et des fongosités qui se développent autour du mal de Pott. L'allure de la paraplégie et son pronostic varient suivant les cas et suivant le processus anatomique qui la régit.

Mme Sorrel-Dejerine vient de consacrer à ce sujet une très belle thèse inaugurale à laquelle nous faisons de larges emprunts. Nous retiendrons deux variétés principales.

Dans un premier groupe de faits, on est en présence d'une *paraplégie spasmodique en extension* avec grosse atteinte motrice, netteté des troubles sensitifs, présence des réflexes d'automatisme, intégrité habituelle des sphincters. Dans certains cas même, les troubles du tonus sont plus marqués, avec gros automatisme médullaire et spasmes toniques en extension et l'on peut parler de *paraplégie hyperspasmodique*. L'évolution des faits de ce groupe est à retenir (Sorrel-Déjerine) : la paraplégie apparaît précocement au cours de la première année de l'installation du mal de Pott, elle s'installe rapidement et aboutit à son acmé en six semaines à deux mois. Malgré sa gravité apparente, elle évolue vers la guérison en vingt mois à deux ans. Ces cas seraient sous la dépendance d'une compression localisée de la moelle par un abcès par congestion intrarachidien.

Il convient de noter que la paraplégie hyperspasmodique peut évoluer vers la *paraplégie en flexion*, de pronostic plus sérieux, car elle indique une atteinte plus profonde de la moelle au niveau de la lésion.

Dans un deuxième groupe de faits, on est en présence d'une paraplégie en apparence flasque, mais la spasmodicité latente s'avère immédiatement par l'exagération des réflexes tendineux, la présence du clonus et du signe de Babinski. Ici les troubles moteurs sont moins intenses que dans la forme pré-

cédente; les troubles sensitifs sont moins nets; l'automatisme médullaire plus modéré. Par contre, les sphincters sont ordinairement plus touchés. L'évolution des faits de ce groupe est la suivante (Sorrel-Dejerine) ; l'apparition de la paraplégie est tardive, survenant des années après le début d'un mal de Pott, ordinairement mal immobilisé ; son installation est insidieuse et se fait lentement en deux à trois ans. Quoique d'allure moins sérieuse que dans la forme précédente, son évolution est progressive, dure des années et l'on peut parler d'incurabilité. Ces cas seraient sous la dépendance d'une pachyméningite plus ou moins étendue avec atteinte de la moelle plus marquée au-dessous de la compression.

Mentionnons, enfin, une variété anatomo-clinique spéciale et rare, individualisée par M. Foix. Il s'agit d'une *paraplégie à marche rapide souvent mortelle par myélite subaiguë*, au cours du mal de Pott. Le début est brusque, la paraplégie est flasque, les troubles sensitifs importants, à limite supérieure, linéaire, les phénomènes d'automatisme sont très marqués. Il existe de la dissociation albumino-cytologique. On peut ne pas avoir de signes cliniques de tuberculose vertébrale. L'histologie montre qu'il s'agit de myélite subaiguë avec état grillagé de la moelle.

Le diagnostic sera basé :

Sur la présence des signes vertébraux. — La *contracture* vertébrale localisée segmentaire est plutôt le fait du mal de Pott : nous l'avons vue exister dans une certaine variété de tumeurs de la moelle et nous avons montré à ce moment les différences qui permettent de diagnostiquer l'une et l'autre. Mais il faut bien savoir qu'elle peut manquer au cours de certains maux de Pott de l'adulte.

La *douleur à la pression* ou mieux à la percussion des apophyses épineuses des vertèbres malades est un signe très important. Quand elle existe dans les tumeurs de la moelle (signe de la tender spine d'Elsberg), ce qui est plus rare, elle porte sur certaines vertèbres sous-jacentes à la lésion et non comme dans le Pott sur les vertèbres qui répondent au segment médullaire comprimé.

Les *déformations du rachis* (présence d'une gibbosité angulaire, médiane, douloureuse) sont la signature du mal de Pott.

Sur le caractère des douleurs qui, dans le mal de Pott, cèdent assez rapidement au repos et à la station horizontale prolongée, pouvant se reproduire la nuit et réveiller le malade au moment où le sommeil abolit la contracture antalgique.

Sur les signes radiologiques. — La radiographie de la colonne vertébrale présente ici une importance de premier plan. Il conviendra de centrer exactement sur le point que l'on désire examiner, d'opérer de préférence avec des rayons mous et d'utiliser si possible un écran antidiffuseur du type Potter-Buckey. Il faudra pratiquer la radio de face et la radio de profil (profil latéral droit et profil latéral gauche). Sur les clichés on pourra noter :

a. Au début le pincement du disque intervertébral surtout visible dans les radios de profil (contour flou du disque).

b. La présence de fongosités autour de l'image vertébrale rendue ainsi plus floue : dans les maux de Pott dorsaux sur les radios de face un fuseau paravertébral et sur les radios de profil le refoulement du ligament vertébral antérieur produit par un abcès par congestion traduit ces décollements latéraux et prévertébraux.

c. Dans une étape plus avancée on notera la décalcification d'une ou plusieurs vertèbres, décalcification en plages plus ou moins irrégulières siégeant dans l'intérieur du corps vertébral lui-même ou au niveau de ses angles venant les ébrécher.

d. Dans un dernier stade, on assistera au tassement et à l'écrasement des corps vertébraux, les disques intervertébraux ayant disparu.

La lésion primordiale est le pincement du disque, premier témoin de l'ostéo-arthrite vertébrale au début.

Des difficultés particulières d'interprétation peuvent s'élever en ce qui concerne la colonne cervicale d'une part, la Ve vertèbre lombaire d'autre part.

Il faut, d'autre part, savoir qu'il peut exister des maux de Pott *radiologiquement muets* durant une très longue période de leur évolution (Mme et M. Sorrel, Clovis Vincent, Sicard, de Martel) pouvant cependant donner lieu à une paraplégie.

Le transit lipiodolé est ordinairement interrompu au niveau de la compression. S'il s'agit d'un abcès intradural on pourra noter l'arrêt transversal des tumeurs; s'il s'agit de pachyméningite la coulée lipiodolée pourra s'allonger en traînées verticales, soit isolées (en stalactites), soit réunies par une masse supérieure (image en peigne de Laplane).

Le cancer vertébral. — Il est rarement primitif, le plus souvent secondaire à une tumeur maligne (du sein, de la prostate, du corps thyroïde le plus fréquemment).

Son allure clinique est typique. L'évolution se fait en deux phases :

1° Une *première phase radiculaire* caractérisée par l'apparition de douleurs excessivement vives, remarquables par leur persistance; elles ne cèdent ni au repos, ni aux analgésiques habituels, ni même à la morphine. Cette *intensité même* est un de leurs caractères essentiels. Elles peuvent s'accompagner de troubles de la sensibilité objective dans les territoires radiculaires intéressés, voire même d'éruptions zostériformes ou pemphigoïdes à topographie systématisée. Cette phase hyperdouloureuse peut être précédée d'une « étape algique transitoire d'alarme » (Sicard) avec une période d'accalmie de trois à quatre mois. Elle est due à la compression des racines dans les trous de conjugaison. Elle précède souvent :

2° La deuxième phase ou phase de *paraplégie proprement dite.* Il s'agit, en règle générale, d'une paraplégie flasco-spasmodique où les troubles du tonus et de la sensibilité sont modérés. On peut noter à ce moment du côté du rachis une courbure en anse (Charcot) et de la douleur à la percussion des apophyses épineuses. Les signes généraux dus au cancer primitif entraînent un état cachectique que viennent compliquer les escarres du décubitus et l'infection urinaire due aux troubles sphinctériens.

Telle est la forme classique, mais il est des cas où le néoplasme évolue comme une tumeur intrarachidienne lorsqu'un nodule isolé et limité vient comprimer la moelle.

Le diagnostic se basera :

a. Sur la notion d'un cancer primitif;
b. Sur l'évolution même de l'affection;

c. *Sur les données radiologiques* qui peuvent être variables suivant les cas :

α. Montrant dans un type *ostéoporotique* une raréfaction du tissu osseux décelable par des taches au niveau d'une ou plusieurs vertèbres, raréfaction qui aboutit au tassement ou à l'aplatissement « en galette d'un ou plusieurs corps vertébraux » *avec intégrité absolue même à une période avancée de l'affection des disques intervertébraux correspondants* [signe différentiel très important avec le mal de Pott] (Sicard).

β. Montrant dans un type ostéoplastique pseudo-pagétique (Thèse de Coste) un aspect pommelé d'une ou plusieurs vertèbres présentant une association de lésions hypercalcifiées et hypocalcifiées (cancer de la prostate).

γ. Il existe une troisième forme *dite condensante* simple où la vertèbre garde ses dimensions normales, mais devient d'une opacité extrême. Cette vertèbre est blanche sur le négatif, noire sur le positif, c'est la *vertèbre d'ivoire* (Souques).

L'osteo-arthrite vertébrale à forme hypertrophique. — Signalée par Barré, par Parker et Adson, c'est une affection rare dans laquelle la tuberculose, le cancer ou la syphilis ne seraient pas en cause ; elle surviendrait parfois à la suite d'un trauma (cas de Léri) ou d'une infection. Elle se présente sous les aspects d'une compression de la moelle avec phase radiculaire préalable. L'évolution est très longue. La radio ne fournit que des renseignements négatifs. L'épreuve du lipiodol injecté au-dessus et au-dessous de la compression peut être utile. Devant le flou de la symptomatologie le diagnostic n'est souvent fait qu'à l'intervention.

Les lésions méningées primitives. — *a.* AU COURS DE LA SYPHILIS. — La méningite syphilitique spinale avec formations gommeuses peut, dans certains cas, se présenter comme une compression de la moelle. Deux localisations sont à retenir :

1° *La pachyméningite hypertrophique* siège ordinairement au niveau de la moelle cervicale. Elle se présente en règle générale comme une syringomyélie avec troubles paralytiques et amyotrophie au niveau des membres supérieurs ; mais les troubles sensitifs à leur niveau ne sont pas dissociés. Au niveau des membres inférieurs il existe une paraplégie motrice et sensitive (avec possibilité ici de dissociation syringomyélique).

Le liquide céphalo-rachidien présente une très grosse lymphocytose avec une albuminose souvent considérable (jusqu'à 20 grammes). Il y a ordinairement symphyse méningée d'où arrêt du lipiodol qui dans certains cas peut cheminer à nouveau après le traitement spécifique. Le traitement antisyphilitique peut agir, mais dans certains cas il est sans action.

2° *La méningite gommeuse de la queue de cheval* (Babinski, 1905). — Elle se présente comme un syndrome de la queue de cheval et est souvent difficile à diagnostiquer d'avec une tumeur (forme pseudo-tumorale). Le diagnostic se base sur les résultats fournis sur la ponction lombaire ; il existe souvent de la xanthochromie avec hyperalbuminose de 2 à 40 grammes et hypercytose très intense (100 à 300 éléments). La dissociation albumino-cytologique est plus rare. La réaction de Bordet-Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien a moins de valeur que la réaction positive dans le sang. Le lipiodol ne se fixe pas en arrêt du type tumoral ; il peut ou bien s'égréner en un chapelet méningé (méningite cloisonnée) ou bien passer librement le long de la cavité sous-arachnoïdienne (méningite exsudative cloisonnée). Cette forme obéit bien au traitement.

b. AU COURS DE LA TUBERCULOSE. — On peut rencontrer — le cas est rare — des tubercules localisés sans lésion vertébrale. Le diagnostic est impossible avec la tumeur juxtamédullaire, le diagnostic ne se fait qu'à l'intervention dont les conséquences sont souvent désastreuses.

Les pseudo-tumeurs. — KYSTES SÉREUX MÉNINGÉS. — L'existence de la méningite séreuse circonscrite pouvant donner lieu à un syndrome tumoral a été soutenue en premier lieu par Horsley en 1903. Elle peut être due à une infection générale ou locale (en particulier méningite cérébro-spinale épidémique). Elle peut être consécutive à un traumatisme (Finkelnbourg, Mangazinni) ou à une fracture de la colonne vertébrale (cas personnel observé chez mon maître Cl. Vincent). D'après Horsley les phénomènes radiculaires seraient plus diffus que dans une néoformation, les troubles sensitifs objectifs seraient plus importants que les troubles moteurs. Enfin l'évolution se ferait par poussées avec phases de rémissions fréquentes et variations du tableau clinique d'un examen à l'autre. L'existence de cette méningite séreuse est mise en doute par Christiansen pour qui tout kyste séreux est le plus souvent le témoin d'une tumeur sous-jacente qu'il convient de toujours rechercher au cours de l'intervention sous peine de pratiquer une opération incomplète. Le fait bien établi est l'existence d'une arachnoïdite feutrée et kystique (Barré, Leriche et Morin), séquelle de méningite cérébro-spinale ; nous en avons observé nous-même un cas avec Charles Foix de l'hospice d'Ivry.

ECHINOCOCCOSE RACHIDIENNE (Souques, Bériel). — Elle constitue un diagnostic qui n'est pas exceptionnel et qui, si l'on n'a pas la notion d'un kyste hydatique primitif du foie par exemple, ne sera fait qu'à l'intervention ou à l'autopsie par l'examen du liquide qui s'écoule des vésicules rompues.

Le plus souvent extraduraux, multiples, envahissant même les corps vertébraux, ces kystes peuvent être uniques, justiciables de l'opération chirurgicale.

***B.* Les paraplégies les plus fréquentes par lésion de la moelle.** — Nous envisagerons successivement les quatre diagnostics les plus fréquents :

La myélite syphilitique. — Dans les diverses manifestations de la syphilis médullaire seule la *myélite dite d'Erb* peut prêter à confusion. Car son évolution est ordinairement progressive, son début est obscur non marqué par un ictus ; il n'y a pas de phase de paraplégie flasque.

Ici les troubles moteurs restent en général d'intensité moyenne, le malade peut remuer les orteils, le pied, mais la raideur est très nette et entre pour une grande part dans l'impotence fonctionnelle des sujets surtout lorsqu'ils peuvent marcher. Les réflexes d'automatisme sont cependant modérés et il n'existe pas de spasmes toniques en extension. Les troubles sensitifs sont au second plan : il n'y a pas en particulier de douleurs radiculaires prémonitoires ; les troubles objectifs de la sensibilité quand

ils existent sont peu intenses, flous et en particulier n'ont pas de limite supérieure fixe et nette. Les troubles sphinctériens sont assez spéciaux : le malade présente surtout des mictions impérieuses. Les perturbations génitales en particulier l'impuissance sont de règle. On retrouve souvent ici au-dessus du syndrome paraplégique quelques signes au niveau des membres supérieurs montrant que l'atteinte de la moelle dépasse la lésion principale : exagération des réflexes tendineux à ce niveau, petits phénomènes cérébelleux. On recherchera les stigmates de la syphilis, en particulier le signe d'Argyll. La ponction lombaire peut déceler une lymphocytose légère mais jamais de dissociation albumino-cytologique. Le Bordet-Wassermann peut être positif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Mais il ne faut pas trop tabler sur la positivité des réactions biologiques pour étayer son diagnostic, car ce caractère manque souvent (Girot). Le transit lipiodolé est normal. Dans certains cas le diagnostic peut être difficile et Alajouanine et Girot ont pu décrire récemment une *forme pseudo-tumorale de la myélite d'Erb.*

La sclérose en plaques. — Maladie fréquente elle se présente sous un jour protéiforme et peut en particulier présenter une forme paraplégique qui prêtera à confusion. Mais ici on sera frappé par la discordance entre la faible intensité habituelle des troubles moteurs et les troubles marqués de la démarche (incertaine et un peu ébrieuse) et de l'équilibre; on notera le peu d'importance des troubles sensitifs objectifs (quand ils existent), l'absence de douleurs subjectives. Les troubles sphinctériens sont rares, les réflexes d'automatisme peu marqués. On recherchera l'existence d'autres signes de la maladie : phénomènes cérébelleux du côté des membres supérieurs à prédominance de tremblement; troubles oculaires subjectifs (baisse passagère de l'acuité visuelle) et surtout objectifs (*nystagmus*, décoloration du segment temporal de la papille), les épisodes vertigineux ou céphalalgiques. On tiendra grand compte de l'*évolution par poussées* de la maladie avec phases de rémission intercalaires. Enfin on pratiquera une ponction lombaire qui pourra montrer dans un liquide céphalo-rachidien normal au point de vue chimique et cytologique la dissociation fréquente d'un Bordet-Wassermann négatif et d'un benjoin colloïdal positif.

La syringomyélie. — Ce sera un diagnostic à éliminer, d'une part, dans le cas de tumeur juxtamédullaire cervicale; d'autre part et surtout dans le cas de tumeur intramédullaire.

L'affection se présente ordinairement comme une paralysie avec grosse amyotrophie uni ou bilatérale des membres supérieurs, affectant surtout le groupe Aran-Duchenne et portant sur l'extrémité distale, en particulier, la main. Cette amyotrophie s'accompagne, au niveau de la main, d'une contracture spéciale de pathogénie encore mal élucidée. Atrophie et contracture associées donnent des aspects spéciaux de la main, main en griffe, main de prédicateur, que viennent encore individualiser la présence de troubles trophiques (main succulente). On note fréquemment des modifications de réflexes, en particulier la dissociation du réflexe du radius. Mais le caractère essentiel de la maladie est la présence *de troubles sensitifs suspendus* (siégeant au niveau du membre supérieur) et portant surtout sur la sensibilité thermique (dissociation syringomyélique). La paraplégie spasmodique sous-jacente est de type banal, mais suffisamment légère dans la règle pour permettre au malade de marcher. La présence d'une cyphoscoliose vertébrale est la règle.

La sclérose latérale amyotrophique. — Elle sera le dernier diagnostic à éliminer en cas de tumeur cervicale. C'est une affection rare à la vérité. Elle survient chez l'adulte jeune et se caractérise par une paraplégie d'intensité moyenne, avec ou sans signe de Babinski, par la présence de phénomènes amyotrophiques ordinairement symétriques au niveau des membres supérieurs prédominant sur les extrémités. La paralysie qui accompagne cette amyotrophie lui est proportionnelle. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité. Ce qui fait faire le diagnostic, c'est la présence de symptômes bulbaires (troubles de la phonation, de la mastication, de la déglutition). L'évolution en est ordinairement assez rapide.

(A suivre.)

SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 MAI 1927)

Etude comparative de quelques virus récurrents, pathogènes pour l'homme. — MM. Charles NICOLLE et Charles ANDERSON.

Recherches quantitatives sur l'excitabilité de l'appareil du goût chez l'homme. — M. et Mme A. CHAUCHARD.

Sur l'origine physiologique du cancer. Géophysique d'un milieu pathogène. Aperçu d'une causalité universelle. — M. STELYS a observé, dans le Massif central, une zone de léthalité cancéreuse s'étendant plus particulièrement dans des lieux où l'anhydride carbonique abonde au milieu de constants dégagements gazeux et radio-actifs.

En se plaçant à un point de vue général, il estime que l'apparition du cancer constitue une réplique des tissus irrités par un excès d'acide carbonique ou une carence d'oxygène dans le milieu nutritif ou ambiant.

L'auteur estime que les questions de contagion et d'hérédité s'éclairciront certainement par l'étude physique du lieu et de l'habitat.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 12 MARS 1927)

Le coefficient de dysdésamination. Rapport entre certaines fractions de l'azote non protéique du sang proposé comme indice d'évaluation de la fonction uréogénique. — MM. CRISTOL, PUECH et TRIVAS (de Montpellier) proposent, en suivant le raisonnement de Maillaret, de dénommer « coefficient de dysdésamination » le rapport suivant

$$\frac{\text{N. des polypeptides} + \text{N. des acides aminés}}{\text{N. des polypeptides} + \text{N. des acides aminés} + \text{N. de l'urée}}$$

Normalement ce rapport est de 30 à 35 p. 100. Il s'abaisse dans les néphrites jusqu'à 15 p. 100 et s'élève jusqu'à 60 p. 100 dans les insuffisances hépatiques.

Hypocalcémie. Hyperphosphatémie. Acidose chez les prééclamptiques. — MM. LÉVY-SOLAL, J. DALSACE et Y. GRILLET rapprochent l'apparition de l'éclampsie dans les derniers mois de la grossesse et après l'accouchement d'un certain

nombre de modifications humorales observées chez les prééclamptiques : hypocalcémie particulièrement nette dans la gémellité, hyperphosphatémie et acidose décompensée (moyenne pH 7,23, réserve alcaline 47,21). Ils voient dans ces faits l'indication d'une médication calcique et alcaline adjuvante du traitement par le chlorhydrate de pilocarpine.

Régulation de la circulation cérébrale à l'inhalation d'oxygène. — M. Tinel signale le phénomène constamment observé chez les trépanés d'une vaso-constriction cérébrale sous l'influence des inhalations d'oxygène.

Cette vaso-constriction, qui peut aller jusqu'à la suppression presque complète du pouls, ne s'accompagne d'aucune réaction parallèle dans les autres territoires artériels explorés.

Elle se produit de même, moins intense mais aussi rapide, au bout de quelques secondes d'hyperpnée.

Elle semble traduire une auto-régulation de la circulation cérébrale à l'afflux d'un sang fortement oxygéné.

Physiologie des altitudes. Modifications thermiques observées sur le lapin. — MM. P. Béhague, Garsaux et Charles Richet fils ont noté l'existence d'une hypothermie d'altitude observée chez le lapin quand on diminue la pression atmosphérique. Déjà à une dépression correspondante à une altitude de 5.000 mètres cette hypothermie est certaine, et pour des dépressions correspondantes à des altitudes de 6.000 à 9.500 mètres la température centrale du lapin descend à 30 degrés.

L'hypothermie d'altitude n'est pas plus accentuée si l'on diminue la pression et que l'on refroidit l'atmosphère.

Elle n'est plus appréciable si l'on fait travailler les animaux dans une atmosphère raréfiée.

Excitabilité pneumogastrique et excitabilité corticale. — MM. H. Cardot, J. Regnier, D. Santenoise et P. Varé, par des mesures chronaximétriques, établissent qu'il existe un rapport entre l'excitabilité des centres pneumogastriques et l'excitabilité du gyrus sigmoïde. A l'hypervagotonie correspondent des chronaxies corticales très basses, alors que chez les chiens hypovagotoniques on trouve des chronaxies élevées.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1927)

Enorme communication gastro-colique au cours d'un cancer de l'estomac. — MM. Vedel, Puech et Lapeyre présentent les pièces anatomiques d'un malade mort de cancer encéphaloïde de la partie supérieure de la grande courbure de l'estomac, au-dessous du cardia, qui s'est largement perforé dans l'angle splénique au niveau duquel il a bourgeonné. L'existence de cette perforation a été une trouvaille d'autopsie. Elle s'est faite à bas bruit, le malade n'a pas présenté de lientérie; la radioscopie, faite en position debout, ne l'a pas décelée.

Cancer de l'estomac avec métastases cutanées par propagation lymphatique. — MM. Vedel, Puech et Chardonneau.

Syphilis de l'estomac à forme hémorragique. — MM. Estor et Sicard.

Un cas de hernie inguinale gauche du cæcum et de l'appendice. — MM. Massabuau, Guibal et Duponnois.

CONGRÈS

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE. — XIXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Le XIXe Congrès français de médecine se tiendra à Paris *du mardi 11 au vendredi 14 octobre 1927*, sous la présidence de M. le professeur P. Teissier.

Les rapports porteront sur les questions suivantes :

I. — *Sémiologie des septicémies médicales.* — Rapporteurs : MM. P. Gastinel et J. Reilly (de Paris). « Sémiologie générale de l'état septicémique ».

M. de Vezeaux de Lavergne (de Nancy). « Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques spécifiques à virus connus ou inconnus ».

MM. F. Arloing, P. Dufourt (de Lyon) et L. Langeron (de Lille). « Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques non spécifiques.

II. — *Physio-pathologie des œdèmes.* — Rapporteurs : MM. E. Aubel et P. Mauriac (de Bordeaux). — Etude du rôle de quelques ions et des variations de leur répartition dans la pathogénie des œdèmes.

M. P. Govaerts (de Bruxelles). « Rôle des propriétés physico-chimiques des protéines dans la pathogénie des œdèmes avec étude des variations de la tension osmotique et de la tension capillaire ».

MM. Pasteur-Valléry-Radot et P. Nicaud (de Paris). « Les œdèmes brightiques ».

III. — *Indications médicales et valeur thérapeutique comparée de la splénectomie.* — Rapporteurs : MM. N. Fiessinger et P.-L. Brodin (de Paris). « La splénectomie dans les processus hémolytiques ».

MM. A. Nanta (d'Alger) et J. Tapie (de Toulouse) : « La splénectomie dans les processus anémiques ». M. A. Nanta : « anémies parasitaires et infectieuses » ; M. J. Tapie : « anémies pernicieuses et leucémies ».

Les rapports actuellement à l'impression seront envoyés aux membres adhérents avant le mois de juillet 1927. Le Comité d'organisation a décidé de n'accepter aucune communication qui ne concerne pas exclusivement les questions faisant l'objet des rapports. Pour recevoir en temps utile les volumes de ces rapports, les futurs membres du congrès sont priés de s'inscrire le plus tôt possible.

Un comité d'organisation s'est constitué en vue de célébrer le centenaire du grand savant Villemin et sa géniale découverte de l'inoculabilité de la tuberculose. Les journées consacrées à cette célébration suivront, dès le 14 octobre et jusqu'au 17, celles qui sont consacrées au XIXe Congrès français.

Renseignements généraux. — Pendant la durée du congrès, se tiendra une exposition de journaux et de livres médicaux, de produits pharmaceutiques, d'appareils d'hygiène et de radiologie, d'instruments de laboratoire. Cette exposition sera complétée par celle que le comité du centenaire de Villemin doit organiser. Des fêtes, réceptions et excursions, dont le détail sera donné ultérieurement, seront organisées à l'occasion du congrès.

Des réductions de tarifs sont accordées par les compagnies de chemins de fer. Des réductions analogues sont demandées aux compagnies de navigation. Il est en outre probable que certaines facilités seront accordées par le ministère des affaires étrangères aux congressistes originaires des pays à change déprécié.

Des démonstrations techniques intéressant les médecins militaires de l'active et de la réserve seront organisées. Les médecins de réserve qui assisteront à ces démonstrations seront considérés comme accomplissant une période d'instruction et auront ainsi droit au tarif militaire sur les chemins de fer français. Pour bénéficier de cette faveur, il leur suffira de s'adresser au comité d'organisation du centenaire de Villemin (direction du Service de santé du ministère de la guerre, 66, rue de Bellechasse, Paris).

La cotisation est fixée à 50 fr. pour les membres adhérents : médecins civils, militaires ou coloniaux, et 25 fr. pour les membres associés : membres des familles des adhérents, internes et externes des hôpitaux, étudiants en médecine.

Les demandes d'inscriptions doivent être adressées, avec le montant de la cotisation, à M. Pierre Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), par chèque ou versement à la poste au compte courant de chèques postaux n° 599 à Paris.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser salle Béclard, à la Faculté de médecine de Paris, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, « bureau de l'A. D. R. M., ou à M. le docteur M. Chiray, secrétaire général du congrès, 14, rue Pétrarque, à Paris (XVIe), ou à M. le docteur Lian, trésorier, 19, rue de Bourgogne, Paris (VIIe).

LIVRES NOUVEAUX

Les Maladies de l'estomac et du duodénum (1), par Félix RAMOND, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Ouvrage de clinique : on y trouvera pour chaque maladie de l'estomac et du duodénum, outre les développements sur l'étiologie, la symptomatologie, les formes cliniques, pronostic, complications, les méthodes d'examen les plus complètes en vue du diagnostic, et les différentes formes de traitement.

Notions d'anatomie, d'histologie et de physiologie gastrique. — Etiologie générale des maladies de l'estomac. — Interrogatoire et examen du dyspeptique. — L'examen radiologique et chimique, autres recherches pratiques de laboratoire. — Les grands symptômes et les grands syndromes gastriques. — Les gastrites. — Les ulcérations de l'estomac, ulcérations aiguës, ulcère chronique. — Les duodénites et les périduodénites. — Les tumeurs de l'estomac. — L'aérophagie et l'aérogastrie; hernie gastrique diaphragmatique. — Les sténoses pyloriques et médiogastriques, les dilatations de l'estomac, la ptose de l'estomac. — Les spasmes gastriques; l'atonie gastrique, l'incontinence pylorique. — Les dyspepsies secondaires et réflexes. — Les dyspepsies nerveuses. — Régimes et médications. L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 8 juin. — Jury : MM. Sebileau, président; Hartmann, Couvelaire et Lemierre. — M. FEREY. Etude sur les affections douloureuses du petit bassin. — M. BOUCHAUD. Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale. — M. MINET. La substance diurétique du rein. — M. SIMON. Traitement des arthrites blennorragiques.

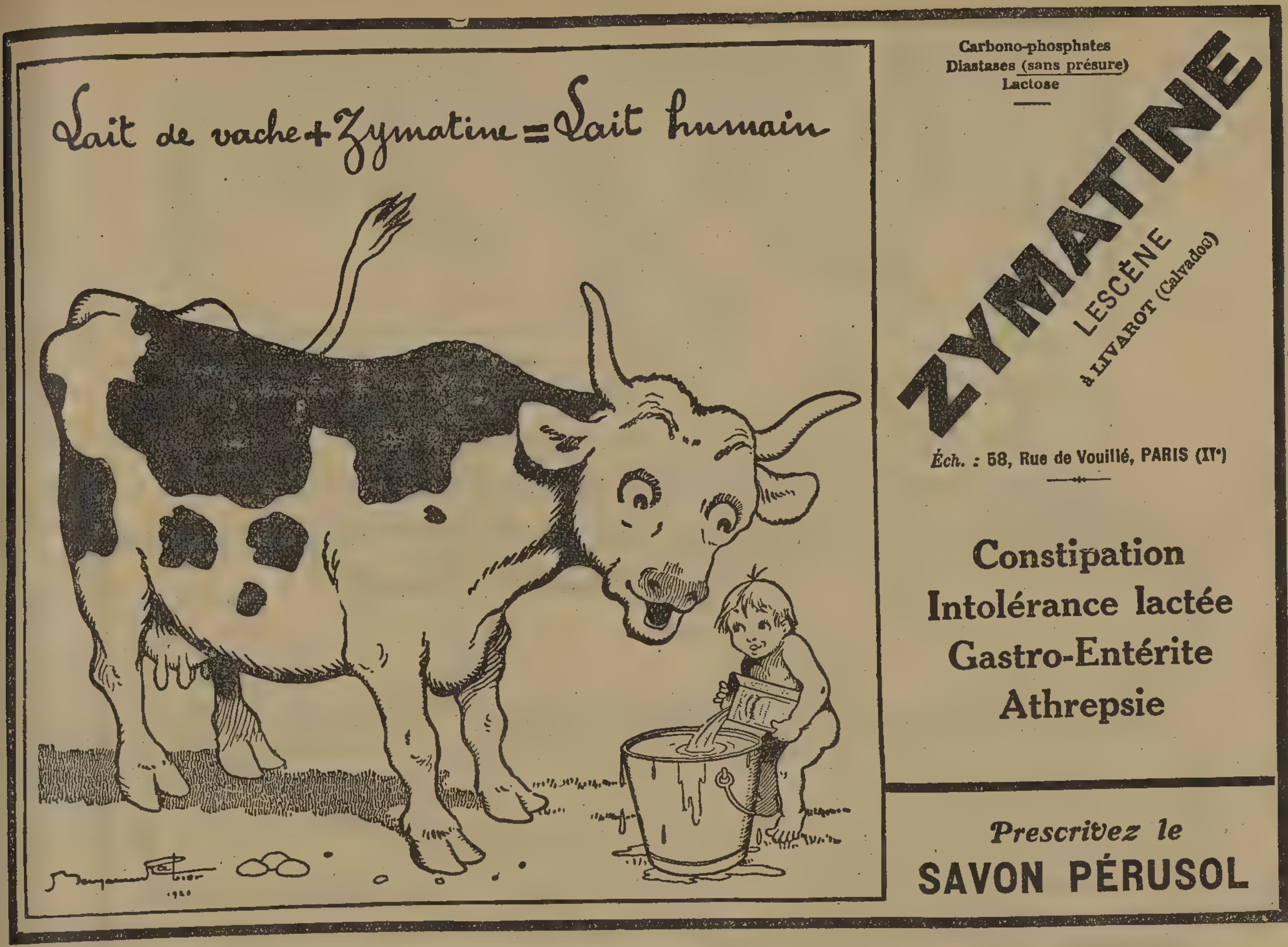
Vendredi 10 juin. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Hartmann, président; Gosset, Lemierre, Moussu, Bresson, Panisset, Coquot et Vallée. — M. PILLON. Des corps étrangers de l'estomac chez les carnassiers. — M. LOMBARD. De la castration du taureau. — M. JACOTOT. La pasteurellose des bœufs en Indochine.

Samedi 11 juin. — Jury : MM. Jeanselme, président; Duval, Sicard et X... — M. LÉGER. Etat actuel de la lèpre en France. — M. MAISEL AOUVA. Traitement de la péricardite tuberculeuse. — M. ESCORCIA. Sclérose du testicule. — M. FLYGARE. Etude sur les varices.

(1) Un volume de 414 pages avec 17 figures. — Prix : France et Etranger, 40 fr. (Sans majoration.) — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


Lait de vache + Zymatine = Lait humain
Carbono-phosphates
Diastases (sans présure)
Lactose
ZYMATINE
LESCÈNE
à LIVAROT (Calvados)
Éch. : 58, Rue de Vouillé, PARIS (XV°)
Constipation
Intolérance lactée
Gastro-Entérite
Athrepsie
Prescrivez le
SAVON PÉRUSOL


MÉDICATION PRÉVENTIVE & CURATIVE
AFFECTIONS DES VOIES
RESPIRATOIRES
BACILLOSE
GRANULÉ
SÉROLÉINE
GRANULÉ
ANTISEPTINOL
LA SÉROLÉINE Granulé au PHOSPHO-GAIACOLATE de CHAUX
1° Calme la Toux.
2° Désinfecte les Poumons.
3° Assèche les foyers d'infection.
L'ANTISEPTINOL Badigeonnage
Calme les points de côté douloureux
L'ANTISEPTINOL injectable au FLUORO-CINNAMATE de SODIUM
Tarit les secrétions bronchitiques.
Relève l'état général
RECONSTITUANT
CŒUR
MUSCLES
GÉNÉRAL
TONIPHOS
GRANULÉ
TONIQUE
NERFS
TUBE DIGESTIF
COMPLET
C. BARON Pharmacien
Laboratoire C. BARON Les Sables d'Olonne (Vendée)
C. BARON Docteur en Médecine
ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS **Prix du Numéro : 50 c.**

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Lemierre, Papillon, Lian, Lecène, Laroche, Baudouin, Ameuille, Guillain, Fiessinger, Lévy-Valensi, Israëls de Jong.

— Concours de stomatologiste des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 2 juin. — MM. Raison, 18; Vilenski, 16; Boissier, 15.

Admissibles : MM. Thibault, 67; Raison et Boissier, 61; Vilenski et Merville, 55; Lattes, 52.

— Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — *Epreuve pratique.* — Séance du 2 juin. — Questions données : « Préparation d'un appareil de haute fréquence pour faire les différentes applications pour combattre les hémorroïdes. — Remonter une crédence de Gaiffe et régler les soupapes. »

MM. Delapchier, 6; David de Prades, 17.

Séance du 3 juin. — Questions données : « Exposer un rapport sur l'état d'une batterie d'accumulateurs. — Monter un meuble de Ledoux-Lebard avec une ampoule de Coolidge à radiateur. »

MM. Kahn et Piot, 26; Truchot, 21.

Epreuve clinique. — MM. David de Prades, 18; Delapchier, 11; Joly, 28; Kahn, 15; Le Goff et Marchand, 14; Moutard, 18; Ordioni, 13; Piot, 25; Truchot, 13.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours du prosectorat.* — *Epreuve de médecine opératoire.* — Séance du 2 juin. — MM. Chabrut, Gérard-Marchant et Gueullette, 26; Leibovici et Fèvre, 21; Meillère, 15.

Epreuve de dissection. — Séance du 3 juin. — MM. Fèvre, 29; Meillère, 27; Chabrut, Gueulette, Leibovici et Gérard-Marchant, 26.

Sont proposés : MM. Gueullette et Gérard-Marchant, 125.

— *Bourses de doctorat.* — Peuvent obtenir, sans concours, pour un an, une bourse de doctorat en médecine de première année, les candidats qui justifient :

Soit des mentions « Bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention « Assez bien » au baccalauréat et de 80 points audit certificat;

Soit des mentions « Bien » au baccalauréat et « Assez bien » au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit des mentions « Assez bien » au baccalauréat et « Bien » audit certificat.

Les bourses de doctorat en médecine, à partir de la deuxième année d'études, sont données au concours pour un an.

Sont admis à prendre part à ce concours les candidats appartenant au régime d'études fixé par le décret du 10 septembre 1924, pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions, qui ont subi avec la note moyenne 7 l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves de ce concours consistent en compositions écrites, savoir :

Etudiants à 4 inscriptions : *a.* une composition d'anatomie; *b.* une composition d'histologie.

Etudiants à 8 inscriptions : *a.* une composition de physiologie; *b.* une composition de physique et de chimie biologiques comportant : 1° une question de physique biologique (une heure); 2° une question de chimie biologique (une heure).

Etudiants à 12 inscriptions : *a.* une composition d'anatomie pathologique; *b.* une composition de pathologie expérimentale.

Etudiants à 16 inscriptions : *a.* une composition de médecine générale; *b.* une composition de chirurgie générale ou d'obstétrique.

Jusqu'à la disparition des anciens régimes d'études, les étudiants en cours de scolarité appartenant à ces régimes seront admis à s'inscrire au concours dans les conditions déterminées par les arrêtés du 22 avril 1902 (modifié par l'arrêté du 23 mai 1912) et du 2 décembre 1919.

Les concours ont lieu annuellement au siège des facultés, dans le courant du mois d'octobre, au jour fixé par le ministre. (*J. O.*, 31 mai 1927.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Un concours s'ouvrira le 15 octobre 1927 au siège de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef de travaux pratiques de chimie à ladite Ecole.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Il est institué au Ministère des pensions une commission chargée de réviser le guide barème des invalidités en ce qui concerne l'oto-rhino-laryngologie.

Sont nommés membres de cette commission M. le médecin inspecteur Baron, MM. les docteurs Baldenweck, Bercher, André Bloch, Brochet, Halphen, Jacquet, Lemaitre, Leroux, Molinié, A. Moulonguet, G. Portmann, Ramadier et Worms.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés dans l'ordre de Nichan Iftikar :

Grand officier. — MM. les docteurs Audubert, Germès, de Gorsse; Molinéry, de Luchon

Officier. — M. le docteur Cazal-Gamelsy.

NÉCROLOGIE. — Nous avons la tristesse d'annoncer la mort d'une nouvelle victime du devoir professionnel.

En se rendant avec un avion sanitaire auprès d'un malade aux environs de Bordeaux, M. le professeur Robert Picqué a fait une chute mortelle.

Neveu du si regretté Lucien Picqué, chirurgien des hôpitaux de Paris qui mourut pour la France pendant la grande guerre, Robert Picqué appartenait à l'armée. Il était médecin principal et agrégé du Val-de-Grâce quand il avait été nommé il y a peu d'années professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Picqué n'était pas seulement un homme de science, il était un homme d'action. Un des premiers il avait compris l'intérêt de l'aviation sanitaire qui a rendu tant de services au Maroc, en Syrie et même en France.

Avec son avion sanitaire il avait fait de longs et d'heureux voyages, il était allé à Rome, à Bruxelles où il avait eu l'honneur d'emmener dans son avion S. M. la Reine des Belges. Son bon avion n'avait jamais eu d'accident. C'est avec un autre appareil qu'il a trouvé la mort.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Vinaver et Etienne Boyer (de Paris).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE (M. le professeur F. BEZANÇON). — Cours complémentaire sur la tuberculose pulmonaire, du 7 juin au 9 juillet, tous les matins à 10 h. 1/2. Cours libre.

CLINIQUE TARNIER (M. le professeur BRINDEAU). — Cours de chirurgie obstétricale. Durée ; deux semaines à partir du 13 juin. S'adresser à M. le chef de clinique à la Clinique Tarnier.

AMICALE DES MÉDECINS DE CHAMPAGNE. — Le prochain dîner de l'Amicale des médecins de Champagne aura lieu le 16 juin 1927 à 20 h., au restaurant du *Bœuf à la mode*, 8, rue Valois, sous la présidence du docteur Huguier.

Prière de s'inscrire avant le 14 juin chez le secrétaire général : Docteur Xavier Colaneri, 61 *bis*, boulevard Beauséjour, Paris (XVIe). Téléphone : Auteuil 47-52.

CHRONIQUE

LE BANQUET DU « JEUNE MÉDECIN ».

A l'occasion de la fondation de l'*Union corporative* et de l'apparition du premier numéro de sa revue : *Le Jeune médecin*, les étudiants en médecine avaient convié, mercredi dernier, leurs maîtres de la Faculté et des hôpitaux à assister à un banquet.

C'est dans les magnifiques salons de la Sorbonne, mis très aimablement à la disposition des étudiants par M. le recteur Charlety, qu'a eu lieu ce banquet, digne par son menu exquis du cadre incomparable dans lequel il était servi.

M. Herriot, ministre de l'Instruction publique, présidait, assis entre M. Bonnet, président de l'Union, et M. Crouzat, directeur du *Jeune médecin*.

A leurs côtés avaient pris place M. Charlety, plusieurs membres du Parlement et du Conseil municipal, MM. Lenglet, Balthazard, Marcel Labbé, J.-L. Faure, Desgrez, Sicard, Guillain, Cunéo, Nobécourt, Maurice Renaud, Cadenat, Courcoux, Noir, Vimont, Dartigues, Paul Boudin, Tissier, Guy, Armand Delille, B. Weill-Hallé, Foveau de Courmelles, Berry, S. Voronof, etc.

A l'heure des toasts, M. Bonnet, président de l'Union, remercia le ministre et le recteur pour la bienveillance qu'ils témoignent aux étudiants. M. Crouzat montra combien il est nécessaire aux étudiants de se préparer par l'union aux luttes de la vie professionnelle, il fit un nouvel appel en faveur du sanatorium des étudiants et rendit un hommage de gratitude aux grandes maisons de spécialités qui, comme Hoffmann-Laroche et Astier, supportent à l'heure actuelle la plus grande partie du traitement des étudiants tuberculeux.

Puis, M. Paul Boudin, avec une grande autorité, M. Lenglet, avec beaucoup de finesse et d'à-propos, M. Balthazard, avec une énergie alternant avec une charmante bonhomie, invitèrent les étudiants à s'unir aux groupements professionnels pour signaler aux pouvoirs publics le danger de certaines lois sociales.

M. Herriot ne pouvait évidemment donner son opinion sur la question, mais il n'a pu manquer d'être frappé par la justesse et l'unanimité des critiques que soulèvent les assurances sociales. Après avoir félicité les étudiants, il a terminé son toast par un appel au respect des grandes traditions médicales françaises.

Une tombola a succédé aux discours. Le sort intelligent a apporté à M. Herriot une superbe pipe qu'il a immédiatement bourrée et allumée aux applaudissements de l'assistance. C'est dire la cordialité simple et charmante qui régna dans cette réunion où nos jeunes confrères de l'Union Corporative se montrèrent les plus aimables des hôtes. F. L. S.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

GÉNÉRALITÉS

Tuberculose osseuse.

L'emploi des greffons ostéo-périostés dans le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du genou chez l'enfant. (C. ROBERTSON LAVALLE [de Buenos-Aires]. *Soc. de chir.*, séance du 30 mai 1923. Rapport de M. Auvray. Discussion : OMBRÉDANNE, GRÉGOIRE, MOUCHET, LAPOINTE, ROUX-BERGER, MAUCLAIRE.)

Quinze cas de tuberculose ostéo-articulaire guéris par greffes osseuses avec vingt-cinq jours au lit. (C. ROBERTSON LAVALLE. *Semana med.*, 12 nov. 1925, p. 1209.)

Guérison en vingt-cinq jours par des greffons osseux des tumeurs blanches, coxalgies, mal de Pott et de toutes les ostéo-arthrites tuberculeuses. (C. ROBERTSON LAVALLE. *Revue méd. latino-amér.*, août 1926, n° 131, 115 pages, 40 fig., 22 obs.)

Traitement par les greffes osseuses de toutes les ostéo-arthrites tuberculeuses. (C. ROBERTSON LAVALLE. Rapport OMBRÉDANNE. *Soc. de chir.*, 3 nov. 1926; *Bull. et mém.*, p. 955-987.)

Tumeur blanche du genou traitée par la méthode de Robertson Lavalle. (PEDRO JAUREGUI [de Buenos-Aires]. *Ibid.*, p. 987.)

Des greffes osseuses dans le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses. (VIGNARD [de Lyon]. Rapport OMBRÉDANNE. *Soc. de chir.*, séance du 24 nov. 1926; *Bull. et mém.*, p. 1094-1102. Discussion : A. MOUCHET, MAUCLAIRE.)

Sur le traitement par les greffons osseux de toutes les ostéo-arthrites tuberculeuses. (E. SORREL. *Soc. de chir.*, 1er déc. 1926; *Bull. et mém.*, p. 1152-1154.)

Greffes osseuses pour tuberculose du genou et de la hanche. (VIGNARD [de Lyon]. *Soc. de chir. de Lyon*, 24 mars 1927.)

Depuis une dizaine d'années, Robertson Lavalle, professeur à Buenos-Aires, pratique une méthode spéciale dans le traitement des tumeurs blanches. Employée d'abord chez l'enfant et au genou seulement, la méthode a donné des résultats si encourageants que l'auteur a étendu son application chez les malades de tout âge, à toutes les ostéo-arthrites, au mal de Pott même, et ceci à toutes les époques de la maladie, aussi bien (les observations le montrent) dans les premières semaines de l'affection que dans des cas anciens et même fistuleux.

En quoi consiste la méthode? Voici le résumé même de l'auteur dans une de ses publications :

« Ayant pu constater que dans toute épiphyse tuberculeuse il existe un sang veineux et noir qui s'échappe sous pression par la perforation, l'auteur en déduit que le processus tuberculeux est dû à la condensation périphérique du tissu embryonnaire qui le forme et se développe dans un tissu étranglé. »

« Les greffes osseuses permettent d'établir un drainage permanent grâce à leur perméabilité et à leurs canaux de Havers qui se dilatent au moment où leurs cellules tombent en lysis et souffrent de la décalcification propre à tout greffon.

« Le sang des épiphyses, peu après leur perforation, est rouge et fluide, et grâce au drainage osseux permanent fait alors disparaître l'étranglement du tissu, laissant passer un sang très oxygéné à travers le foyer qui contient le bacille de Koch.

« L'auteur peut guérir en un mois toutes les ostéo-arthrites tuberculeuses, fistulisées ou non, n'importe quel soit l'âge du malade, en appliquant à chaque articulation la technique qui lui correspond, mais en tenant toujours compte, dans la mesure du possible, des principes énoncés plus haut. »

La technique consiste à percer, à travers la métaphyse, le cartilage de conjugaison et jusqu'au centre de l'épiphyse, de chaque extrémité osseuse articulaire, deux tunnels, un en dedans, un en dehors. Quand l'hémorragie est finie, on coude dans chaque tunnel un greffon qui va jusqu'au fond du tunnel et qui, plus long que lui, sort à l'extérieur. Les extrémités extraosseuses des greffons sont alors réunies par d'autres greffons en pont, souples, placés sous la peau, et que l'on enlèvera au bout de quelques semaines.

La peau est refermée sans drainage.

Cette opération agirait : 1° par la saignée et le drainage du sang veineux; 2° par la pénétration des os par des capillaires; 3° par l'actiou trophique des greffons osseux due surtout à la présence des greffons sous-cutanés.

D'après Robertson Lavalle les résultats sont extraordinaires; certains, la disparition de la douleur, sont immédiats; d'autres rapides, la disparition des œdèmes, fongosités, fistules, abcès en quelques jours, le relèvement rapide de l'état général se traduisant par l'augmentation de poids, la disparition à la radiographie de l'aspect flou et la reconstitution en quelques semaines des travées osseuses qui ne se voit d'ordinaire qu'au bout de plusieurs années; en général, la marche est reprise le vingt-cinquième jour, les articulations mobilisées activement à partir de ce moment. Tous les malades guérissent avec l'intégrité des mouvements articulaires.

De pareilles déclarations qui bouleversent tout ce que nous savons sur l'évolution de la tuberculose ostéo-articulaire ne pouvaient être acceptées que sous bénéfice du contrôle de l'expérience.

Les observations que l'auteur nous apporte dans ses diverses publications ne peuvent entraîner la conviction : le texte manque parfois de précision, certaines prêtent à discussion, les radiographies n'ont pas toujours la netteté désirable.

La méthode a été tentée en France. Qu'a-t-elle donné?

Chez M. Mouchet, M. Robertson Lavalle a opéré 2 malades et ce furent 2 résultats malheureux : une mort de méningite, une amputation consécutive nécessitée par la progression des lésions.

M. Ombrédanne a présenté 4 observations; les malades ont guéri, mais avec une tendance à l'ankylose; et les résultats n'ont pas présenté la rapidité extraordinaire d'évolution annoncée par Robertson Lavalle.

A Lyon, M. Vignard a employé dans 13 cas (7 genoux,

3 hanches) la trépanation des épiphyses avec implantation dans les tunnels de greffons costaux. Mais il n'y adjoint pas les greffons sous-cutanés de Robertson Lavalle, et par contre, dans la majorité des cas, il pratique l'extirpation de la synoviale et du tuberculome des parties molles.

Les résultats ont été : au genou, 2 récidives, 3 ankyloses, 2 articulations avec légers mouvements; à la hanche, 2 ankyloses en bonne position, 2 ankyloses en flexion légère, 1 abcès froid au niveau du greffon. Il estime que les résultats ne sont pas supérieurs à ce qu'il obtenait par évidement et synovectomie suivis de plombage au Moosetig.

Au total, la méthode de R. Lavalle est encore à l'étude. Une plus longue expérience est nécessaire avant de la rejeter. A défaut d'autres résultats son emploi aura eu le mérite de nous prouver l'extrême tolérance des os tuberculeux et même fistulisés par les greffons osseux.

Valeur de la sympathectomie péri-artérielle dans le traitement de la tuberculose chirurgicale. (G. Ichok. *Presse méd.*, 7 avril 1926, n° 28, p. 435-437.) [Revue des travaux parus.]

Sur la valeur de la sympathectomie péri-artérielle dans les arthrosynovites de l'enfance. (Bertone. *Rinascenza med.*, 15 nov. 1926, an III, n° 22, p. 494-495.)

On se rappelle la vogue passagère de la méthode de Bier dans le traitement des tuberculoses osseuses. La stase veineuse dans ces affections était illogique. La vaso-dilatation permanente qui suit la sympathectomie artérielle (opération de Leriche), avec élévation de la température locale du membre, semblait au premier abord plus rationnelle.

C'est Gundermann, en 1924, qui eut l'idée d'essayer cette méthode après avoir vu une ulcération tuberculeuse se cicatriser sur un membre sympathectomisé. Il choisit 6 porteurs de tuberculoses graves et, sur 5 malades, voit une amélioration rapide se produire (élimination rapide de séquestres, disparition des douleurs); mais ces malades sont en même temps soigneusement immobilisés.

Lawen qui emploie la méthode sur 19 malades accuse : 4 tuberculoses fistuleuses guéries (mais il ne dit pas au bout de combien de temps), 5 améliorations, 10 échecs.

Cotte (de Lyon), sur 3 opérés (2 tuberculoses du cou-de-pied et une tumeur blanche du coude), note une sédation nette des douleurs. Il considère l'opération comme un complément heureux des méthodes opératoires habituelles, sans d'ailleurs expliquer nettement son mode d'action.

A côté de ces avis plutôt favorables il faut citer des opinions nettement défavorables. Sebestyen (de Pecs, Hongrie), dans 10 cas, a trouvé que l'action de l'opération était nulle. M. G. Piétri, sur 23 cas opérés, constate que les améliorations employées sont dues aux moyens thérapeutiques concomitants. Bertone, dans une première étude, conclut que la sympathectomie ne donne pas de résultats notables dans les tuberculoses fistulisées et chez les adultes âgés.

Dans une deuxième publication, il montre que dans une forme légère, hydarthrosique, de tuberculose du genou chez un enfant de cinq ans, la décortication de la fémorale et de la fémorale profonde n'eut aucune action sur l'évolution de la lésion.

Donc, à part l'action sur la douleur notée par Cotte et Gundermann, l'action de la sympathectomie sur les ostéites tuberculeuses reste des plus douteuses.

RACHIS

Mal de Pott.

Traitement du mal de Pott chez l'adulte par les greffes ostéo-périostiques. Trois observations. (H. Delagénière et Yves Delagénière. *Arch. franco-belges de chir.*, janv. 1926, n° 1.)

Greffe ostéo-périostique pour mal de Pott. (Imbert et Paoli. *Soc. de chir. de Marseille*, 15 févr. 1926.)

Mal de Pott dorso-lombaire traité par greffe ankylosante. (Rocher [de Bordeaux], *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 26 févr. 1926.)

Opération d'Albee pour mal de Pott dorso-lombaire après échec d'un traitement orthopédique prolongé, bons résultats contrôlés trois ans après. (Patel et Y. Creyssel. *Revue d'orthop.*, mars 1926, n° 2, p. 123-127, 1 radio.)

Trois résultats éloignés de maux de Pott traités par ostéosynthèse vertébrale (procédé d'Albee). (E. Sorrel. *Soc. chir.*, séance du 23 juin 1926; *Bull.* p. 759.)

Mal de Pott dorso-lombaire chez un homme de trente-trois ans. Opération d'Albee. Résultat excellent après trois ans et quatre mois d'observation. (P. Brocq. *Soc. chir.*, séance du 23 juin 1926. Rapport E. Sorrel [101 observations personnelles]; *Soc. chir.*, 27 oct. 1926; *Bull.*, p. 922-937, 7 fig. Discussion : Mauclaire, Lecène, Hartmann, Bréchot, A. Schwartz, Ombrédanne.)

Les greffes osseuses dans la tuberculose vertébrale. (B. Kipnis. *Deutsche. Zeitch. für chir.*, 1926, t. CXCIV, nos 5-6, p. 325-328, 6 fig.)

L'opération d'Albee dans le mal de Pott de l'adulte. Ses indications. Ses résultats. (A. Guillemin [de Nancy]. *Arch. franco-belges de chir.*, sept. 1926, p. 775-832.)

A propos de 34 ostéosynthèses pour mal de Pott avec présentation d'une pièce. (Guillot et Dehelly [Le Havre]. *Soc. de chir.*, 1er déc. 1926, p. 1144-1148, 1 fig. Discussion : Tuffier, E. Sorrel.)

A propos de l'opération d'Albee dans le mal de Pott chez l'adulte. (P. Duval. *Idem*, p. 1148-1152.)

Greffe ostéo-périostique pour mal de Pott. Présentation de pièce. (Ch. Dujarier. *Soc. de chir.*, 8 déc. 1926, p. 1193-1194.)

Treize observations d'ostéosynthèse vertébrale pour le mal de Pott, par la méthode d'Albee. Résultats éloignés. (A. Guillemin [de Nancy]. Rapport E. Sorrel. *Soc. chir.*, 9 mars 1927; *Bull.* p. 365-386.)

Traitement ambulatoire du mal de Pott par la greffe d'Albee. (Tavernier [de Lyon]. *Soc. de chir. de Lyon*, 7 avril 1927. Discussion : Bérard, Nové-Josserand, Patel.)

On sait avec quel enthousiasme les Américains, peu familiarisés avec le traitement par le décubitus des tuberculoses osseuses, avaient accueilli il y a un peu plus de quinze ans les publications d'Albee et de Hibbs qui traitaient tous les maux de Pott, à tous les âges, à tous les stades de la maladie, par l'ostéosynthèse des arcs postérieurs des vertèbres malades et des vertèbres saines sus et sous-jacente. Après quelques semaines de décubitus cette soudure permettait, avec ou sans corset, la reprise de la déambulation et même d'une vie active. Le foyer, immobilisé, s'éteignait rapidement.

En France, après de nombreux essais, on s'aperçut vite que la méthode était inefficace chez l'enfant (Ombrédanne) ou même pouvait chez lui présenter des inconvénients (Calvé). La méthode tomba en discrédit. Elle perdit aussi beaucoup de terrain en Amérique à la suite de l'enquête faite en 1914 auprès des chirurgiens américains.

Et voici que depuis deux ans en France la question est remise à l'étude et les Sociétés de chirurgie de Paris et de Lyon l'ont discutée.

Voyons les conclusions de ces discussions.

Tout d'abord il y a de nombreux points sur lesquels tout le monde est d'accord.

L'efficacité comme mode d'immobilisation du rachis soit par soudure des apophyses épineuses (Albee) soit par soudure des arcs postérieurs en entier (Hibbs) est certaine.

Les radiographies en série montrent une résorption partielle du greffon pendant les premières semaines, puis la reconstitution d'un bloc osseux solide.

Les pièces anatomiques humaines sont rares. M. Sorrel en cite quatre qui par un hasard heureux concernent trois mé-

thodes opératoires différentes : celle de Guillot et Dehelly (méthode de Hibbs), celle d'Allenbach (méthode d'Albee), celle de Dujarier (dénudation des arcs plus greffe ostéopériostique de Delagénière). Dans tous les cas un bloc osseux solide a été obtenu.

Cette immobilisation du foyer suffit-elle à éteindre rapidement et pour toujours le foyer? On l'avait soutenu. Depuis il a fallu déchanter. Si certains symptômes comme la douleur disparaissent ordinairement rapidement après l'opération, si de ce fait et de la possibilité de la déambulation l'état général s'améliore dans beaucoup de cas, il n'en est pas moins que l'opération a peu d'action sur les abcès, fistules et paralysies. On voit même des abcès, des paraplégies se produire chez des anciens opérés (telle l'observation de Froment, Delore et Jouve. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 9 juin 1925). M. Sorrel a vu dans son service 7 opérés ayant présenté soit une paralysie (3 cas), des abcès (3 cas) ou des douleurs vives (1 cas).

Mais lorsque la guérison est obtenue cette guérison, et c'est là le point capital sur lequel tout le monde est d'accord, est *chez l'adulte* meilleure en quantité et en qualité. Le nombre des maux de Pott adultes qui guérissent définitivement est plus grand chez les opérés que chez ceux traités par le seul traitement orthopédique. De plus, ces adultes guéris peuvent reprendre une vie active, une profession dure, sans danger de rechute (Brocq, Duval, Sorrel, Guillemin, Mauclaire, Tuffier, Kipnis). Voilà le point essentiel. On est d'accord (sauf Guillot et Dehelly, Kipnis) pour rejeter l'emploi de l'ostéosynthèse chez l'enfant. Chez lui le mal de Pott traité précocement et régulièrement guérit toujours et solidement par les méthodes orthopédiques.

Enfin on est d'accord pour admettre que l'ostéosynthèse est d'application difficile à la région dorsale; le siège de prédilection de la méthode, avec le cou, est la région lombaire et dorso-lombaire, qui d'ailleurs est le siège des 9/10 des maux de Pott de l'adulte.

Enfin tout le monde admet que l'opération est simple, d'une innocuité absolue, et la mortalité pratiquement nulle.

Au total opération simple, sans danger qui, chez l'adulte, dans un grand nombre de cas, aide à obtenir des guérisons plus solides, plus durables.

Il reste des points en discussion.

Faut-il opérer tous les cas de mal de Pott chez l'adulte dès qu'ils se présentent à l'examen sans tenir compte de l'âge du foyer, de son évolution, de l'état général, des complications (abcès-paraplégie)? Cette opinion est soutenue par MM. Delagénière, Guillemin.

La plupart des auteurs admettent au contraire des indications et contre-indications mais varient dans leur appréciation.

Pour les uns (Sorrel, Duval, Kipnis) la présence d'abcès, de paralysie, la gravité de l'état général constituent un « noli me tangere » au moins temporaire. MM. Delagénière considèrent la présence d'abcès ou de paraplégie comme une raison de plus d'opérer.

Faut-il, comme le conseille M. Sorrel, avec la majorité des auteurs, attendre pour opérer que le foyer pottique soit déjà ancien, la culture atténuée? Faut-il au contraire comme le conseillent Duval, Guillemin, Delagénière, Tavernier, Kipnis, opérer dès que le diagnostic est posé?

Il y a d'ailleurs sur ce point, ainsi que le remarquent Sorrel, Bérard, Nové-Josserand, une contradiction plus apparente que réelle : chez l'adulte le mal de Pott est longtemps latent, et lors des premières manifestations cliniques le foyer est en réalité souvent ancien. On opère le plus souvent beaucoup plus tardivement qu'on ne pense.

Reste la question du traitement post-opératoire.

Après l'opération le malade reste au lit en corset, deux, trois, six mois selon les auteurs puis on le remet debout. Les uns jugent alors tout appareillage inutile (Tavernier, Guillemin), les autres (Sorrel, Duval, Bérard) exigent le port d'un corset pendant au moins un an.

Nul doute que les divers points encore en controverse (indications, époque de l'intervention, traitement post-opératoire) ne soient fixés à la longue par l'expérience de ces opérations.

THORAX

Les chondrites costales primitives de la seconde enfance. (GUY (Henri), *Th. de Paris*, 1926). — Dans cet important travail écrit sous l'inspiration du docteur G. Huc, se trouve décrit un nouveau type clinique bien défini.

A côté des thorax « en entonnoir », d'origine congénitale et dus à une aplasie du sternum, on voit au cours de la seconde enfance, chez de nombreux sujets, se développer une déformation thoracique progressive qui simule un peu cet aspect. Dans sa forme la plus habituelle, cette déformation consiste en une tuméfaction latéro-sternale, étendue du 3e au 6e cartilage costal, et une dépression sous-mammaire des 7e, 8e, 9e cartilages, dépression limitée en bas par une saillie en aileron du rebord costal (10e). La lésion débute d'abord, d'un côté, à gauche le plus souvent, puis s'étend au deuxième côté du thorax. Il s'agit, le plus souvent, d'enfants débiles, le plus souvent hérédo-syphilitiques.

La déformation semble être en rapport avec un ramollissement des cartilages costaux qui cèdent sous la traction des insertions musculaires.

Les porteurs de chondrites costales sont toujours des insuffisants respiratoires, et il en résulte pour eux les dangers inhérents à l'état d'hypohématose.

On obtient assez rapidement la guérison au moyen du traitement spécifique et le modelage du thorax au moyen d'entraînement respiratoire spiroscopique avec pressions exercées sur les cartilages saillants.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Omoplate ballante.

Sur un cas d'omoplate ballante. Nouveau procédé de fixation de l'omoplate. (G. NOVÉ-JOSSERAND, *Soc. de chir. de Lyon*, 25 fév. 1926.) — G. NOVÉ-JOSSERAND et A. RENDU, *Revue d'orthop.*, sept. 1926, p. 395-401, 1 fig.

Résultat éloigné d'une fixation de l'omoplate ballante. (G. NOVÉ-JOSSERAND, *Soc. de chir. de Lyon*, 10 fév. 1927.)

Fixation thoracique de l'omoplate ballante. (P. MATHIEU, *Soc. nat. de chir.*, 24 mars 1926.) — *Bull. et mém.*, 3 avril, p. 383-389. Discussion : MAUCLAIRE.

Technique pour le traitement de l'omoplate ballante. (P. MATHIEU, *Revue d'orthop.*, sept. 1926, p. 403-409, 3 fig.)

Scapulopexie dans un cas d'atrophie musculaire progressive. (S. MARCONI, *La chirurgia degli organi di movimento*, juil. 1926, p. 569-576, 4 fig.)

Les paralysies des muscles qui suspendent l'épaule et le membre supérieur au tronc forment deux grands groupes : les paralysies localisées, les paralysies totales. Le premier groupe présente plusieurs variétés parmi lesquelles Duchenne, de Boulogne, avait distingué la paralysie isolée du trapèze qui entraîne la bascule de l'omoplate en bas et en dehors, la « ptose de l'omoplate » (Rocher), et la paralysie associée des trapèze et grand dentelé avec omoplates décollées du tronc, « scapula alata ». Ces paralysies sont souvent d'origine traumatique.

Le deuxième groupe comprend les paralysies étendues, consécutives à la paralysie infantile, paralysie diphtérique et surtout la paralysie progressive à type facio-scapulo-huméral de Landouzy-Dejerine. Dans ces cas, l'omoplate d'un ou des deux côtés ne présente plus de point d'appui au tronc, c'est l' « omoplate ballante », entraînant une impotence considérable du membre supérieur. On a cherché à remédier à cet état de choses.

Dans les paralysies partielles, on a utilisé diverses transplantations musculaires (angulaire, Perthes; rhomboïde et

angulaire, Eden; grand dorsal du côté opposé, Katzenstein), sans grand succès.

Pour fixer les omoplates ballantes bilatérales deux fois von Eiselsberg, une fois Codivilla ont employé la suture des deux omoplates l'une à l'autre. Dans un cas, von Eiselsberg a eu de la paralysie du plexus brachial par compression entre la 1re côte et la clavicule (G. Huc).

Pierre Duval qui a repris la question (*Revue de chir.*, 1905), s'est arrêté à la fixation du tiers inférieur du bord interne de l'omoplate à la 6e et 7e côtes dénudées. Mencière, en 1908, préconise une fixation aux 5e, 6e et 7e côtes (*Arch. prov. de chir.*, 1911).

Mauclaire (*Congrès d'orth.*, 1925. Discussion : Rocher), présente trois observations d'épaule ballante. Sur l'un d'eux, lésions bilatérales, il a pratiqué la fixation des bords des deux omoplates, l'un à l'autre avec trois fils métalliques, avivé les bords spinaux de l'omoplate, les côtes sous-jacentes, et renforcé par des greffes ostéo-périostiques. Sauf le fil inférieur qui a coupé, tout a tenu.

M. Nové-Josserand a eu l'idée de fixer l'omoplate en introduisant dans un trou pratiqué à la base de l'épine de l'omoplate, le bout interne de la 4e côte sectionnée.

Mathieu sectionne les 5e et 7e côtes et fait surcroiser le bord spinal de l'omoplate par les extrémités vertébrales des côtes, suture métallique. Ces deux derniers procédés donnent une fixation excellente, mais encore un peu complexe.

On pouvait se demander si ce procédé si simple, proposé par M. Ombrédanne, pour fixer l'omoplate dans la surélévation congénitale de l'omoplate ne serait pas applicable ici. On sait qu'après avoir libéré et abaissé l'omoplate, on la fixe par deux fils métalliques, l'un inférieur à la 7e côte, fil provisoire destiné à couper, fil d'appareillage; l'autre fil pivot permanent autour duquel l'omoplate conserve ses mouvements, passe à travers la base de l'épine de l'omoplate et les apophyses épineuses situées sur la même horizontale.

Cette fixation par le « pivot scapulaire » avait déjà été employée dans les paralysies du trapèze (1 cas de Rothschild, 1 de Lange, 2 de Izubinski, *Zent. f. chir.*, n° 38, 1920).

La fixation était faite au moyen de lambeaux de fascia lata ou de soie.

On pouvait se demander si cette fixation serait suffisante dans le cas de paralysie complète. Tel est le cas de S. Marconi où il s'agit d'une athrophie musculaire progressive typique. La simple fixation du « pivot scapulaire » avec un fil d'argent dans l'apophyse épineuse de la 1re dorsale a donné un excellent résultat, maintenu trois mois plus tard.

La résection du coude.

Résultats éloignés des résections du coude selon la méthode d'Ollier dans les tumeurs blanches et les ankyloses. Résection mobilisatrice et arthroplastie. (H. Comte, *Th. de Lyon*, 1926.) — Dans ce travail considérable, l'auteur n'a utilisé que les résections larges faites par Ollier lui-même par la méthode sous-périostique.

Il a pu retrouver 55 résections pour tumeurs blanches du coude, suivies de cinq à trente ans.

Il n'y a eu que six récidives et treize fois de petites lésions bénignes.

Dans 95 p. 100 des cas, le résultat fonctionnel a été bon, il n'y a eu que deux bras ballants et une seule ankylose secondaire.

Comparés aux résultats obtenus par le traitement conservateur, ils légitiment l'indication fréquente de la résection dans les tumeurs blanches du coude.

Chez 21 autres malades, la résection a été pratiquée pour mobiliser une ankylose du coude. Tous les cas, sauf un ont donné un résultat très bon.

L'étude radiographique de malades opérés vingt-cinq à trente ans auparavant montre des néarthroses se rapprochant parfois beaucoup du coude normal. L'auteur ne croit pas que les méthodes modernes d'arthrolyse donnent des résultats supérieurs aux résections sous-périostiques larges d'Ollier.

La statistique des auteurs américains donne sur 126 arthroplasties du coude : 76 p. 100 de bons résultats, 16 p. 100 médiocres, 6 p. 100 mauvais, et Lexer (1925), sur 84 arthroplasties du coude, a eu 4 résultats mauvais dont un coude ballant.

La résection du coude, au moins *comme la pratiquait Ollier*, donne des résultats excellents.

MEMBRE INFÉRIEUR

Luxation congénitale de la hanche.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche chez l'adulte. (W. Truslow [de Brooklyn]. *Long Island med. Journ.*, mai 1926, t. XX, n° 5, p. 146-150, 3 fig.)

Le traitement des luxations âgées de la hanche. (Le Roy C. Abbott. *Arch. of surg.*, mai 1926, p. 983.)

Replacement opératoire de la luxation congénitale invétérée de la hanche. (Irvin Balensweig [de New-York]. *Journ. of bone and Joint surg.*, juillet 1926, p. 534-538, 4 fig.)

La réduction sanglante des luxations congénitales de la hanche. Ses résultats. (Herbert P. H. Galloway [de Winnipeg]. *Id.*, p. 539-550, 3 fig.)

Luxation congénitale de la hanche. Résultats du traitement non sanglant. (B. P. Farrell, H. L. von Lackum, A. de F. Smith [de New-York]. *Id.*, p. 551-561. Discussion : Adams [de Boston], F. D. Dickson [de Kansas City], F. C. Kidner [de Détroit], A. H. Cilley [de New-York], J. L. Porter [de Chicago], J. T. Rugh [de Philadelphie], W. S. Baer [de Baltimore], S. Kleinberg [de New-York], P. H. Galloway [de Winnipeg], de Forest P. Villard [de Philadelphie].)

Du traitement de la luxation congénitale invétérée de la hanche. (O. E. Schultz. Rapport au Congrès de la Soc. tchéco-slovaque d'orthopédie à Prague. Sbornik Braci de la *Soc. tchéco-slovaque d'orthop.*, 1927, f. 2, p. 73-91.)

Reposition sanglante des luxations congénitales de la hanche. (J. Zahradnicek. *Id.*, p. 91-98.)

Reposition sanglante dans la luxation congénitale irréductible de la hanche chez l'enfant. (P. Ingelrans [de Lille]. *Id.*, p. 98-107.)

Résultats du traitement des luxations congénitales invétérées de la hanche. (A. Irovnalik. *Id.*, p. 107-109.)

Des discussions qui ont eu lieu en 1926 dans les diverses Sociétés médicales, il résulte que, actuellement aux Etats-Unis, même chez le très jeune enfant, la réduction sanglante de la luxation congénitale de la hanche est pratiquée au même titre que la réduction non sanglante et même préférée par certains auteurs. C'est l'opinion de Galloway, Dickson, Baer. D'après eux la réduction sanglante donne des résultats excellents moyennant deux conditions : 1° d'être pratiquée avant trois ou quatre ans, l'âge idéal étant vingt mois à deux ans; 2° d'être primitive, c'est-à-dire de ne pas être pratiquée sur les « laissés-pour-compte » de la méthode non sanglante.

Ces auteurs considèrent que dans ces conditions la méthode sanglante est moins traumatisante que la non-sanglante, et les résultats meilleurs. En fait, Galloway depuis 1920 est intervenu sur 38 hanches de tout petits avec 15 résultats excellents, 18 très bons et 5 passables.

Cette opinion peut nous paraître extraordinaire. Mais, d'une part, il faut bien savoir que de l'autre côté de l'Atlantique les réductions non sanglantes sont souvent faites encore avec des machines (table de Hibbs, par exemple) et sans doute avec des manœuvres très traumatisantes; d'autre part, les résultats obtenus par la méthode non sanglante sont médiocres. Si la statistique de l'hôpital des Enfants de Boston, apportée par Soutter, qui accuse sur 355 cas avant sept ans 83 p. 100 de succès et avant quatre ans 95 p. 100 de succès, présente des chiffres comparables à ceux des services orthopédiques européens, il n'en est pas de même de celle de

l'hôpital des Enfants de New-York publiée par B. Farrell, von Lackum et V. Smith; en vingt-quatre ans il y a eu 390 cas traités (395 hanches); on a pu retrouver 266 résultats définitifs, ils donnent : pour 196 luxations simples, 39 p. 100 de bonnes réductions, 15 p. 100 d'antépositions, et pour 70 doubles, 27 p. 100 seulement ont une réduction des deux côtés.

Quant au traitement des luxations congénitales invétérées de la hanche, il semble très diversement apprécié par les Américains. Le Roy C. Abbott préconise, après réduction, l'ankylose par arthrodèse, ce qui peut se défendre pour les luxations paralytiques mais non pour les luxations congénitales. Ballensweig, chez une luxée de treize ans, creuse un néocotyle très profond au niveau de la partie supérieure de l'ancien cotyle, régularise la tête fémorale, la réduit, et obtient un excellent résultat avec mobilité suffisante. Cilley dans un cas analogue préfère, après réduction, faire une butée ostéoplastique avec des morceaux d'aile iliaque.

Le même sujet a été mis à l'étude par le Congrès de la Société tchéco-slovaque d'orthopédie l'an dernier, et a fait l'objet d'un rapport très documenté de D. Schulz. Voici les conclusions de ce rapport :

« Si on examine les diverses méthodes recommandées pour le traitement de la luxation congénitale invétérée de la hanche, il apparaît qu'on ne peut à priori donner la préférence à l'une quelconque. Les indications varient toujours d'après le cas particulier. La méthode la plus simple est la transposition (inversion de Lorenz) qui, outre Nové-Josserand, Gourdon, compte encore beaucoup d'autres partisans; on peut la pratiquer avec succès chez les malades moyennement avancés. Dans les cas légers anciens ou réductibles, mais sans aucune stabilité de la tête fémorale, l'opération d'Albee et Lance est avantageuse. Pour une luxation iliaque très prononcée, l'ostéotomie serait indiquée. La bifurcation de Lorenz permet d'espérer les meilleurs résultats. La reposition sanglante, en place normale ou dans un nouveau cotyle ménagé par le chirurgien, avec ou sans interposition, est une opération difficile. »

C'est cette reposition sanglante avec creusement du cotyle, modelage de la tête, sans interposition, que préconise Zahradnicek (de Prague). Il lui reconnaît des indications étendues puisqu'il l'a pratiquée 16 fois sur 65 luxations congénitales (24,6 p. 100).

Les résultats passé douze ans sont franchement mauvais (3 ankyloses, 2 subluxations, 1 reluxation). Ils sont bons avant dix ans et surtout avant six ans.

Ingelrans apporte les résultats des réductions sanglantes pratiquées à Lille par le professeur Le Fort : 13 hanches sur 10 malades avec 2 résultats excellents, 4 bons, 2 passables (1 ankylose, 1 reluxation nécessitant une ostéotomie); mais il faut noter que 4 malades seulement ont été opérés entre sept et onze ans, tous les autres avaient entre deux et quatre ans.

Les bifurcations pratiquées sur 10 malades entre dix et vingt-sept ans, à la Clinique orthopédique du professeur Schlumsky à Bradislava, ont donné les résultats suivants (Irovnalik) : dans la plupart des cas la marche est améliorée, le déhanchement et la lordose disparaissent, le signe de Trendelenburg est négatif, les malades supportent une longue marche. Mais il faut remarquer que l'opération n'a été pratiquée qu'une fois dans une luxation bilatérale. Et bien qu'il s'agisse de luxations unilatérales, l'auteur dit qu'un résultat idéal n'a été obtenu dans aucun cas.

Au total, de tous ces travaux, il convient de retenir que les réductions sanglantes ne donnent de bons résultats que chez les tout jeunes enfants, de vingt mois à six ans. Au delà les interventions extracapsulaires semblent préférables. Pour les formes antérieures réductibles ou non et pour les luxations transposables et transposées, les reconstitutions ostéoplastiques d'un appui iliaque à la tête fémorale semble l'opération de choix. Pour ces formes non transposables les ostéotomies améliorent les malades, sans donner un résultat « idéal ».

Traitement de la paralysie spasmodique de l'enfant. H. A. T. FAIRBANK. *Brit. med. Journ.*, 1er mai 1926, n° 3409, p. 776.)

Chirurgie du sympathique. Chirurgie du tonus musculaire. La section des rameaux communicants. (P. WERTHEIMER et A. BONNIOT. In-8 de 134 pages, 21 fig.; Masson.)

On sait combien dans ces dernières années les publications de Royle (The treatment of spastic paralysis by sympathetic ramisections, *Surg., gyn. and obst.*, déc. 1924, p. 701) et de Hunter (The influence of the sympathetic nervous system in the genesis of the rigidity of striated muscle in spastic paralysis, *Brit. med. Journ.*, 28 fév. 1925, p. 14-21) avaient fait naître l'espoir d'améliorer les paralysies spasmodiques de l'enfant au moyen des ramisections sympathiques.

Les 13 observations de Royle pour paralysie spasmodique congénitale ont donné quelques améliorations.

MM. Wertheimer et Bonniot en apportent de nouveaux cas : 1 observation d'Adson, 1 de Bruning et 3 observations du service du professeur Leriche.

Chez ces malades on a pratiqué, soit la ramisection seule, soit en même temps la section de la chaîne sympathique.

Chez 5 paraplégies spasmodiques opérées à la Clinique Mayo (George E. Brown et Alfred W. Adson. *Amer. Journ. of med. science*, août 1925, p. 232) par ablation des 2e, 3e et 4e ganglions avec le tronc et section des rami.

Dans tous ces cas, l'amélioration du spasme a été seulement partielle, chez certains malades très peu marquée.

C'est pourquoi Fairbank, résumant l'état actuel du traitement chirurgical de ces malades, croit pouvoir poser les règles suivantes :

Sauf dans les cas d'origine syphilitique la maladie a une tendance à l'amélioration spontanée.

La présence de crises épileptiformes associées, de mouvements choréiques ou athétosiques constitue une contre-indication au traitement opératoire.

Il faut remarquer que, surtout au membre supérieur, la paralysie n'est pas entièrement spasmodique, certains muscles sont atteints de paralysie flasque. Seuls les groupes spasmodiques sont à traiter chirurgicalement.

Après avoir discuté l'opération de Forster, les ramisections sympathiques, Fairbank les rejette.

Il leur préfère les redressements et allongements tendineux suivis de rééducation musculaire.

Pour opérer au membre supérieur il faudrait attendre à six ans au moins pour que l'intelligence soit assez développée, et pouvoir pratiquer la rééducation.

Au membre inférieur on peut opérer plus tôt, vers trois ans. Mais si l'enfant n'est pas assez intelligent pour s'asseoir seul, inutile de s'en occuper il ne marchera jamais.

PSEUDARTHROSE DU COL FÉMORAL

Opérations de reconstruction et plastique de la hanche. (FRED ALBEE. *Journ. of the Am. med. Ass.*, oct. 1925, p. 1345.)

Le traitement opératoire des fractures non consolidées de la hanche. (ROYAL WHITMAN [de New-York]. *Surg. gyn. and obst.*, août 1926, vol. XLIII, n° 2, p. 221-223. 8 fig.)

Fractures du col du fémur. (DESCARPENTRIES. *Arch. franco-belges de chir.*, août 1926, p. 710-723, 6 fig.)

Les pseudarthroses du col du fémur et leur traitement. (M. RICHARD. *Deutsche Zeitsch. für chir.*, t. CXC, nos 3-6, p. 344-359, 4 fig.)

En France le traitement des pseudarthroses du col du fémur paraît établi. Les travaux de Dujarier, les résultats si remarquables obtenus par M. Robineau avec la technique compliquée mais rigoureusement scientifique de Contremoulins ne laissent pas de doute sur la possibilité de leur guérison. Descarpentries montre encore un très beau résultat obtenu par le vissage avec deux vis du col fémoral.

Les conditions de la réussite semblent surtout être : 1° une réduction aussi précise que possible du chevauchement; 2° un avivement des fragments qui détruit les tissus fibreux interposés, soit par l'opération à ciel ouvert (Descarpentries), soit par le forage très large du col pour le placement du greffon; 3° un affrontement des fragments soit par serrage avec une vis à écrou (Robineau), soit par tassements des fragments au maillet (Dujarier, Descarpentries).

Les divergences n'existent guère que dans le choix du matériel de prothèse (vis métalliques, os de bœuf, greffon péronéen, etc.).

En Allemagne la méthode conservatrice de Lorenz a eu longtemps des défenseurs : sous anesthésie, on rompt les attaches entre les fragments puis mise en abduction forcée et rotation indifférente, plâtre des deux membres inférieurs pendant trois ou quatre mois, pendant lesquels le malade marche avec des cannes.

Maragliano (de Gênes) sur 405 cas ainsi traités a vu 384 échecs.

Lorenz d'ailleurs emploie maintenant dans ces cas la bifurcation, ostéotomie sous-trochantérienne avec appui du fragment inférieur juste sous la tête fémorale.

Richard préfère le vissage du col. Mais comme dans ces cas le col est résorbé, la tête fémorale très friable, pour avoir un point d'appui solide il n'hésite pas avec une vis de 12 centimètres de longueur à visser à travers le trochanter, le col, la tête, le cotyle jusque dans le bassin.

On supprime ainsi les mouvements d'abduction, adduction, mais ceux de flexion-extension restent étendus.

Le professeur Hotz qui a traité cinq cas par cette méthode a obtenu des résultats analogues.

Dans la pseudarthrose du col la tête fémorale a tendance à se résorber. On a proposé (Lang, Bonn) son ablation simple avec reposition du moignon de col dans le cotyle. Ceci peut donner des résultats chez les sujets jeunes chez lesquels le col est conservé, chez le vieillard où le col est résorbé et son moignon se luxe hors du cotyle, ce qui entraîne un raccourcissement considérable.

C'est pour obvier à cet inconvénient que R. Whitman a proposé en 1921 (*Surg. gyn. and obst.*, juin 1921, p. 429); *Annals of surg.*, nov. 1924, p. 779-785) l'opération suivante : après l'ablation de la tête fémorale, pour allonger le col on coupe le massif du grand trochanter à sa base avec tous les muscles attachés, le nouveau col ainsi formé est projeté dans l'acétabulum par l'abduction à 25 degrés du fémur. Le grand trochanter est réimplanté plus bas sur la diaphyse fémorale ce qui par la mise en tension des abducteurs stabilise la position du membre.

D'autres solutions ont été proposées après l'ablation de la tête fémorale : Galloway (Winnipeg) entre le col et le grand trochanter dans l'acétabulum; Albee a proposé (*Orthopedie and reconstructive surg.*, 1919) un autre procédé : il fend verticalement le fémur, détachant par une fracture en bois vert le grand trochanter. L'extrémité supérieure du fémur a ainsi la forme d'une fourche. Il est placé en abduction jusqu'à consolidation; puis le membre en se rapprochant le « levier » trochantérien s'abaisse et met en tension les muscles qui s'y insèrent.

L'opération de Whitman plus simple, plus physiologique, serait celle qui semblerait devoir être tentée. Mais en France où les opérations de vissage ou d'inclusion de greffons bien réglées donnent des résultats, ces opérations ont bien peu de chances d'obtenir des adeptes.

Cf. — Evolution de la tête fémorale au cours des fractures du col fémoral. (Cuvigny. *Th. de Paris*, mars 1926.)

TUBERCULOSE OSSEUSE DU PIED

Sur la valeur de la résection du tarse par la méthode d'Obalinsky. (B. Anglesio [Turin], *in Archivio di orthopedia*, vol. XLII, fasc. II, 1926, p. 393-423, 31 fig.).

La tarsectomie antérieure (Ollier) dans la tuberculose du tarse antérieur. (Emil S. Geist [Minneapolis], *The j. of bone and joint surg.*, avril 1926, p. 410-414, 5 fig.)

La tuberculose du tarse, surtout chez l'adulte, est une de celles qui entraînent le plus souvent la nécessité d'intervention. La méthode conservatrice risque de laisser l'extension de la tuberculose se faire vers l'arrière-pied et de conduire à une amputation. Plusieurs méthodes opératoires sont préconisées pour l'extirpation de la tuberculose de l'antétarse.

Depuis 1883, Ollier pratique au moyen de quatre incisions longitudinales la désarticulation des cinq os situés entre l'articulation de Chopart et celle de Lisfranc. Il résume ses résultats dans un article paru en 1891, dans la *Revue d'orthopédie*. Sur dix opérés entre douze et quarante-six ans, il y a une mort de méningite et neuf guérisons avec un pied petit, mais orthopédiquement solide.

Cette opération est restée classique. En Amérique, J.-W. Sever (*Journ. a. med. Ass.*, 17 déc. 1910) et J.-J. Nutt (*Dis. and def. of the Foot*, 1913) la pratiquent.

Em. S. Geist en a modifié la technique pour la simplifier. Il pratique une incision transversale de toute la largeur du pied, sectionne toutes les parties molles et dénude les os entre les interlignes de Lisfranc et Chopart, et ensuite à la scie pratique deux sections transversales parallèles dont le niveau varie selon le siège des lésions (trois tracés différents proposés par Fick). C'est une résection au lieu d'une désarticulation, on affronte les parties cruentées, reconstitution des tendons. En six ans, il a opéré ainsi quatre adultes. Un a présenté une récidive suivie d'amputation. Les trois autres sont guéris depuis quatre à sept ans et ont pu reprendre leur profession.

En France, la méthode d'Ollier a été très modifiée. Le professeur Delbet (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1906) et ses élèves (P. Hallopeau) ont établi la technique des désarticulations temporaires des diverses articulations de l'avant-pied (médio-tarsienne, tarso-métatarsienne, métatarsiens), et montrent les immenses avantages qu'on en obtenait pour l'exérèse totale des lésions des parties molles de la plante du pied.

Obalinsky, il y a déjà longtemps (*Zent. für chir.* 1890), propose d'aborder le tarse par une incision longitudinale passant entre le 3e et le 4e métatarsien, puis entre le cuboïde et le 3e cunéiforme. Le pied est fendu en deux jusqu'à l'articulation de Chopart qui est ouverte. On explore et enlève ce qui est malade, mais cette technique n'est pas applicable si le postérotarse est envahi.

Chaput, en France (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1913) s'est fait le défenseur de l'incision médiane dorsale pour la résection partielle ou totale du pied ou avant-pied.

Bardenbrener, Linck, Kirschner ont combiné l'incision transversale et l'incision longitudinale.

Anglesio apporte les résultats des quarante-cinq tuberculoses de l'antétarse opérées dans le service du professeur Carle (de Turin). Les résultats primitifs ont été bons dans quarante et un cas. Les résultats éloignés ont pu être constatés dans quatorze cas. Au bout de plusieurs années, quatre malades seulement avaient subi des opérations secondaires.

Les malades qui ne guérirent pas étaient ceux qui présentaient une propagation méconnue au postérotarse.

Selon le siège des lésions à la radio, l'incision porte dans le 3e, 2e, ou même 1re espace.

La vue la plus large est obtenue dans le 3e espace. On tombe sur l'interligne de Chopart.

Le résultat fonctionnel est excellent. Le pied est plat comme forme et les malades marchent sur le bord externe du pied. Cependant ils marchent bien, sans souffrir. L'auteur montre que cette statistique est supérieure aux autres, et que l'excellence des résultats immédiats et éloignés est obtenue avec le minimum de sacrifice des parties molles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 MAI 1927)

Torsions de la trompe saine. — A propos des précédentes communications à ce sujet, M. LENORMANT apporte une observation de trompe tordue qu'il a enlevée et dont l'examen histologique, pratiqué par M. LECÈNE, a montré l'absence de lésion anatomique.

Les injections intracardiaques d'adrénaline au cours des syncopes anesthésiques. — M. HARTMANN apporte trois nouvelles observations de M. Yves DELAGÉNIÈRE.

1° Anesthésie au chlorure d'éthyle pour fistule anale; syncope; deux injections d'adrénaline. Guérison.

2° Anesthésie au chloroforme-éther; syncope; une injection d'adrénaline. Guérison.

3° Syncope au cours d'une saignée chez une éclamptique. Mort.

M. Hartmann a observé cinq cas de syncopes avec mort consécutive malgré l'injection d'adrénaline, alors que dans plusieurs cas il a vu les malades revenir à la vie grâce à la respiration artificielle; pour lui le point capital est, en même temps que l'injection intracardiaque est pratiquée, de continuer la respiration artificielle et les tractions de la langue.

Ostéochondrite de la hanche. — M. MOUCHET fait un rapport sur deux nouvelles observations de M. LANCE, accompagnées de radiographies, qui montrent une fois de plus l'individualité indiscutable de cette lésion.

Invagination intestinale chez l'enfant. — M. FOURNIER (de Valenciennes) [rapport de M. MOUCHET] a envoyé deux observations d'invagination intestinale aiguë chez des enfants de six et treize ans; guérison après opération; dans les deux cas, absence de coalescence du mésocôlon, cause de l'invagination; dans un cas, l'auteur a fistulisé l'appendice après la désinvagination.

Deux cas de dolichocôlon. — M. PROUST fait un rapport sur deux observations de M. HOUDARD, de cette curieuse lésion qui semble moins rare qu'on ne le croyait autrefois. La section de brides comprimant et coudant l'intestin a suffi à amener la guérison des malades.

Le traitement du cancer de la langue à la Fondation Curie. — M. ROUX-BERGER apporte une importante étude des cas de cancer de la langue observés à la Fondation Curie, de janvier 1920 à décembre 1925, étude basée sur 287 cas examinés ayant donné 77 guérisons de un an à six ans, soit 26,7 p. 100.

L'auteur étudie trois catégories de cancers :

1° Les cancers dorso-linguaux antérieurs;

2° Les cancers dorso-linguaux postérieurs;

3° Les cancers infralinguaux.

Les cancers dorso-linguaux antérieurs ont été traités par radiumpuncture, les dorsaux postérieurs par radiumpuncture avec ou sans irradiation extérieure; les infralinguaux par l'application des appareils moulés.

M. Roux-Berger étudie ensuite le traitement des adénopathies, et la technique qu'il recommande à l'heure actuelle est la suivante :

1° Traitement de la lésion linguale par radiumpuncture;

2° Traitement chirurgical de l'adénopathie (trois semaines plus tard environ); dissection complète des ganglions du cou après extirpation du sterno-cléido-mastoïdien, et ligature de la jugulaire interne. Tous les ganglions enlevés sont examinés;

3° Irradiation cervicale si l'examen a montré la nature cancéreuse des ganglions enlevés.

A propos du traitement du pied creux. — M. BRÉCHOT a tenté de guérir par laminectomie cinq malades atteints de pied creux essentiel; quatre malades sont restés guéris, le cinquième a été seulement amélioré.

(SÉANCE DU 11 MAI 1927)

Le rôle du lipiodol dans la chirurgie des tumeurs de la moelle. — M. ROBINEAU après la communication de M. Desgouttes, apporte sa statistique d'interventions pour tumeurs de la moelle; il a opéré 24 tumeurs périmédullaires, et 2 tumeurs intramédullaires énucléables; les 4 premiers cas ont été opérés sans le secours du lipiodol, les 22 autres avec le secours du lipiodol; M. Robineau n'a vu aucune erreur de localisation due au lipiodol, pour lui, l'erreur ne peut dépendre que d'une faute de technique ou d'une erreur d'interprétation; pour diagnostiquer une tumeur de la moelle, il faut que l'arrêt du lipiodol soit durable et constant. L'auteur n'a non plus rien vu qui concorde avec ce qu'a dit M. Desgouttes au sujet de l'action stérilisante et de l'action hyperhémiante du lipiodol; il restera un défenseur acharné de ce moyen de diagnostic; pour lui, depuis le lipiodol, le terme de laminectomie exploratrice doit disparaître; il importe, en cette chirurgie, de faire un diagnostic précoce des tumeurs médullaires; or, souvent, la clinique est déficiente et le lipiodol rend les plus grands services.

M. SORREL appuie les conclusions de M. Robineau.

Rhinoplastie par greffon cartilagineux. — M. MOURE fait un rapport sur une observation de M. LECLERC (de Dijon) qui présente un résultat éloigné de rhinoplastie par greffon cartilagineux pour affaissement complet de l'arête nasale. Le rapporteur étudie la meilleure technique à utiliser pour ces réparations.

MM. GERNEZ, OMBRÉDANNE et SEBILEAU prennent part à la discussion.

Conservation de tissu ovarien au cours de lésions kystiques des deux ovaires opérées. — M. PROUST apporte un travail de M. HOUDARD qui, au cours d'ovariotomies bilatérales, chez des femmes jeunes, a pu grâce à la conservation d'une minuscule tranche de tissu ovarien, conserver chez ses malades la fonction menstruelle, et, dans un cas, observer une grossesse suivie d'accouchement à terme.

MM. MOURE, LABEY, BAUMGARTNER et AUVRAY ont observé des cas analogues.

Un cas de duodénum mobile. — M. DUVAL fait un rapport sur une observation de M. Marc BRETON, de déformation du duodénum associée à une ptose gastrique. M. DUVAL pense que c'est un cas rare de duodénum mobile présenté par une femme de cinquante et un ans ayant eu des crises dans la région épigastrique associées à de la diarrhée et à des vomissements bilieux. La malade a fort bien guéri après duodéno-jéjunostomie transmésocolique et jéjuno-jéjunostomie sous-mésocolique. M. Duval fait une étude du duodénum mobile, de son diagnostic et de son traitement.

M. ROBINEAU a lui aussi opéré une malade présentant une semblable lésion.

Le traitement des infections génitales de la femme. — M. BASSET fait une communication sur le traitement des infections génitales de la femme par vaccination.

L'ultraviolet, la lumière solaire et artificielle, l'infrarouge. Notions indispensables au médecin. Technique. Indications cliniques. Résultats thérapeutiques, par les docteurs J. AIMARD et H. DAUSSET. Deuxième édition. In-8 couronne de 202 pages avec 21 figures hors texte. — Prix : 15 fr. — Paris, Expansion scientifique française.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX

Il a déjà fait beaucoup parler de lui : « Comme le saule verdissant de Ronsard, plus on le coupe, plus il est renaissant ».

Mais le « statu quo » actuel est-il désirable? Je ne le crois pas, pour ma part. Et si je prends aujourd'hui la plume pour proposer une réforme de plus, c'est que mon nom étant sorti de l'urne trop tard — le dernier — après les combinaisons déjà faites, je me suis vu contraint de donner ma démission parce que je suis sûr, nous sommes tous sûrs, que les trois candidats désignés dès maintenant, avant qu'ils aient proféré une parole, sont nommés quelle que soit la valeur de leurs épreuves. On l'a bien vu encore aux derniers concours. Et j'aurais fait exactement, du reste, les mêmes gestes, les mêmes combinaisons, les mêmes pactes si j'avais eu l'heureuse fortune, pour mon candidat, de faire partie, à temps, de la majorité.

* * *

Dès lors, puisque nous sommes tous éminemment faillibles, quand il s'agit d'un de nos candidats — et c'est là un des orgueils et je dirai même une des beautés de notre profession que cette intimité entre le maître et l'élève, que cet amour paternel qui nous fait défendre envers et contre tous, « unguibus et rostro » celui avec lequel nous avons longuement travaillé, peiné, partagé les joies et les déceptions de la clinique et du laboratoire, et qui nous apparaîtra toujours comme le plus digne : pourquoi alors — notre jugement étant fatalement bridé et nos yeux restant encerclés d'œillères — pourquoi ne pas nous défendre contre nous-mêmes afin de tâcher d'obtenir un peu plus de justice?

C'est dans cet esprit que je propose la modification suivante :

Pour le degré d'admissibilité, l'anonymat a fait ses preuves. Il a obtenu l'assentiment des juges et des postulants. Peut-être cependant y aurait-il lieu d'exiger du candidat deux admissibilités au lieu d'une, avant qu'il ne puisse accéder au deuxième degré ultime, c'est-à-dire à la nomination.

Par contre, je ne crois pas que, vis-à-vis du deuxième degré, vis-à-vis du degré ultime *de nomination*, l'anonymat soit recommandable. Nous devons pouvoir apprécier le passé scientifique et même extrascientifique d'un candidat qui va avoir l'honneur d'appartenir définitivement au Corps médical de nos hôpitaux.

* * *

Mais voici une solution qui me paraît devoir donner toute satisfaction : aux juges qui ne perdront plus leur temps dans des discussions et des séances bien inutiles; aux candidats qui auront, plus encore que par le passé, toute latitude pour travailler et faire connaître leur nom par des travaux originaux et aux malheureux malades qui échapperont aux examens et aux investigations cliniques répétées de onze juges et d'un candidat, investigations et examens, en l'occurence parfaitement vains, puisque avec le système de recrutement actuel tous les juges faisant partie de la combinaison ont les mains liées et sont parfaitement décidés à ne tenir aucun compte de l'erreur de diagnostic.

Cessons donc de jouer cette parodie ou cette comédie de concours ou plus simplement cessons d'accomplir ces rites qui sont indignes de nous et de nos élèves, et procédons à une *élection*, mais dans les conditions suivantes :

1° L'Assistance publique convoque pour un jour fixé d'avance *tous* les membres titulaires (et honoraires d'un certain âge) de la Société des hôpitaux;

2° Elle convoque également tous les candidats ayant obtenu à l'anonymat les deux admissibilités (ceux-ci sont environ au nombre de 25);

3° Puis elle tire au sort les noms de 20 ou 30 juges parmi les présents. Les absents signifient par leur absence même qu'ils se désintéressent du concours.

(Ces 20 ou 30 juges seront ensuite « immunisés » pour une durée de un ou deux ans.)

4° Et alors les deux points importants de la réforme :

A. *Séance tenante*, les 20 ou 30 juges procèdent à l'élection pour les deux ou trois places vacantes;

B. Et le vote est fait au *bulletin secret*, avec un ou plusieurs tours de scrutin, selon la formule adoptée pour les élections académiques, ou suivant telle autre modalité.

5° Mais comme ces candidats peuvent n'être pas tous objectivement et scientifiquement connus de chacun des juges, il est à désirer que chaque postulant lise lui-même devant le jury, un *court* résumé de ses titres et travaux scientifiques. La lecture n'excéderait pas un temps de cinq minutes. La séance totale et unique ne dépasserait par conséquent pas, pour un maximum de 25 à 30 candidats la durée de deux heures et demie à trois heures environ (1).

* * *

L'élection ne doit pas être faite par l'ensemble des membres de la Société médicale des hôpitaux (une centaine à peu près), parce qu'on verrait réapparaître, longtemps à l'avance, les mêmes batteries d'approche, les mêmes combinaisons, les mêmes ententes que celles que nous voulons précisément éviter.

C'est donc le tirage au sort restreint de vingt à trente membres environ qui me paraît préférable avec un jury procédant *séance tenante* et *au bulletin secret* à l'élection. Dès lors, il n'existe plus d'appels téléphoniques, plus de démarches médicales ou extramédicales, plus de visites, plus de heurts, plus de froissements, plus de rancœurs entre collègues. Quelle tranquillité pour les juges! Quelle plus grande sécurité de justice pour les candidats (je ne dis pas de justice intégrale, absolue, elle n'est pas possible dans nos concours), et que de perte de temps évitée pour les uns et les autres! Il n'est pas jusqu'à l'Assistance publique qui ne bénéficiera matériellement de la suppression d'un certain nombre de séances, puisqu'elles seront toutes fondues en une seule.

* * *

J'ai connu, nous avons tous connu un candidat, remarquablement brillant, toujours arrivé le *premier* au concours d'admissibilité anonyme, toujours impeccable dans ses épreuves cliniques, marquées au coin de l'esprit le plus sagace et qui n'ayant jamais eu la chance « d'avoir son jury » n'a pu atteindre le but et, après une dizaine de concours infructueux, est mort récemment à la peine, découragé et meurtri. Je ne crois pas qu'une telle iniquité eût été possible avec la réforme que je propose.

J.-A. SICARD.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR QUELQUES COMPLICATIONS D'ORIGINE TOXIQUE CHEZ LES TUBERCULEUX (2)

Par le docteur VIGOUROUX.

Les sueurs nocturnes et la diarrhée chronique sont excessivement fréquentes chez les tuberculeux. Ces complications d'origine toxique n'ont pas l'allure dramatique de l'hémoptysie. Aussi les malades n'y attachent-ils souvent au début

(1) On pourrait cependant envisager à côté du mode de recrutement par l'élection, soit l'anonymat complet, avec droit de regard par notre conseil de famille, soit la réforme suivante : 1° deux admissibilités; 2° tout juge ne pourra être membre d'un nouveau jury que lorsque tous ses collègues auront été appelés au préalable par voie de tirage au sort à siéger dans les concours précédents. Chaque médecin titulaire des hôpitaux serait ainsi désigné pour participer à la nomination des candidats tous les cinq ans environ.

En tous cas, la réforme du concours s'impose à nouveau. Il est impossible aux candidats de vivre sous le régime actuel.

(2) *Languedoc méd.*, 10 déc. 1926.

qu'une médiocre importance et cependant l'amaigrissement et l'asthénie surviennent rapidement. Pour combattre ces complications, deux médicaments qui ont fait leurs preuves, le pantopon, opium total, et l'éther sulfurique d'atropine, ont été associés à la papavérine, dont l'action spasmolytique est loin d'être négligeable, d'où la spasmalgine, qu'on peut administrer par voie buccale ou par voie hypodermique et qui a donné d'excellents résultats dans ces cas, notamment à M. Larget. Bien plus, M. Fabre, dans sa thèse récente, a montré que la spasmalgine permettait une thérapeutique très utile dans la toux quinteuse et émétisante. Comme on sait les propriétés antispasmodiques de cette association pharmacodynamique bien mises en relief, en particulier par M. Sabatier, dans les coliques hépatiques, néphrétiques, utérines, et par M. Caro, également dans la dysménorrhée et aussi dans le mal de mer, il est facile de comprendre pourquoi la spasmalgine rend les plus signalés services dans les sueurs profuses, les diarrhées chroniques, la toux quinteuse et émétisante, où l'élément spasmodique joue un rôle prépondérant. Contre la tuberculose elle-même, aucun traitement vraiment spécifique n'a encore été découvert. La vaccinothérapie, sauf peut-être chez les nouveau-nés, et la sérothérapie n'ont pas tenu leurs promesses. Force est de s'en remettre aux règles d'hygiène, de régime et à la chimiothérapie. Parmi les innombrables produits préconisés, le thiocol, surtout sous forme de sirop Roche, semble réaliser le traitement de fond des bronchites chroniques et de la tuberculose. Comme Martinet l'a justement fait remarquer, le thiocol jouit de propriétés antibronchitiques à un triple titre : il est antiseptique, modificateur de la sécrétion bronchique et sclérogène; d'autre part, il est eupeptique et stomachique, et partant toujours bien toléré : avantages qui expliquent bien d'après Quénée et Vigouroux, son utilisation de plus en plus fréquente chez tous les tousseurs, adultes aussi bien que vieillards et enfants; c'est le médicament classique de toutes les affections des voies respiratoires.

LIVRES NOUVEAUX

Guide du psychiatre (1), par Pierre KAHN, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

« Clinique, pratique, d'une compréhension lumineuse ». Voilà ce qui caractérise ce petit livre qui est à la fois une préface à l'étude des gros traités de psychiatrie et un bréviaire pour le praticien.

Ecrit du point de vue médical, il met en relief les liens qui réunissent le physique au psychique. Il se distingue à la fois par l'absence de toute discussion didactique et par la minutie avec laquelle sont rédigés les chapitres d'ordre pratique, tels que ceux qui ont trait à l'interrogatoire des malades; la thérapeutique d'urgence; la rédaction des certificats d'internement.

On y rencontre le minimum de termes techniques et encore ceux-ci sont-ils traduits en langage courant dans un lexique qui termine l'ouvrage et qui n'en est pas la moindre originalité.

Les symptômes groupés selon les fonctions psychiques dont ils révèlent le trouble, les psychoses divisées en infirmités, diathèses et maladies acquises, sont résumés avec un souci de vérité clinique et de clarté qui répondent exactement aux desiderata de l'étudiant et du praticien. L. G.

(1) In-8 de 252 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, N. Maloine.

L'anesthésie tronculaire des mâchoires par voie buccale. par le docteur DUCHANGE (1).

L'anesthésie des mâchoires ne saurait, dans bien des cas, être suffisamment obtenue à l'aide de l'anesthésie terminale à champ réduit.

L'anesthésie tronculaire ou régionale jouit de ce fait d'une faveur croissante.

Pour l'inhibition sensitive des voies nerveuses maxillaires supérieures et inférieures, l'auteur a cherché des voies nouvelles, et il présente dans cet ouvrage des techniques personnelles.

Il a adopté comme voie de pénétration la voie buccale afin de ne pas provoquer chez le patient les craintes que lui font éprouver l'intervention par voie externe.

Enfin, il atteint les troncs nerveux maxillaire supérieur et maxillaire inférieur aussi haut que possible, c'est-à-dire à l'issue sous-cranienne.

Ce travail expose deux méthodes de l'auteur ayant chacune ces deux qualités primordiales. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF CRURAL (2)

III. A la partie inférieure de la fosse iliaque, en arrière de l'arcade il croise l'**espace de Bogros** limité :

En bas, par le fascia iliaca;

En avant, par le fascia transversalis;

En arrière, par le péritoine.

Il est croisé par l'*artère circonflexe iliaque* pour les classiques située dans l'espace de Bogres, pour Rouvière dans un espace limité par :

La bandelette iléo-pubienne en avant,

Le fascia transusclis en arrière.

Le fascia iliaca en bas.

Il croise la face antérieure du *tendon du psoas iliaque* pour venir se placer sur son flanc interne, se rapprochant des vaisseaux iliaques externes dont il reste séparé par l'opercule du psoas.

Les éléments qui pénètrent l'orifice inguinal profond sont plus internes.

IV. Au niveau de l'arcade crurale :

1° Il est situé dans le compartiment externe musculaire, limité :

En avant, par l'arcade,

En arrière, par le bord antérieur de l'os iliaque, depuis l'épine antéro-supérieure jusqu'à l'éminence iléo-pectinée;

En dedans par *la bandelette iléo-pectinée*, portion épaissie du fascia iliaca.

2° La bandelette iléo-pectinée sépare le nerf, plaque contre la face interne du tendon du psoas du **compartiment vasculaire**, ou partie supérieure de l'entonoir femoralis vasculaire dans lequel s'engage, de dehors en dedans, l'artère fémorale, sa veine, les lymphatiques profonds.

Donc, sous l'arcade, le couvercle aplati indice de sa division proche n'est séparé de l'artère fémorale que par la bandelette iléo-pectinée.

V. Dans l'arcade, avant d'atteindre le **triangle de Scarpa**, le nerf s'est divisé en ses branches terminales.

BRANCHES COLLATÉRALES

Sont au nombre de quatre et forment deux groupes :

1° Groupe externe : **rameaux iliaques**, de deux à quatre; rampent à la surface du muscle avant de le pénétrer.

2° Groupe interne : 1. **rameaux du poas**, qui pénètrent le muscle par sa face postérieure ;

2. **Rameau de l'artère fémorale** de Schwalbe, naît au-dessus de l'arcade, descend dans la gaine des vaisseaux fémoraux jusqu'au milieu de la cuisse.

3° **Nerf du pectiné**, naît au-dessus de l'arcade, passe sous les vaisseaux fémoraux, aborde le pectiné par sa face antérieure.

BRANCHES TERMINALES

Au nombre de quatre, se disposent en deux plans :

Superficiel, qui donne deux nerfs : musculo-cutané externe, musculo cutané interne.

Profond, qui donne : nerf du quadriceps, nerf saphène interne.

I. **Nerf musculo-cutané externe**. — Branche de division superficielle la plus externe.

Naît à la base du triangle de Scarpa,

Se divise en :

Branches musculaires, qui naissent souvent d'un tronc commun :

Abordent *le couturier* dans son quart supérieur et donne :

Des rameaux récurrents supérieurs,

Des rameaux courts ou moyens,

Des rameaux longs ou inférieurs qui cheminent dans la gaine avant d'aborder le muscle par sa face postérieure.

Enfin, du tronc partent parfois des rameaux qui vont s'anastomoser avec le fémoro-cutané.

Branches cutanées, au nombre de trois :

LES DEUX PREMIÈRES SONT DITES PERFORANTES, bien qu'elles contournent parfois le couturier sans le traverser.

a. *Perforante supérieure*. Traverse le couturier dans son tiers supérieur, chemine dans sa gaine, puis dans l'épaisseur de l'aponévrose fémorale jusqu'à la partie moyenne de la cuisse où elle devient sous-cutanée et se divise en :

Ses branches terminales que l'on peut suivre jusqu'au bord supérieur de la rotule;

Ses branches collatérales émergent à travers l'épaisseur et s'anastomosent en dehors avec le fémoro-cutané, en dedans avec la branche crurale du génito-crural.

b. *Perforante inférieure*, chemine d'abord dans la gaine du couturier, traverse le muscle à la partie moyenne de la cuisse, descend dans l'épaisseur de l'aponévrose fémorale jusqu'au condyle interne où elle devient sous-cutanée, se portant en avant vers la région prérotulienne s'anastomosant : avec la saphène interne en dedans, avec la cloison perforante en dehors.

LA TROISIÈME EST LE RAMEAU ACCESSOIRE DU SAPHÈNE INTERNE. Se divise, dès son origine, en deux rameaux :

UN FILET SUPERFICIEL, *satellite de la veine saphène interne*, qu'il accompagne jusqu'au condyle interne ;

UN FILET PROFOND, *satellite de l'artère fémorale*, pénètre bientôt dans la gaine vasculaire, croise la face antérieure de l'artère, pour se placer sur son flanc interne, atteint le canal de Hunter, puis traverse sa paroi antérieure en compagnie de la grande anastomotique, s'épanouit dans la région interne du genou, s'anastomosant avec le nerf saphène interne.

(A suivre.)

(1) Un volume de 112 pages avec 24 figures. — Prix de base pour la France : 10 fr. En plus hausse variable (40 p. 100 juillet 1926). Prix fixe pour l'étranger : 0 dollar 40. — Paris, Masson et Cie.

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 44, p. 734.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de stomatologiste des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — MM. Merville, 13; Vilenski, 16; Thibault, 19; Raison, 17; Boissier, 18; Lattes, 14.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Chauvois (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs d'Ayrenx (de Paris), Bodros (de Berck), Massart (de Tunis), Michot (de Saint-Etienne), Poirot-Delpech et Pruvost (de Paris).

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'argent.* — M. le docteur Guillermin (de Ris-Orangis).

SANATORIUMS PUBLICS. — Un concours sur titres est ouvert pour une place de médecin adjoint au sanatorium public de Ponteils (Gard). (*J. O.*, 5 juin 1927.)

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La prochaine séance de la Société de pathologie comparée spécialement consacrée, d'accord avec la Ligue du lait, à la question du lait, aura lieu le mardi 14 juin 1927, à 4 h. 1/2 précises, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

Ordre du jour. — M. Roéland : L'approvisionnement en lait de l'agglomération parisienne.

M. Manceaux : Exposé général de l'Œuvre de la Ligue du lait.

M. Rennes : Contrôle hygiénique du lait.

M. Bourgeois : Les raisons d'une police sanitaire des mamelles.

M. Vignes : La mortalité infantile dans ses rapports avec la qualité du lait.

M. Grollet : Compte rendu du concours de la Ligue en 1926.

M. Gastine : L'éducation du public sur le rôle social et la valeur du lait.

M. le professeur Porcher : Rapport général.

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS BIOLOGISTES. — La réunion de formation du Syndicat général des médecins biologistes français vient d'avoir lieu à Bordeaux, sur l'invitation de la section bordelaise. Les membres fondateurs, au nombre de 20, réunissent les laboratoires de toutes les parties de la France : Paris, Lille, Marseille, Lyon, Dijon, Nantes, Clermont-Ferrand, Saintes, Amiens, Bordeaux, Strasbourg. Cette création est de la plus grande opportunité au moment où les questions syndicales prennent une telle importance dans la pratique de la médecine. Les médecins biologistes pourront donc désormais établir les règles déontologiques de leur spécialisation, défendre leurs intérêts moraux et matériels devant l'Etat et les collectivités. Aussi ne doutons-nous pas que les promoteurs d'une telle œuvre n'arrivent aisément à grouper la très grande majorité des médecins possédant ou dirigeant en France et aux colonies des laboratoires patentés d'analyses médicales.

C'est le 24 juillet que se réunira, de nouveau à Bordeaux, l'Assemblée générale qui examinera les demandes de candidature et mettra à son ordre du jour un certain nombre de questions importantes, telle celle des assurances sociales. Devant se placer dans le cadre du Syndicat général des médecins spécialistes, les décisions prises recevront leurs solutions en conformité de vue et d'action avec l'ensemble du Corps médical.

Provisoirement, le fonctionnement est assuré par le bureau suivant : MM. les docteurs Mougneau (Bordeaux), président; Vansteenberghe (Lille), vice-président; Cuvier (Bordeaux),

secrétaire; Servantie (Bordeaux), trésorier; Senez (Marseille), Bonnes (Paris), Musso (Saintes), Crémieu (Lyon), conseillers.

Adresser les adhésions ou demandes de renseignements : 30, place Gambetta, Bordeaux.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. (Professeur : M. A. LEMIERRE). — Sous la direction de M. A. Philibert, agrégé, chef des travaux, auront lieu pendant le semestre d'hiver 1927-1928, deux séries de démonstrations de bactériologie avec travaux pratiques.

Elles commenceront le mardi 15 novembre 1927, à 14 h., au laboratoire de bactériologie et continueront les jeudis, samedis, et mardis suivants, à la même heure.

Cet enseignement sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

Programme des démonstrations. — Première série : Technique de microbiologie clinique.

Deuxième série : Etude pratique des microbes pathogènes.

Ces démonstrations seront complétées par cinq leçons de parasitologie suivies de travaux pratiques, faites par M. le professeur Brumpt et par M. le docteur Joyeux, agrégé.

Les droits à verser sont de : 150 fr. pour la première série; 250 fr. pour la deuxième série; 100 fr. pour les leçons de parasitologie.

Les bulletins sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.).

COURS DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE CHEZ L'ADULTE. — (M. MAUCLAIRE, agrégé, chargé de cours fera dix leçons de revision à partir du mardi 21 juin 1927, à 16 heures, à l'amphithéâtre Vulpian à la Faculté de médecine.

CHRONIQUE

LE VIIIe SALON DES MÉDECINS

Pour la huitième fois les membres de la famille médicale : médecins, pharmaciens, stomatologistes et les leurs ont exposé leurs œuvres au Cercle de la Librairie, du 22 au 31 mai. Pour la huitième fois cette exposition, avec ses 150 participants et leurs 425 œuvres a remporté son habituel succès. Toutes les manifestations de l'art y étaient représentées.

L'aquarelle avec son dessin précis, la fraîcheur de ses tons, la luminosité de ses ciels, apanage surtout des dames mais aussi de nombre de nos confrères, était avantageusement représentée par Mmes Brouardel, Rau-Fresson, Lévy-Engelmann, Zabeth, Christophe, Rouyer et par les professeurs Marcel Labbé et Grimbert et nos confrères : Baudoin, Brintet, Bureau, Clermonthé, Jumentié, Le Bec, Lemière, Malherbe, Martial, Métayer, Pellet, Rendu, Sizaire et Texier.

Le pastel, cette harmonieuse et séduisante caresse de couleurs, mettait en valeur les aimables talents de Mmes Pascalis, Renard, M. Kowalska et de MM. Caboche et Livet. De Hérain, à lui seul, avec sa maîtrise, faisait valoir l'eau-forte. Nombreux, par contre, étaient les fidèles du dessin, ce qui n'est pas pour nous surprendre de médecins épris par-dessus tout de vérité et de sincérité. Parmi la phalange de ses fidèles se comptaient Mmes Vallery-Radot, Guinepied, Fay et MM. Cadenat, Antoine, Caussade, Charbonnier, Duclos, Lescudé, Charvet, Malvezin, Médioni, Sébillotte et Wagner, sans compter notre confrère humoriste Luc-By.

La miniature, art féminin par excellence qui exige au moins autant de conscience que de patience, était mise en valeur par Mmes Routchine-Vitry, Lévy-Engelmann, Merville et Van den Broeck. En ce qui regarde l'art décoratif : les céramiques de Mlle Mathieu, les précieuses reliures de Mmes Tussau-Postel, et Hallade, les marrons de Guinard, les amusants galets peints de Duclos et le terrible Lion de Métayer, en furent des manifestations très goûtées.

Pour sa part, la peinture, par cela même qu'elle est surtout la traduction des heures de vacances et de liberté de nos confrères, comportait beaucoup de paysages. C'est ainsi qu'il nous fut donné d'apprécier successivement les œuvres de Mmes Bataille, Caussade, Delavaud, Enguialle, Estrabaut, Flamine-Mayné, Gaullieur L'Hardy, Hauser, Lasnier-Bosquain, Lévy-Blum, Mérot, Meulien, Olivier-Gay, Perrotte, Thoinot et Wilbort et enfin, celles de nos confrères : Hallé, Colin, Kolb, Le Gendre, Paul Manceau, Péraire, Bron, Bardon, Bruker, Creissent, Dawenport, Fay, Girot, Lutembacher, Mahu, Oberthür, Papin, Peugniez, Rostan, Tassilly, Wilborts, Vadam, Gérard, Gaudier, Lalisse, Rubinrot, Vial, Sinan, Scialom, Salas-Girardier, Rolland, Rohmer, Pecker, Mérigot de Treigny, Leroux, Granié, Gesua, Fétel, Dondey Devaux, Decléty, Géo Cim, Chesneau, Cabon, Benoit, Acquaviva.

A la sculpture, on remarquait plusieurs bustes habilement traités, entre autres ceux de Claude-Bernard, Laennec et Vulpian, en ronde basse par le maître Hayem, celui du professeur Jeanselme par Sabouraud, celui du docteur Bochler par Villandre, celui du docteur Magicus par Dhôtel, ceux charmants d'enfants de Mlle Quinquaud, celui d'un prototype de la race moustérienne de M. Faure et Mlle Parviller, les médailles des professeurs Sebileau, de Paris et Vincent, d'Alger, de De Hérain, les bustes et le *Sommeil* de Mlle Sidler, la précieuse cire de Mme Renée Vautier, le curieux *Knock-out* de Grégoire, les jolis *Danseurs* de Delapchier, la *Crise de dents* d'Escurré, le *Pigeon* de Gentil, les *Marquis* de Jacquemin, le buste de Mme L... par Lefort, le portrait de Simone, de Marcorelles et enfin l'amusante *Auscultation* de Luc-By et les *Deux Mères*, curieuse critique sociale de Zalta. Au résumé, excellente exposition, une des meilleures certes parmi celles d'amateurs et dont nombre d'œuvres figureraient avantageusement dans les grands salons officiels.

P. R.

A PROPOS D'UNE NOUVELLE INEXACTE

Le docteur Loeper nous adresse la lettre suivante :

« Mon cher ami,

La *Gazette* du 4 juin annonce un cours de perfectionnement dans mon service, sur les maladies du péritoine.

La chose n'a rien d'invraisemblable. Elle est même fort possible, mais elle n'est pas encore exacte.

Le communiqué en question n'est donc qu'une plaisanterie, mais une plaisanterie si peu méchante et si spirituelle et française qu'elle m'a beaucoup diverti.

Je tiens à démentir pour que la foule des auditeurs ne se rue pas à ce cours fantôme.

Mais je tiens aussi à féliciter par ton intermédiaire ton correspondant de son à-propos et de son esprit.

Tu serais bien aimable de donner à cette lettre l'hospitalité de tes colonnes.

Bien affectueusement à toi. M. LOEPER. »

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS DE LA MOELLE

(moelle, enveloppes et racines)

ÉTUDE CLINIQUE, DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE (1)

Par le docteur J.-A. CHAVANY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef de laboratoire à l'Hospice d'Ivry.

VI. DIAGNOSTIC DE LOCALISATION

Lorsqu'on est certain qu'il s'agit d'une compression humorale, plusieurs points doivent encore être précisés avant de tenter l'opération chirurgicale.

1° *Il est indispensable de préciser le niveau* de la tumeur et pour cela de faire le diagnostic.
a. Du segment médullaire atteint,
b. Des vertèbres correspondantes,
c. Des apophyses épineuses correspondantes, toutes recherches qui, il faut bien le dire, sont bien simplifiées à l'heure actuelle par l'épreuve du lipiodol.

2° *Il est utile de connaître*, si possible,
Son siège intradural ou extradural et partant de présupposer de son étendue,
Sa position dans le canal par rapport à la moelle.

I. **Le niveau de la tumeur. — Niveau par rapport à la moelle.** — Le niveau de la tumeur, par rapport aux segments médullaires, *doit être établi dans l'immense majorité des cas par les données de la seule clinique, l'épreuve du lipiodol ne devant servir que de moyen de contrôle.*

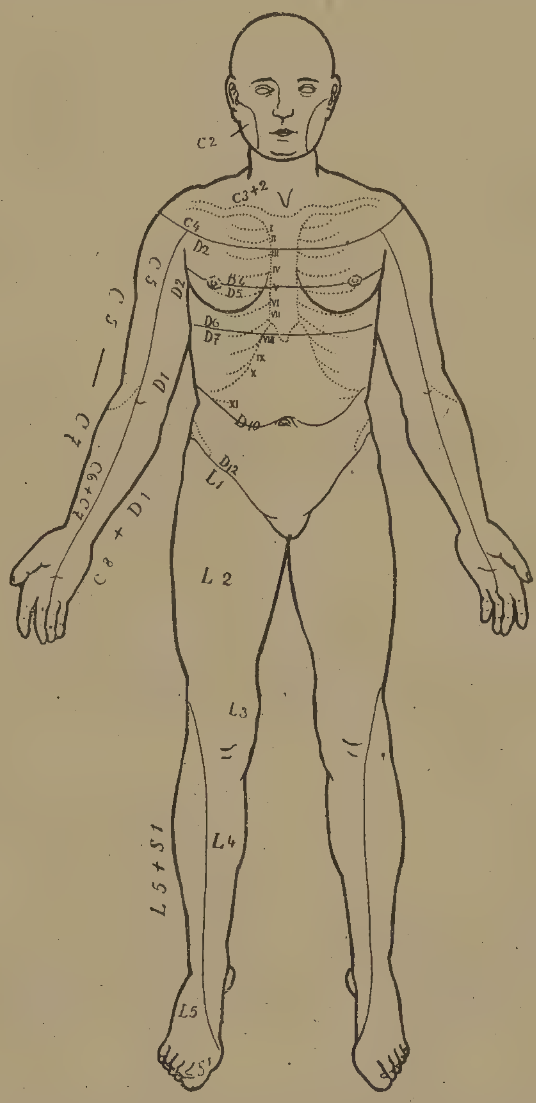
1° Il convient d'identifier, mais cela n'est pas toujours possible, *le syndrome radiculaire sus-lésionnel*. Dans l'étude des formes cliniques en hauteur, nous avons insisté considérablement sur ses diverses modalités. *L'analyse des douleurs à topographie radiculaire* devra être minutieuse ainsi que celle des troubles sensitifs à topographie également radiculaire, qui peuvent se superposer aux phénomènes algiques. Mais, il faut savoir que ces perturbations sensitives peuvent manquer et que lorsqu'elles existent, elles peuvent parfois induire en erreur; c'est ainsi que Guillain et ses collaborateurs ont récemment rapporté un cas de tumeur comprimant les derniers segments de la moelle dorsale avec symptômes radiculaires dans le territoire de L_5 S_1. *La recherche des réflexes tendineux* (2) est utile, surtout pour localiser une tumeur au niveau des renflements cervical ou lombaire. Celle *des réflexes cutanés* est utile pour la moelle dorsale.

2° Mais, on se basera surtout sur *l'étude des troubles sensitifs* objectifs (d'origine médullaire), qui lorsqu'ils *ont une limite supérieure fixe et nette* ont une valeur localisatrice quasi absolue. La valeur des troubles sensitifs est la même qu'il s'agisse d'anesthésie à tous les modes ou anesthésie dissociée. *Babinski et Jarkowski* ont montré que la limite supérieure des troubles sensitifs, au lieu de s'établir brusquement, se dégradait en trois zones, qui sont de bas en haut,

Une zone d'anesthésie marquée,
Une zone d'hypoesthésie importante,
Une zone d'hypoesthésie légère et variable.

Ces auteurs pensent que la limite entre les deux dernières zones correspondent à la tumeur. En pratique, par le procédé des tubes chaud et froid, on arrive à délimiter cette limite supérieure.
Cette limite supérieure des troubles sensitifs répond à la limite supérieure de la tumeur.

3° *La limite inférieure de la tumeur est fournie par la limite supérieure de la zone, dans laquelle on peut provoquer les phénomènes d'automatisme dits de défense* (Babinski et Jarkowski).



Topographie radiculaire de la sensibilité (face antérieure).

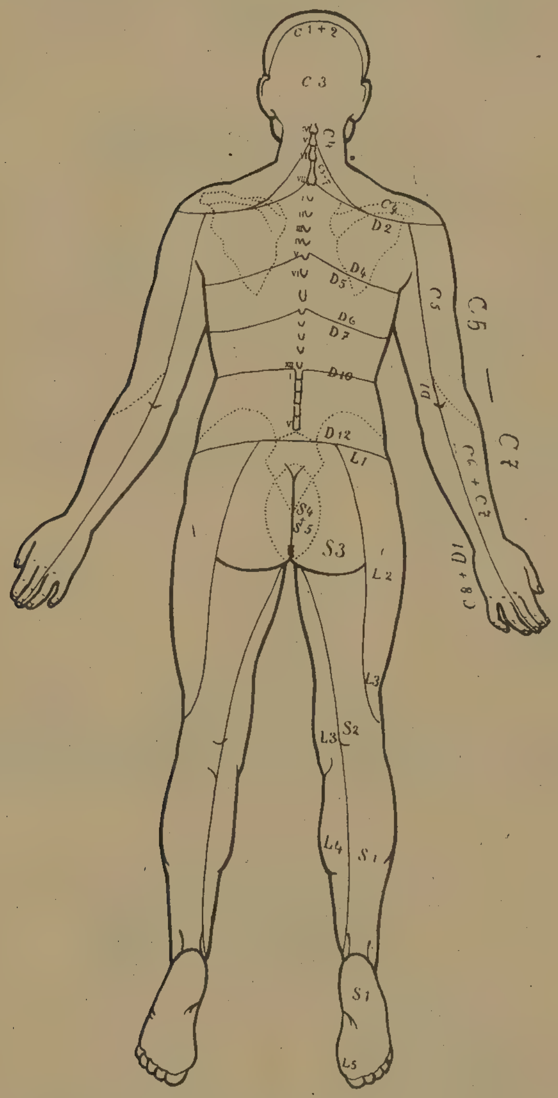
Il faut, pour que la délimitation soit valable, que ces réflexes soient intenses. Il faut savoir, nous

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 43, p. 709, et n° 45, p. 745.

(2) Nous donnons ici pour mémoire les segments médullaires auxquels répondent les différents réflexes tendineux et cutanés.

	Réflexe	Segment
Tendineux.	Réflexe de l'omoplate	C_4
	Réflexe de flexion avant-bras	C_5
	Réflexe de pronation	C_6
	Réflexe d'extension avant-bras	C_7
	Réflexe de flexion des doigts	C_8, D_1
	Réflexe médio-pubien	D_{10} à L_2
	Réflexe rotulien	L_3
	Réflexe achilléen	S_1
Cutanés...	Réflexe abdominal supérieur	D_8, D_9
	Réflexe abdominal inférieur	D_{11}, D_{12}
	Réflexe crémastérien	L_1
	Réflexe cutané plantaire	L_5, S_1
	Réflexe fessier	S_1
	Réflexe anal	S_3

l'avons déjà dit, que lorsque la zone réflectogène s'arrête au pli de l'aine, cet arrêt ne présente aucune valeur de localisation (Pierre Marie, Foix, Babinski). Quand leur mise en évidence au-dessus du pli de l'aine est difficile à obtenir, on cherchera à les provoquer par des excitants spéciaux (tube de glace), ou très forts (courant faradique). On pourra encore se servir de la méthode de l'inhibition du clonus rotulien (Pierre Marie et Foix). Dans certains cas, la



Topographie radiculaire de la sensibilité (face postérieure).

limite supérieure de ces réflexes d'automatisme peut être abaissée du fait de lésions de la moelle sous-jacente (André Thomas).

Cette localisation de la tumeur par rapport aux segments médullaires, qui paraît simple par les procédés que nous venons d'indiquer vient, en réalité, se compliquer du fait de l'obliquité des racines dans l'intérieur du canal rachidien. Mais en pratique, au point de vue objectif, c'est davantage les troubles sensitifs cordonaux qu'on enregistre que les troubles radiculaires (sauf dans le cas de tumeur extramédullaire). L'épreuve du lipiodol vient, d'ailleurs, lever les doutes lorsqu'il en existe au point de vue localisation.

Niveau par rapport aux vertèbres et aux apophyses épineuses. — Le niveau, par rapport aux vertèbres et aux apophyses épineuses correspondantes, faisait avant qu'on pratiquât l'épreuve du lipiodol l'objet d'un petit calcul que Chipault a formulé de la façon suivante :

« A la région cervicale, il faut ajouter 1 au numéro d'une apophyse épineuse, déterminée par le palper pour avoir le numéro des racines qui naissent à son niveau ; à la région dorsale supérieure, il faut ajouter 3 ; la partie inférieure de la XIe dorsale et l'espace interépineux sous-jacent répondent aux trois dernières paires lombaires, la XIIe apophyse dorsale et l'espace interépineux sous-jacent aux paires sacrées. »

De Martel compte les apophyses épineuses de haut en bas, en partant de la VIe cervicale, puis pour faire la preuve, il les compte de bas en haut en partant de l'apophyse épineuse de L_4 (située sur une ligne horizontale, unissant les points culminants des deux crêtes iliaques).

Mais, comme dit Cl. Vincent, « l'arrêt du lipiodol supprime la série des déductions par lesquelles on passait de la connaissance du segment médullaire à l'apophyse épineuse correspondante. Autrefois, il fallait trois déductions qui n'étaient qu'à peu près exactes ; on allait d'apophyse épineuse en corps vertébral, de corps vertébral en segment médullaire, de segment médullaire à la tumeur. Cette épreuve qui permet le repérage exact de l'obstacle, par rapport à l'incision du chirurgien, facilite la recherche de la tumeur. »

2° **Le siège intra ou extradural.** — Le siège intradural ou extradural de la tumeur a une grosse importance au point de vue pronostic opératoire. Il sera utile, si possible, de le préciser. Babinski et Jarkowski ont proposé la règle suivante : *Quand la distance est grande qui sépare la limite supérieure des troubles sensitifs et la limite inférieure (réflectivité de défense), la tumeur est ordinairement extraduremérienne.* Elle est souvent alors métastatique (Bériel). Ce sont les constatations inverses que l'on fait en cas de tumeurs, intraduriennes ordinairement primitives (Bériel). Dans ce dernier cas, en effet, la tumeur reste petite, ne peut se développer, la dure-mère étant inextensible.

La loi de Babinski est d'autant plus exacte que la tumeur extraduremérienne ne comprimera la moelle qu'après avoir pris un grand développement, la limite supérieure de l'anesthésie est ordinairement ici d'origine radiculaire due à la compression des racines dans l'espace épidural, la limite inférieure mesurée par les réflexes d'automatisme est, au contraire, d'origine médullaire. « Ainsi donc, la longueur probable de la tumeur est accrue de tout le décalage dû à l'obliquité des racines ce qui, au niveau des racines dorsales, fait une différence de plusieurs segments » (Foix). Au contraire, en cas de tumeur intradurale, la racine est comprimée à son origine même, en même temps que la moelle ; c'est ce qui explique que, souvent ici la limite supérieure des troubles sensitifs est dissociée suivant le mode syringomyélique. Nous avons discuté plus haut, à propos du lipiododiagnostic les services que cette méthode peut rendre pour le diagnostic de localisation intra ou extradurale de la tumeur.

3° **Sa position par rapport à la moelle.** — C'est une notion importante aussi pour fixer le pronostic opératoire. Par rapport à la moelle les tumeurs peuvent être antérieures, postérieures ou latérales.

Les *tumeurs postérieures* les plus fréquentes se

traduisent surtout par des phénomènes radiculaires net avec anesthésie non dissociée et limite supérieure des troubles sensitifs d'origine radiculaire.

Les *tumeurs antérieures* au contraire produisent d'abord des troubles radiculaires d'ordre amyotrophique suivis de désordres moteurs. Les troubles sensitifs sont plus tardifs à limite supérieure d'origine médullaire et souvent dissociés. Pour Elsberg, un signe très important de ce siège serait fourni par des sensations de fourmillements dans le membre inférieur du côté opposé à la tumeur.

Les *tumeurs latérales* se traduisent surtout par l'apparition d'un syndrome de Brown-Séquard ou par la prédominance unilatérale des troubles moteurs et sensitifs. Il peut même exister un Brown-Séquard paradoxal dans lequel les troubles moteurs siègent du côté opposé à la tumeur (refoulement de la tumeur contre l'os).

Pour terminer cette longue étude et avant d'aborder la partie thérapeutique nous voudrions dire quelques mots du *diagnostic de la valeur fonctionnelle de la moelle*. Elle est souvent difficile à apprécier. On pourra se baser sur le début relativement rapproché des accidents, sur l'intensité de la contracture et des réflexes d'automatisme (qui sont souvent un signe de bon augure). On tablera sur l'intégrité relative des sphincters, sur l'intégrité des racines sacrées (Babinski et Jarkowski), sur la présence de zones sensibles, sur le retour de la motilité volitionnelle (pendant quelques minutes) après compression du membre avec la bande d'Esmarch (Babinski). Dans tous les cas, lorsqu'on sera sûr de son diagnostic, sauf si l'état général le contre-indique, la tactique sera d'aller voir, de lever l'obstacle, l'opération pouvant dans certains aboutir à des guérisons inespérées.

V. TRAITEMENT

Ce qui fait l'intérêt primordial de cette question des tumeurs de la moelle, c'est le fait que le diagnostic une fois posé, le médecin a à sa disposition une thérapeutique souvent très efficace.

L'intervention chirurgicale. — C'est le moyen le plus anciennement utilisé, puisque c'est en 1887 qu'Horsley opéra un malade chez lequel Gowers avait porté le diagnostic de tumeur comprimant la moelle. Cette initiative opératoire fut immédiatement suivie à l'étranger, mais c'est seulement en 1911 qu'en France, Babinski, Lecène et Bourlot publient la première observation d'intervention sur une tumeur de la moelle. Depuis seize ans les observations se sont multipliées et nombreuses sont les statistiques qui ont été publiées sur ce point.

1° Quels sont les cas à confier au chirurgien? — Il convient de les sérier de manière très nette.

a. L'intervention s'impose sans restrictions :

Dans les tumeurs primitives juxtamédullaires, que ces tumeurs soient histologiquement bénignes ou malignes (ce que l'on ne peut dire d'ailleurs qu'après l'intervention). Ici le squelette osseux n'est pas touché. Toute la maladie est dans la compression locale de la moelle, il faut enlever la cause de la compression ;

Dans les tumeurs secondaires au cours desquelles la métastase juxtamédullaire est cliniquement et radiologiquement la seule.

b. L'intervention peut se discuter :

Dans les tumeurs intramédullaires,
Dans les tumeurs multiples.

Dans ces cas où d'ailleurs le diagnostic clinique est difficile à poser on a tendance à l'heure actuelle à intervenir.

Dans les tumeurs secondaires avec participation osseuse. Ici l'intervention ne peut se soutenir que si l'on a l'impression qu'un nodule intrarachidien important vient comprimer la moelle. *Dans l'immense majorité de ces cas qui rentrent dans le cadre du cancer rachidien, on n'intervient pas chirurgicalement.* Toutefois si les douleurs sont trop vives et si la lésion est assez basse on peut pratiquer une cordotomie au-dessus de la lésion.

2° Quand doit-on opérer? — Si l'on voit le malade à une période peu avancée de son affection, on doit opérer *quand l'examen clinique suffisamment poussé du malade et son observation suffisamment longue permettent d'étayer avec certitude le diagnostic de tumeur.* Par le seul examen clinique, Babinski avait en 1923, fait opérer déjà treize cas de tumeurs de la moelle que le chirurgien avait trouvées à l'endroit indiqué par le neurologiste. L'épreuve du lipiodol vient apporter un élément de plus au faisceau de signes positifs qui militent en faveur de l'intervention. Nous tenons pour un signe très important l'établissement de troubles objectifs de la sensibilité avec limite supérieure fixe et nette ; un certain nombre d'auteurs pensent cependant que cette limite supérieure fixe de l'anesthésie est un signe « indésirable » (Bériel). Un autre signe important pour nous est le caractère hyperspasmodique de la contracture. Les auteurs américains opèrent sur une symptomatologie beaucoup plus fruste que celle que nous demandons pour aboutir au même résultat. En cette matière nous estimons que la plus grande prudence est de rigueur. Car nous sommes de l'avis de de Martel : « Il me semble que les laminectomies pour erreur de diagnostic comportent dans l'ensemble un pronostic beaucoup plus grave que les laminectomies pour tumeur médullaire. » Notre maître Cl. Vincent pense lui aussi que « les laminectomies risquées comportent plus de morts que de guérisons ». Il convient donc de se montrer très circonspect pour parler *de laminectomie exploratrice.* Durant le laps de temps que nécessitent l'observation du malade et les examens successifs nous conseillons de pratiquer un traitement antisyphilitique assez intensif « pour éviter le danger de méconnaître une des manifestations de la syphilis médullaire » (Gendron).

Si l'on voit le malade à une période avancée de son affection, il convient si l'état général le permet de tenter malgré tout l'intervention, car il est difficile d'apprécier à sa juste valeur en clinique le taux de la lésion de la moelle comprimée.

3° L'intervention. — Elle doit être confiée à des mains expertes et à des chirurgiens qu'une longue pratique et des qualités spéciales de patience, de doigté et d'adresse ont spécialisés dans la chirurgie nerveuse. De l'avis même de ces chirurgiens l'épreuve du lipiodol de Sicard en apportant une précision de plus dans la localisation du siège de la tumeur et la détermination de l'apophyse épineuse correspondante est venue grandement faciliter l'acte opératoire en permettant pour ainsi dire de « viser

au plus juste » sans tâtonnements. Il s'agit d'une intervention longue souvent de plusieurs heures qui se fait ordinairement sous anesthésie générale à l'éther. Ce n'est pas le lieu d'insister ici sur sa technique. Disons seulement que la laminectomie porte sur deux ou trois vertèbres, que l'opération se fait en un temps. « Il faut toujours opérer avec une lenteur intentionnelle, apportant tous ses soins à ne pas traumatiser la moelle et les racines pendant la section des os comme pendant les manœuvres directes » (Robineau). On est cependant obligé souvent pour dégager la tumeur de sectionner une ou plusieurs racines.

Lorsqu'il s'agit de tumeur intramédullaire (hormis le gliome diffus), il faut opérer en deux étapes séparées par un intervalle de huit jours. Dans un premier temps on incise la dure-mère et la moelle. La tumeur a tendance à s'énucléer d'elle-même et dans un second temps on l'extirpe.

4° **Sa gravité.** — Elle est sérieuse, il ne faut pas le méconnaître. Une statistique récente de de Martel (*Presse méd.*, 1924, n° 30, p. 329) signale encore une mortalité de 23 p. 100. Elle varie :

a. Suivant le siège de la tumeur par rapport à la dure-mère. Les tumeurs intradurales qui nécessitent l'ouverture du sac dural sont plus graves.

b. Suivant le siège de la tumeur par rapport à la moelle; l'ablation de tumeurs siégeant en avant de la moelle est plus choquante car elle nécessite une manipulation de la moelle dangereuse par elle-même.

c. Suivant la hauteur de la néoformation par rapport à la moelle.

Les interventions les plus graves sont celles qui portent sur $C_7C_8D_1$, les tumeurs portant même sur C_3C_4 sont moins graves. Celles portant sur la moelle lombo-sacrée s'effectuent sans grands incidents. Il est probable que la grande gravité des opérations portant sur $C_7C_8D_1$ tient à la présence à ce niveau de centres sympathiques importants. Les accidents que l'on enregistre souvent mortels ne peuvent être prévus au cours de l'intervention ; « une intervention longue, laborieuse, particulièrement difficile, se termine par une guérison, telle autre qui s'est admirablement passée se termine par une mort rapide » (de Martel). Ces accidents rapidement mortels (parfois douze heures) consistent en une hyperthermie à 40, 41 degrés, avec chute considérable de la tension artérielle et hémorragies gastro-intestinales (Cl. Vincent). Elles paraissent d'origine sympathique et doivent être combattues par les injections d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse ou d'adrénaline (souscutanées ou intraveineuses).

d. Suivant l'étendue et les adhérences de la tumeur, en cas de tumeurs malignes (mollasses et infiltrantes) on n'arrive pas à tout enlever [tumeurs géantes de la queue de cheval (Elsberg)].

5° **Les résultats opératoires.** — On comprend qu'ils soient variables suivant le type de néoformation devant lequel s'est trouvé l'opérateur. On comprend par exemple que si l'on a enlevé la tumeur seulement d'une manière partielle la guérison ne soit pas complète.

Même lorsqu'il s'est agi de tumeur bénigne énucléable les résultats varient d'un cas à l'autre. La statistique d'Oppenheim indique 50 p. 100 de cas de guérison complète ou d'amélioration considérable. Sur treize cas, Babinski a obtenu six guérisons absolues. Lorsqu'elle se produit, la guérison de ces malades paraplégiques et infirmes est vraiment un fait merveilleux. Elle est plus ou moins lente à se déclancher, peut être complète en deux ou trois mois, dans la règle elle se complète ordinairement en huit à douze mois. Ce sont les troubles sensitifs (sensibilité superficielle) qui disparaissent les premiers avec les troubles sphinctériens, puis la contracture rétrocède en même temps que réapparaissent les fonctions motrices. C'est à ce moment qu'on peut voir apparaître certains troubles ataxiques que la paralysie masquait à la période d'état : ce sont les troubles de la sensibilité profonde qui disparaissent les derniers.

Le traitement radiothérapique. — Le traitement par les rayons est dans l'état actuel de la science un traitement de second plan (sauf dans des cas tout à fait spéciaux) par rapport au traitement chirurgical dont nous venons de voir les indications, les succès et aussi les aléas.

1° **Indications.** — Il nous paraît cependant indiqué dans un certain nombre de cas que nous allons passer en revue.

a. Sans intervention chirurgicale :

Dans les tumeurs métastatiques où la radiosensibilité de la tumeur primitive a pu être éprouvée (Belot et Tournay). Il s'agit là, croyons-nous, d'une indication formelle.

Dans les tumeurs juxtamédullaires qui se révèlent cliniquement malignes (rapidité de l'évolution, diffusion de la symptomatologie, atteinte de l'état général, présence de cellules néoplasiques dans le liquide céphalo-rachidien). Ces tumeurs souvent multiples (sarcomatose diffuse) ne peuvent être extirpées chirurgicalement étant donné l'impossibilité dans laquelle on se trouve de pratiquer une laminectomie suffisante.

Dans les tumeurs intramédullaires qui par leur diffusion font penser à la gliomatose et s'apparentent à la syringomyélie.

Dans les tumeurs métastatiques secondaires avec atteinte osseuse (rentrant plus ou moins dans le cadre du cancer vertébral). La radiothérapie, sans guérir l'affection, peut faire cesser les douleurs intolérables (deux cas personnels).

b. Après l'intervention chirurgicale. — Lorsque celle-ci n'a pu être complète ou a montré qu'il s'agissait d'une néoformation radio-sensible (Saenger, Flatau, Guillain). Cette *méthode combinée* (intervention chirurgicale suivie d'irradiation) doit être considérée « comme la plus rationnelle dans le traitement des tumeurs malignes de la colonne vertébrale avec envahissement de la moelle ou inversement des tumeurs de la moelle avec envahissement de la colonne vertébrale » (Flatau).

2° **Sa technique.** — Elle n'est pas encore très bien précisée et varie suivant les auteurs. On peut employer la *radiothérapie pénétrante*. La technique de Béclère est la suivante : faire un total de 8.000 R en deux séries de quatre séances chacune, chaque séance faite à deux jours d'intervalle.

Pour tâcher d'éviter les accidents que nous allons signaler on peut tâcher de tâter la susceptibilité de la moelle et de la tumeur par quelques séances de *radiothérapie superficielle*. Babinski signale chez des

malades opérés ultérieurement l'existence d'améliorations transitoires par la radiothérapie superficielle.

3° **Ses dangers.** — Des accidents ont été signalés qui montrent que la méthode n'est pas sans danger (Fisher, Schœffer et Jacob) et doit par conséquent être utilisée avec circonspection. Les *uns légers* se traduisent par une recrudescence de tous les symptômes (douleurs radiculaires, exagération des troubles moteurs et sensitifs, augmentation des troubles sphinctériens, apparition de troubles trophiques). Les *autres beaucoup plus graves* répondent à un véritable syndrome de section de la moelle (apparition d'une paralysie flasque avec abolition des réflexes tendineux, hyperesthésie cutanée, incontinence d'urine, apparition d'escarres à évolution rapide). Ils aboutissent rapidement à la mort en trois ou quatre semaines. Ces cas d'aggravation brusque se produisent surtout lorsqu'on est en présence d'une compression serrée de la moelle.

Des faits de cet ordre montrent qu'il faut être prudent dans la mise en œuvre de la radiothérapie qui cependant peut, dans certains cas bien déterminés, apporter un appui réel à la chirurgie ou même se substituer à elle.

CONCLUSIONS

En matière de conclusion de cette étude des tumeurs de la moelle, de leurs signes, de leur diagnostic, de leur traitement, nous ne croyons faire mieux que de citer ces quelques phrases de M. Babinski qui est certainement le neurologiste qui a le plus solidement fixé les traits de cette affection. Terminant un exposé sur le traitement des tumeurs juxtamédullaires (*Revue neurol.*, juin 1923, p. 695), il dit :

« Ces cures sont d'autant plus intéressantes que les malades chez lesquels elles ont été obtenues étaient atteints d'une affection qui, abandonnée à elle-même, ne guérit jamais et amène la mort après des mois, des années de souffrances. Il doit exister de tous côtés des malades de ce genre susceptibles d'être guéris; il suffirait pour cela que leur bonne fortune les mît en contact avec des médecins avertis. Il est donc important que l'attention des praticiens soit attirée sur ce point de neuro-pathologie. »

BIBLIOGRAPHIE

ALAJOUANINE et GIROT. Myélite à symptomatologie de compression médullaire, *Soc. de neurol.*, 8 janv. 1925.

BABINSKI. Sur une forme de paraplégie spasmodique consécutive à une lésion organique et sans dégénération du faisceau pyramidal, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 mars 1899.

BABINSKI et JARKOWSKI. Sur la localisation des lésions comprimant la moelle. De la possibilité d'en préciser le siège et d'en déterminer la limite inférieure au moyen des réflexes de défense, *Acad. de méd.*, 16 janv. 1911.

BABINSKI, BARRÉ et JARKOWSKI. Remarques sur la persistance de zones sensibles à topographie radiculaire dans les paralysies médullaires avec anesthésie, *Soc. de neurol.*, 10 fév. et 4 avril 1910.

BABINSKI et JARKOWSKI. Quelques documents relatifs aux tumeurs de la moelle, *Revue neurol.*, 1924, t. II, p. 640.

BABINSKI, CHARPENTIER et JARKOWSKI. Paraplégie crurale par tumeur extradure-mérienne à la région dorsale. Sur l'épreuve du lipiodol, *Revue neurol.*, 1926, t. II, p. 587.

BARRÉ. Les différentes douleurs des compressions médullaires, *Presse méd.*, 19 mai 1923.

BARRÉ, MORIN et LERICHE. Troubles radiculo-médullaires par arachnoïdite feutrée et kystique, *Revue neurol.*, mai 1925, p. 604.

BARRÉ. Arthrite vertébrale chronique et troubles pyramidaux, *Paris méd.*, 3 oct. 1925.

BECK. Les tumeurs intramédullaires, *Th. de Paris*, 1913.

BÉRIEL. *Lyon méd.*, 1920 à 1926; — *Lyon chir.*, 1923.

CESTAN, RISER et MÉRIEL. Tumeurs multiples de la moelle, *Paris méd.*, 29 août 1925.

CHAVANY. Les premières étapes de la sclérose en plaques, *Progrès méd.*, 8 et 22 janv. 1927.

CHIPAULT. Rapports des apophyses épineuses avec la moelle, *Th. de Paris*, 1894.

CLAUDE, TINEL et LAMACHE. Inscription graphique de la pression du liquide céphalo-rachidien, *Soc. de biol.*, 5 fév. 1927.

COSTE. Le cancer vertébral, *Th. de Paris*, 1925.

CUSHING et AYER. *Arch. of neurol. and psych.*, août 1923.

DANDY. Etudes sur le diagnostic des tumeurs de la moelle, *Ann. of surg.*, janv. 1925.

DEJERINE et THOMAS. Maladies de la moelle, *Nouveau Traité de médecine*, 1909, Baillière.

ELSBERG. *Diseases of the spinal cord and its membranes*, 1916, Sanders C. J., éditeurs.

ELSBERG et STOOKEY. The mechanical effect of tumors of the spinal cord, *Arch. of neurol. et psych.*, Chicago, nov. 1922, vol. VIII.

ELSBERG. *Tumors of the spinal cord*, New-York 1925; Hœber, éditeurs.

FOIX. *Conférences sur la pathologie de la moelle*, Hôtel-Dieu, mars-avril-mai 1922.

FOIX et NICOLESCO. Valeur diagnostique et pronostique des modifications du tonus au cours des paraplégies d'origine médullaire, *Paris méd.*, 7 oct. 1922.

FOIX. Rapport sur les compressions médullaires, *Revue neurol.*, juin 1923, p. 610.

FRAZIER et SPILLER. Analyse de 14 cas consécutifs de tumeur de la moelle, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 23 sept. 1922, t. LXXIX, n° 13, p. 1024.

FROMENT et DECHAUME. Radiodiagnostic rachidien lipiodolé et tumeurs médullaires, *Presse méd.*, 24 fév. 1924.

GENDRON. Etude clinique des tumeurs de la moelle et des méninges spinales, *Th. de Paris*, 1913.

GUILLAIN, ALAJOUANINE et PÉRISSON. Considérations sur la symptomatologie d'une tumeur de la région dorsale inférieure, *Revue neurol.*, 1925, p. 11.

LAPLANE. Le radiodiagnostic des affections intrarachidiennes par le lipiodol sous-arachnoïdien, *Th. de Paris*, 1924.

MARTEL (DE). Le traitement opératoire des tumeurs de la moelle et de ses enveloppes, *Revue neurol.*, juin 1923, p. 701; — A propos de la technique de la laminectomie et de la cordotomie, *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 20 mai 1925.

OPPENHEIM et PFEIFFER. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 1923.

PARKER et ADSON. Compression de la moelle et de ses racines par ostéo-arthrite hypertrophique, *Surg., gyn. and obst.*, juillet 1925, t. XLI, n° 1.

PAUMELLE. La radiothérapie dans les tumeurs médullaires, *Th. de Paris*, 1926.

PÉRON (Noël). Syndromes de la queue de cheval, *Th. de Paris*, 1926.

PETOURAUD. Etude anatomique et clinique du cancer secondaire du rachis, *Th. de Lyon*, 1926.

POUSSEP. Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs de la moelle, *Arch. franco-belges de chir.*, fév. 1925, t. XXVIII, n° 2.

QUECKENSTEDT. Zür diagnose der Rückenmarks-Kompression, *Deut. Zeit. f. Nerven.*, Leipzig 1916, livre V, p. 325.

RISER. La pneumorachie et le diagnostic des compressions médullaires, *Ann. de méd.*, juillet 1926.

ROBINEAU. Sur le traitement chirurgical des tumeurs de la moelle, *Revue neurol.*, juin 1923, p. 707.

ROGER. Les injections lipiodolées sous-arachnoïdiennes et épidurales de Sicard, *Paris méd.*, 24 janv. et 14 fév. 1925.

SÉZARY. Art. COMPRESSIONS MÉDULLAIRES, in t. I, « Neurologie », *Traité* de Sergent, 2e édition, p. 441.

SCHŒFFER. La radiothérapie des tumeurs de la moelle, *Presse méd.*, 9 déc. 1925.

SCHŒFFER et JACOB. Les accidents causés par la radiothérapie profonde. A propos d'un cas anatomo-clinique, *Revue neurol.*, mai 1925.

SICARD et FOIX. Albumino-réaction du liquide céphalo-rachidien. Dissociation albumino-cytologique au cours des compressions rachidiennes. *Presse méd.*, 4 déc. 1912.

SICARD et FORESTIER. L'huile iodée en clinique; applications thérapeutiques et diagnostiques, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 23 fév. 1923.

SICARD et LAPLANE. Syndrome de lumbago xanthochromique par neurogliome radiculaire, *Soc. de neurol.*, juillet 1922.

SICARD et BINET. Le lipiodol sous-arachnoïdien ascendant, *Revue neurol.*, 1924, t. II, p. 614.

SICARD et HAGUENAU. L'image lipiodolée des tumeurs intra-médullaires, *Revue neurol.*, mai 1925, p. 676.

SORREL-DEJERINE (Mme). Contribution à l'étude des paraplégies pottiques, *Th. de Paris*, 1926, Masson.

SOUQUES, LAFOURCADE et TERRIS. Vertèbre d'ivoire dans un cas de cancer métastatique de la colonne vertébrale, *Revue neurol.*, janv. 1925.

STEWART et RIDDOCH. Rapport sur les compressions médullaires, *Revue neurol.*, juin 1923, p. 565.

STOOKEY, MERWARTH et FRANTZ. Etude manométrique du liquide céphalo-rachidien au cas de tumeurs médullaires soupçonnées, *Surg., gyn. and obst.*, oct. 1925, t. XLI, n° 4.

THOMAS (André). Le diagnostic de la hauteur des lésions dans les paraplégies spinales. Le syndrome de la paroi abdominale, *Paris méd.*, 4 oct. 1919; *Revue neurol.*, 1922, p. 1418; — Rapport sur les moyens d'exploration du système sympathique, *Revue neurol.*, 1926, t. I, p. 767.

VINCENT (Clovis). Sur le diagnostic des néoformations comprimant la moelle, *Presse méd.*, 9 fév. 1924.

VINCENT (Clovis) et CHAVANY. Sur le diagnostic des tumeurs médullaires avec rigidité hyperalgique du rachis et des membres inférieurs, *Revue neurol.*, mai 1924.

VINCENT (Clovis) et DARQUIER. Compression de la moelle. Sur la forme pseudo-néoplasique du mal de Pott, *Revue neurol.*, janv. 1925, p. 100.

WIEFORT, AYER et ENOCH. Cerebrospinal fluid by Puncture of the cisterna magna, *Amer. Journ. of med. science*, juin 1922.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 MAI 1927)

Sur la résistance du porc au virus de la fièvre récurrente espagnole et sur les conditions naturelles d'existence de cette maladie et d'autres spirochétoses. — MM. Charles NICOLLE et Charles ANDERSON.

Chronaxie normale du nerf vestibulaire de l'homme. — M. Georges BOURGUIGNON et Mlle Renée DÉJEAN.

Contribution à la chimie du tissu cancéreux. — M. et Mme ENSELME.

L'élément mécanique « décompression » et l'élément biochimique « hypo-oxygénation » dans la genèse des lésions sanguines et pulmonaires chez les animaux en atmosphère raréfiée. — M. Raoul BAYEUX.

Toxine diphtérique et adrénaline des surrénales. — MM. G. MOURIQUAND, A. LEULIER et P. SÉDALLIAN.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un académicien libre, en remplacement de M. Haton de la Goupillière, décédé.

Les candidats étaient M. Paul Helbronner, le géographe bien connu; M. Louis Martin, de l'Institut Pasteur; M. le professeur Achard et M. A. de Gramont.

Au premier tour, obtiennent : MM. Helbronner, 25 voix; Louis Martin, 22 voix; Charles Achard, 18 voix; A. de Gramont, 2 voix.

Au deuxième tour, MM. L. Martin, 29 voix; Helbronner, 24 voix; Achard, 15 voix.

Au troisième tour, MM. Helbronner, 34 voix; Martin, 32 voix; Achard, 2 voix.

Au quatrième tour, M. Helbronner obtient 35 voix; M. L. Martin, 30 voix.

M. Paul Helbronner, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 JUIN 1927)

Sur la flore microbienne des tumeurs malignes. — M. Auguste LUMIÈRE et Mme MONTOLOY. Un grand nombre d'auteurs ont réussi, en ensemençant des fragments de tumeurs malignes, à cultiver des microbes divers auxquels ils ont attribué un rôle plus ou moins important dans la genèse de ces tumeurs. M. Auguste Lumière a repris cette étude en collaboration avec Mme Montoloy. Ces auteurs montrent tout d'abord que la façon dont sont recueillis en général les fragments de tumeurs prête à un grand nombre de contaminations venant de l'extérieur et que les spores à l'état latent qui peuvent exister dans l'intimité des tissus normaux prolifèrent facilement après la mort. Prenant, pour éviter des causes d'erreur, des précautions minutieuses et faisant porter leur examen sur de multiples préparations, M. A. Lumière et Mme Montoloy concluent de la façon suivante :

Les tumeurs malignes non ulcérées et non infectées secondairement ne semblent pas renfermer de microorganismes aérobies spécifiques, cultivables par nos méthodes bactériologiques actuellement en usage.

Lorsque ces tumeurs sont infectées secondairement, les microbes qui cultivent à la suite de leur ensemencement sont presque toujours le streptocoque et parfois le staphylocoque.

Les autres germes trouvés jusqu'ici dans les tumeurs paraissent être des microbes de contamination apportés dans les milieux culturaux par une technique insuffisante ou sont ceux que l'on rencontre parfois à l'état quiescent dans tout tissu vivant normal.

Une étude physico-chimique de la source chaude de Perotin (Moselle). — Au nom de Mlle Achard et de M. Paul Blum, M. le professeur DESGREZ attire l'attention sur une source chaude qui a jailli en 1909 au moment d'un sondage effectué pour la recherche de minerais de fer. C'est une eau chaude (49 degrés) dont le débit (50 litres environ à la minute) a peu varié depuis le forage. Cette eau dont le résidu sec est de 22gr90 par litre renferme 19 grammes de chlorure de sodium, 3,22 de chaux, 0,45 de magnésie, des traces de fer, silice, lithine et alumine. Elle présente un dégagement gazeux important évalué à 100.000 litres par an renfermant 98 p. 100 d'Az total. Assez forte concentration moléculaire, assez forte conductivité, réaction nettement acide, radioactivité faible pour l'eau mais appréciable pour le gaz, pas d'émanation de thorium, telles sont les propriétés physico-chimiques de cette eau.

Pouvoir préventif et pouvoir curatif du bismuth vis-à-vis du spirochaeta icterohemorragiae. — MM. SAZERAC et Hirosi NAKAMURA. Le professeur Pettit présente un travail de M. Sazerac qui a précédemment établi l'action spécifique du bismuth dans le traitement de la syphilis. Les nouvelles recherches de M. Sazerac en collaboration avec M. Nakamura, relatives au pouvoir préventif et curatif du bismuth vis-à-vis de la jaunisse infectieuse, modifient complètement les principes thérapeutiques de cette maladie. Etant donné que cette affection se traduit par une hépato-néphrite, les

médecins étaient d'accord pour exclure les agents chimiques du traitement. Contrairement à ce principe, le tartrobismuthate de sodium est assez peu toxique pour être supporté sans inconvénient par le cobaye infecté dont le foie et le rein sont profondément lésés. Le produit en question empêche l'évolution morbide chez le cobaye. En outre, bien que la maladie évolue constamment en cinq à huit jours, le cobaye peut encore guérir même quand le traitement est appliqué trois jours après l'inoculation du virus.

La pseudo-lèpre ou « punudos ». — M. ROBLES. Cette maladie, fréquente au Guatémala, consiste en lésions chroniques d'allure éléphantiasique des pieds. Elle s'installe insidieusement par poussées successives, débutant par une tache érythémateuse accompagnée d'une adénopathie inguinale passagère et de phénomènes hautement fébriles, suivie d'œdème chronique, de crevasses et de papillomes, déformant définitivement les orteils et la face dorsale des pieds. Ces lésions ne portent que sur les parties molles.

L'auteur propose pour cette affection le nom de pseudo-lèpre, mais l'absence du bacille lépreux et des troubles anesthésiques ne permet pas la confusion.

Elle se distingue d'autres lésions éléphantiasiques déjà décrites par l'absence dans le sang et les tissus de parasites ou de microbes connus.

L'autosérothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants. — M. CAJAL (de Bucarest), dans un intéressant travail, établit que l'autosérothérapie à la dose de 3 centimètres cubes est un procédé d'une efficacité incontestable dans la broncho-pneumonie des enfants en bas âge. Ce procédé n'a pas de contre-indications.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 MAI 1927)

Maladie de Paget. Fracture spontanée. Purpura. Syphilis. — MM. H. DUFOUR et NATIVELLE présentent un malade de cinquante-neuf ans entré à l'hôpital pour du purpura hémorragique avec augmentation du temps de saignement et du temps de coagulation et un Bordet-Wassermann positif dans le sang. L'examen clinique du système osseux, complété par l'étude des radiographies des os des membres et du crâne, permit de mettre en évidence une ostéite du type maladie de Paget (os ouatés). Sans le secours de la radiographie du crâne, il eût été impossible par la simple vue de conclure à une hypertrophie cranienne. Le sang de ce malade fournit la preuve d'une étiologie syphilitique.

Aphasie motrice pure ou dysarthrie sans autres troubles du langage. — MM. H. DUFOUR et NATIVELLE. Un malade, âgé de cinquante-quatre ans, a été atteint à la suite d'une hémorragie méningée avec hémiparésie droite d'une aphasie qui laisse intacte la compréhension du langage parlé et du langage écrit, la faculté de prononciation.

Cette aphasie se traduit exclusivement par l'impossibilité de dénommer la plupart des objets usuels bien que le malade ait conservé la notion de leur utilisation et la possibilité de parler correctement dans un cadre de phrases restreint tout d'abord qui va en s'élargissant de plus en plus.

A pareil malade convient parfaitement la définition classique de l'aphasie motrice.

De la streptococcémie au cours des congestions pulmonaires dites grippales. — MM. Noël FIESSINGER, Robert CASTÉRAN et HUSSEIN IBRAHIM rapportent deux faits de septicémies streptococciques au cours de congestions pulmonaires aiguës. L'un des deux s'accompagna d'un ictère franc et fut suivi de mort, l'autre de guérison sans complication. Dans les deux cas il s'agissait d'une septicémie à streptocoque hémolytique dont les auteurs font une étude bactériologique complète.

Crises de tétanie au cours d'une polynévrite éthylique chez un malade par ailleurs spécifique. — MM. CARNOT, BARIÉTY et BOLTANSKY. Une femme de quarante-trois ans entre dans le service pour des signes de polynévrite éthylique des membres inférieurs.

Gros foie. Wassermann positif.

Brusquement, elle présente des signes de tétanie (main d'accoucheur, signes de Trousseau, de Chevteck et d'Erb positifs). La chronaxie est augmentée, le pH normal, la réserve alcaline diminuée (47,8), le phosphore inorganique légèrement augmenté (0,158). Le dosage du calcium ne montre pas de diminution de calcium ionisé, mais un certain degré d'hypocalcémie totale (0,080). L'épreuve de l'hyperpnée reste négative.

La ponction lombaire retire un liquide céphalorachidien normal.

Le métabolisme basal est un peu abaissé (33 calories par mètre carré et par heure).

Les auteurs pensent que la pathogénie répond ici au schéma suivant :

1° Débilité thyro-parathyroïdienne congénitale aggravée par l'infection syphilitique;

2° Intoxication éthylique et insuffisance hépatique transitoire faisant éclater les crises de tétanie.

Bronchectasies unilatérales gauches associées à une sténose bronchique droite. Intoxication iodique. — MM. RIST, HIRSCHBERG, ILL et RAULOT-LAPOINTE rapportent l'observation d'une malade atteinte à la fois d'une sténose bronchique droite et d'une bronchectasie unilatérale gauche dont le diagnostic n'a pu être fait que par l'association de la bronchoscopie à l'injection de lipiodol.

La tuberculose laryngée dans la grande enfance et l'influence du pneumothorax artificiel sur sa guérison. — MM. P.-F. ARMAND-DELILLE et H. CABOCHE apportent quatre observations de tuberculose laryngée observée chez des fillettes de treize et quatorze ans atteintes de tuberculose ulcéreuse avec caverne dans un des poumons. Sous l'influence du traitement par pneumothorax, la guérison complète des lésions laryngées fut obtenue dans l'espace de un an à dix-huit mois; dans le quatrième cas, dont le pneumothorax avait dû être interrompu à cause de l'extension au côté opposé, une hémoptysie foudroyante permit de contrôler à l'autopsie le diagnostic des lésions tuberculeuses améliorées au début du traitement.

Les lésions histologiques de l'artérite juvénile. — M. GUILLAUME. L'étude d'une série de pièces prélevées dans des cas d'artérite juvénile (maladie de Buerger) montre que l'interprétation fournie par Buerger, celle d'une thrombose primitive avec réorganisation secondaire du caillot, est contraire aux faits observés ; il s'agit, en effet, d'une endartérite proliférante très particulière qui aboutit à l'oblitération des vaisseaux et qui peut, éventuellement, se compliquer de thrombose.

Congestion pulmonaire apicale à répétition. Nature tuberculeuse probable en raison de multiples manifestations bacillaires extrapulmonaires. — MM. G. CAUSSADE et André TARDIEU font connaître la longue histoire d'une femme anémique atteinte depuis l'enfance de manifestations bacillaires multiples et qui fut hospitalisée à deux reprises, à trois ans d'intervalle, pour une congestion pulmonaire simple du sommet droit. Bien que l'analyse des crachats n'ait caractérisé qu'une flore microbienne banale, les auteurs considèrent qu'il s'agit de poussées congestives de nature tuberculeuse.

Etude du CO^2 alvéolaire dans la tuberculose pulmonaire. — MM. Léon BERNARD, Léon BINET et H.-R. OLIVIER insis-

tent sur l'utilité de la détermination de la tension du CO^2 dans l'air alvéolaire chez les tuberculeux pulmonaires. On sait que le CO^2 alvéolaire renseigne sur le CO^2 du sang arteriel et pareille étude permet, par conséquent, de savoir si le sang artériel, qui sort du poumon, a une teneur normale ou anormale en CO^2 et cela sans méthode sanglante.

De l'examen de cinquante malades, les auteurs tirent les conclusions suivantes : *a.* lorsqu'il s'agit de lésions fibreuses du poumon, par suite d'un défaut de circulation de l'air dans les alvéoles, le CO^2 alvéolaire s'élève; *b.* dans les lésions destructrices, caséeuses, par suite de l'hyperventilation pulmonaire, le CO^2 alvéolaire baisse.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ASSURANCES SOCIALES (1)

MANIFESTE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Le corps médical n'est pas hostile aux lois d'assurance sociale, car, de tout temps, le médecin n'a jamais hésité à mettre sa science et son dévouement au service des déshérités de la fortune. Mais, connaissant par expérience et mieux que quiconque, les conditions de l'exercice de la médecine, il demande, pour collaborer à ces lois, qu'elles réalisent vraiment un progrès social et que leur application n'entraîne pas des inconvénients, surpassant leurs avantages.

Or, après des études minutieuses et prolongées, le corps médical, dans sa presque unanimité, a cru devoir désapprouver tous les projets de loi prévoyant une organisation collective de la médecine, et qui auraient, comme conséquence pratique, l'interposition, entre le malade et le médecin, d'une administration de Caisse.

En effet, cette interposition aurait pour résultat de transformer complètement l'exercice de la médecine traditionnelle et d'altérer, sinon de supprimer, les conditions de liberté, de dignité, de discrétion, de conscience, de loyauté, de moralité, qui doivent régner entre malade et médecin dans la lutte contre la maladie.

UNE ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE LA MÉDECINE ENTRAINERAIT :

La mise en tutelle du malade, considéré comme un mineur, incapable de se diriger lui-même, placé sous l'autorité des Caisses dont il serait contraint d'accepter docilement les règlements souvent vexatoires, et appliqués par des fonctionnaires dont on connaît, par d'autres exemples, l'aménité et la complaisance;

L'impossibilité pratique du secret professionnel absolu, fatalement compromis par les nécessités administratives (diagnostics plus ou moins précis portés sur certains papiers, divulgation de secrets de famille, etc.);

La dépréciation des soins médicaux résultant, d'une part, d'examens trop rapides, de visites hâtives effectuées par des médecins pressés, fatigués, surchargés de besogne, et, d'autre part, de la limitation réglementaire des médicaments dont les plus onéreux seront interdits dans un but d'économie;

(1) [Au moment où commence devant le Sénat la discussion du projet de loi sur les assurances sociales, le S. M. S. adresse à tous les sénateurs le manifeste que MM. Cibié et Hartenberg ont rédigé pour l'assemblée générale du 8 mai dernier et qui a été adopté à l'unanimité. Il permettrait, si la haute Assemblée veut bien le prendre en considération, d'élaborer un projet de loi conciliant l'intérêt du malade et aussi la dignité du médecin.]
N. D. L. R.

Les encouragements aux abus (1), aussi bien de la part de malades que de médecins peu consciencieux, et la création d'une atmosphère de méfiance et de suspicion;

Des discussions au sujet des interventions thérapeutiques;

Des chicanes au moment des règlements de comptes, aussi bien avec le malade qu'avec le médecin;

La déchéance progressive de la science médicale par la fonctionnarisation du plus grand nombre des médecins, entraînant l'absence d'effort et d'émulation;

Et enfin, *argument capital,* suffisant à lui seul à condamner le système, l'**abaissement fatal de la moralité professionnelle et sociale.**

Pour toutes ces raisons, le S. M. S. pense que son devoir est de n'accepter de collaborer à une loi d'assurances sociales que si cette loi respecte les conditions traditionnelles de l'exercice de la médecine, sauvegarde de sa valeur et de sa moralité.

Ces conditions sont réalisées dans le système dit de l'entente directe, qui est celui de la pratique habituelle.

Son essence est de permettre au malade assuré d'être soigné comme un client ordinaire. Le malade garde sa dignité; il n'est pas traité en mineur suspect par la Caisse. Il a recours au médecin de son choix, et son entière liberté lui est laissée.

Il règle lui-même ses honoraires au médecin, selon le tarif habituel de la clientèle, et conformément à l'échelle des prix de la vie. Payant de ses propres deniers, il est son propre contrôleur, et il n'appelle le médecin que quand il en a besoin (2).

Les seuls rapports du médecin avec les Caisses consisteraient, d'une part, dans la délivrance au malade d'un certificat attestant l'état de maladie, et, d'autre part, dans l'acceptation d'une juridiction contrôlant, en cas de doute, la bonne foi et la loyauté de sa conduite.

Conclusion. — Le S. M. S. déclare, d'accord avec la grande majorité du Corps médical français, qu'il ne collaborera qu'à une loi d'assurances invalidité-maladie comportant, comme seule modalité, l'entente directe telle qu'elle vient d'être définie, et s'opposera de toutes ses forces à toute autre conception.

ORDRE DU JOUR ADOPTÉ A L'UNANIMITÉ A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE DU 8 MAI 1927

Le S. M. S. déclare qu'il n'est en aucune façon opposé au principe d'une loi d'assurance-maladie. Mais en même temps que Corps technique organisé, il a le droit et le devoir d'intervenir et d'éclairer le législateur lorsqu'une loi en préparation prévoit le bouleversement de l'exercice traditionnel de la profession médicale toujours orienté vers le progrès.

Après avoir mûrement réfléchi et longuement étudié le projet sénatorial, le S. M. S. affirme ne pouvoir donner son concours à une loi d'assurance-maladie que si celle-ci permet de traiter l'assuré comme un malade de la clientèle ordinaire (entente directe).

(1) Les *abus*, lorsqu'il y a *tiers payant*, sont démontrés de façon lumineuse par le rapport de la *Commission supérieure de surveillance et de contrôle* de la Loi des pensions (paru dans le numéro 7 *bis* du *Médecin syndicaliste*). On y voit que dans certains départements (années 1923 et 1924), 100 p. 100 des bénéficiaires sont soignés, alors que dans d'autres régions le pourcentage va de 11 à 25 p. 100. Par ailleurs, le chiffre moyen des soins aux bénéficiaires varie parfois du simple au double!

(2) L'application de cette entente directe pourrait être réalisée par le législateur selon la modalité suivante :

L'assuré toucherait de la caisse, avec ou sans allocation de chômage, selon les cas, une *allocation quotidienne de maladie*, au moyen de laquelle il réglerait les honoraires du médecin et paierait ses médicaments.

Cette décision est prise pour des raisons de haute moralité professionnelle et sociale exposées dans les rapports de la Commission des assurances sociales du S. M. S.

Et parce que, seul, ce mode de fonctionnement de la loi réserve la dignité et la liberté du malade aussi bien que du médecin.

Le S. M. S. **réprouve comme immoral tout mode de fonctionnement** de la loi comportant un intermédiaire entre médecin et malade (tiers payant).

Ce manifeste et l'ordre du jour ci-joint ont été transmis à tous les présidents et secrétaires généraux des syndicats médicaux et associations professionnelles avec prière de le transmettre à leur Conseil d'administration ou leur assemblée générale pour discussion et réponse.

Le manifeste est accompagné de la note suivante :

« Pour couvrir les frais de la campagne que nous commençons et pour laquelle nous demandons le plus grand nombre possible d'adhésions, une liste de souscription est ouverte.

Adresser toutes communications ou souscriptions au secrétaire ou au trésorier de la Commission des assurances sociales du **Syndicat des médecins de la Seine,** 28, rue Serpente, Paris (VIe). »

LIVRES NOUVEAUX

Sémiologie des affections du système nerveux (1), par J. DEJERINE, professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine.

Ce livre, était épuisé depuis plusieurs années et devenu introuvable. Il était universellement demandé et les nouvelles générations d'étudiants ou de spécialistes se disputaient les quelques rares exemplaires rencontrés d'occasion chez les libraires.

Œuvre maîtresse de la Neurologie française, les éditeurs ont pensé qu'un tel ouvrage pouvait se publier comme un « Classique », sous la forme même où l'auteur l'avait conçu de son vivant : la valeur d'un tel livre ne se prescrit point en quelques années, mais conserve longtemps tout son prix.

Avant d'entreprendre ce nouveau tirage, les éditeurs ont d'ailleurs reçu l'assurance des meilleurs élèves du professeur Dejerine, devenus des maîtres à leur tour, que la *Sémiologie des affections du système nerveux* du professeur Dejerine, était encore aujourd'hui pour les Neurologistes, le guide le plus sûr, et que cette irremplaçable œuvre de science et d'art n'avait effectivement point été remplacée.

Cette réédition intégrale est conforme à l'ouvrage original, sans adjonctions ni suppressions. Seule la Table alphabétique générale a été complétée pour faciliter les recherches.

L. G.

Exploration clinique et diagnostic chirurgical, par M. F. LEJARS, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine. Deuxième édition entièrement refondue. Un volume de 932 pages avec 1.094 photographies et dessins originaux inédits. — Prix (France et Etranger) : broché, 100 fr.; relié toile, 120 fr.; sans majoration. — Paris, Masson et Cie.

(1) Deuxième tirage conforme à l'édition de 1914. Un volume grand in-8 de 1.220 pages, avec 564 figures en noir et couleurs et 3 planches hors texte. Relié toile. — Prix net (France et Etranger), 190 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Les Méthodes d'Abrams, par le docteur Jules REGNAULT. In-8 de 208 pages et 32 illustrations. — Prix : 20 fr. — Paris, N. Maloine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 9 juin. — MM. Marquézy, 19; Périsson, 18,09; Turpin, 18,36; Etienne Bernard, 19,09.

Séance du 12 juin. — MM. Chevalley, 18,36; Basch, 18,45; Boulin, 18,27; Coste, 18,18.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve orale* (prothèse dentaire). — Séance du 9 juin. — MM. Boissier et Raison, 17; Vilenski, 13; Thibault, 17; Lattes, 12.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve pratique.* — Séance du 8 juin. — Questions données : « Avec une batterie transportable et un appareil faradique transportable monter une application de galvano-faradisation avec clef de Courtade dans le circuit. — Mesurer rapidement à l'aide de l'ionomètre de Solomon quel pourcentage de rayonnement fourni par l'appareil est absorbé par un écran donné avec 30 centimètres d'étincelle équivalente. »

MM. Moutard et Marchand, 19.

— CONCOURS DE PROSECTEUR DE L'AMPHITHÉATRE DES HÔPITAUX. — Jury : MM. Dujarier, Cunéo, Basset, Delbet, Chifoliau, Mauclaire, Chiray.

Epreuve orale. — Séance du 10 juin. — Question donnée : « Anatomie macroscopique de la prostate. »

MM. Leibovici, 25; Garnier, 21; Chevallier, 24; Chabrut, 25.

Séance du 11 juin. — Question donnée : « Muscles masticateurs. »

MM. Lemarié, Meillère, Raiga et Banzet, 26; Redon, 24.

ASILE NATIONALE DES CONVALESCENTS DE SAINT-MAURICE (SEINE). — CONCOURS POUR L'INTERNAT. — Un concours pour l'emploi de 3 internes et 3 suppléants s'ouvrira le 22 juin 1927, à 9 heures et demie dans une des salles du ministère de l'Intérieur, 7, rue Cambacérès, Paris (8e).

Pour tous les autres renseignements, notamment les conditions du concours, les intéressés sont priés de se présenter de 10 h. à midi et de 14 h. à 17 h., au secrétariat de l'Asile où les inscriptions seront reçues.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chef de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, à 9 h. du matin, le jeudi 30 juin 1927, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — I. Clinicat médical : titulaires, avec traitement, 3; sans traitement, 6; adjoints, 3; — II. Clinicat chirurgical : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 3; adjoints, 2; — III. Clinicat oto-rhino-laryngologique : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 1; adjoint, 1; — IV. Clinicat des maladies mentales : titulaires sans traitement, 2; — V. Clinicat de thérapeutique médicale : titulaire sans traitement, 1; — VI. Clinicat de thérapeutique chirurgicale : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 1; VII. Clinicat obstétrical : titulaires, avec traitemunt, 1; sans traitement, 3; — VIII. Clinicat propépeudique : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 2; — IX. Clinicat gynécologique : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 1; — X. Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : adjoint, 1; — XI. Clinicat des maladies nerveuses : titulaires sans traitement, 2; — XII. Clinicat ophtalmologique : titulaire avec traitement, 1; adjoint, 1; — XIII. Clinicat urologique : titulaire avec traitement, 1; adjoint, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté jusqu'au jeudi 23 juin inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de 15 à 17 h.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 12 juin 1927 publie un arrêté ouvrant un concours pour l'admission en 1927 aux emplois de médecin et de pharmacien aide-major de 2e cl. de l'armée active des troupes métropolitaines.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Le *Journal officiel* du 11 juin 1927 publie un arrêté fixant les tarifs des produits pharmaceutiques au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

VACANCE D'UN POSTE DE DIRECTEUR DU BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Versailles. (*J. O.*, 11 juin 1927.)

INSPECTEUR DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 12 juin 1927 publie un avis de concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène du Finistère.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service sera vacant à l'Asile public autonome d'aliénés d'Armentières (Nord), à dater du 1er juillet 1927.

MÉDAILLE DES ÉVADÉS (avec citation à l'ordre de l'armée). — MM. Jules Bœckel, ancien médecin aide-major de 1re classe; Geismar, ancien médecin sous-aide-major de réserve.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Vautrin, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy; Eraseno de Paoli, professeur de pathologie et de clinique chirurgicale à l'Université de Pérouse; les professeurs Luigi Vanni (de Modène) et Ottone Barbacci (de Sienne); F.-L. Arnaud (de Vanves); le docteur Emile Sauvez, stomatologiste des hôpitaux de Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — A l'occasion du cours de perfectionnement organisé par l'Institut du cancer, MM. les professeurs Dustin (de Bruxelles) et Jean Firket (de Liége) feront, à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique, 21, rue de l'École-de-Médecine, des leçons sur les sujets suivants :

Le jeudi 16 juin, à 17 heures, M. le professeur Dustin : Les effets radiologiques des traitements télécuriethérapiques sur les tumeurs humaines.

Le jeudi 23 juin, à 17 heures, M. le professeur J. Firket : Les lymphosarcomes, lymphomatoses et leucémies lymphoïdes.

HOPITAL BROCA. — CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (M. le professeur J.-L. FAURE). — 1° Cours supérieur de perfectionnement. M. Douay, du 20 juin au 2 juillet; 2° cours d'anatomie pathologique appliquée à la gynécologie. M. Champy, du 20 juin au 2 juillet. Droit : 250 fr. S'inscrire à la Faculté.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Service du docteur Félix RAMOND.) — DÉMONSTRATIONS CLINIQUES DE RADIOLOGIE GASTRO-DUODÉNALE. — Du 20 au 27 juin 1927, le docteur Félix Ramond, avec le concours des docteurs Ch. Jacquelin, Zizine et Gorostini, fera une série de démonstrations radiologiques sur les maladies de l'estomac et du duodénum.

Chaque séance comprendra une conférence théorique, suivie d'une démonstration pratique sur le même sujet.

Conférences à 9 h. 30, gratuites. Démonstrations radiologiques, tous les matins à 10 h. 30. Droit d'inscription, 250 fr.

Pour la bonne organisation des travaux pratiques, s'inscrire le plus tôt possible à l'hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino, auprès du docteur Jacquelin ou de la surveillante générale du service.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT DES HÔPITAUX. — M. le docteur Lévy-Valensi fera le dimanche matin 19 juin, à 10 h., à l'amphithéâtre des hôpitaux, 49, rue des Saints-Pères, une conférence sur « Lord Byron, étude de pagétopathologie » (projections).

NOTES DE PRATIQUE

CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Se rappeler les préceptes de Huchard et Fiessinger :

« Le traitement rénal constitue la base fondamentale de la médication. Seulement, si l'on renforce la valeur diurétique de la théobromine par l'action cardiotonique de la digitaline à très faibles doses, les effets heureux seront bien plus marqués. »

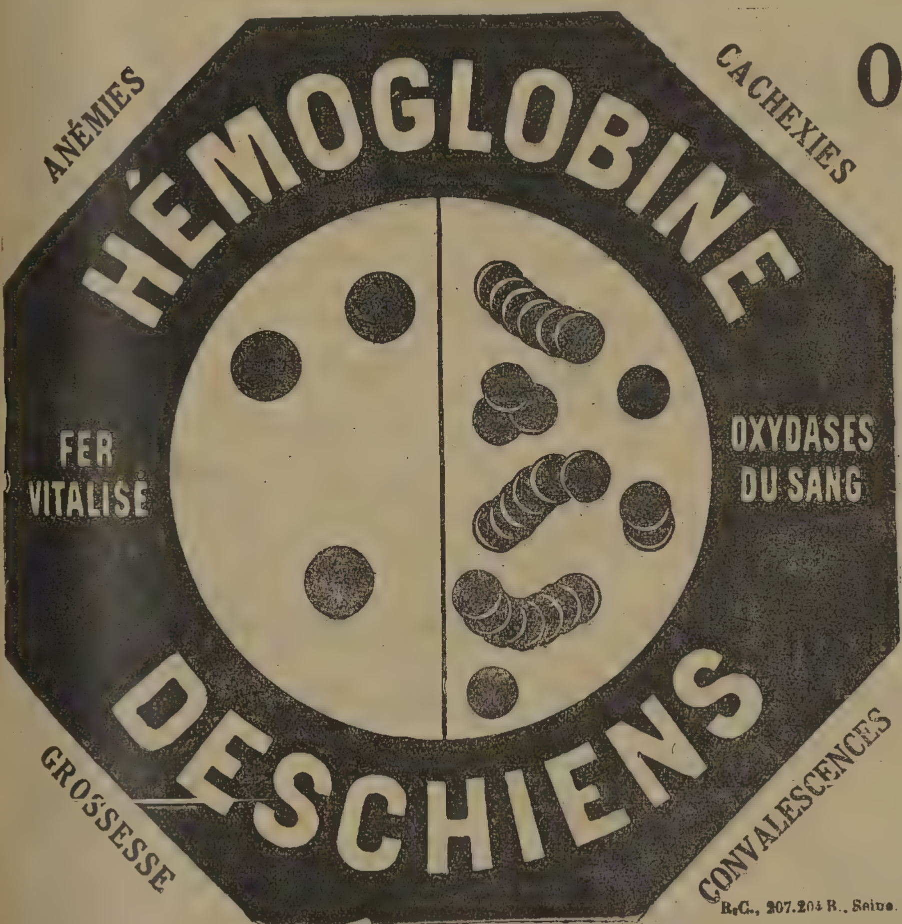
Il convient donc de prescrire, cinq à dix jours de suite, deux cachets par jour de 0g50 de *Théosalvose digitalique*. On suspend quatre à cinq jours, pour reprendre ensuite cinq à dix jours.

Entre temps, deux cachets par jour de *Théosalvose sparteinée*. Continuer plusieurs mois.

Henry-Paul VIOLLET

Nous ne voulons pas laisser passer la mort de M. Henry-Paul Viollet, externe des hôpitaux, sans lui adresser un hommage ému. Atteint d'un mal incurable et lent contre lequel toutes les ressources de la thérapeutique avaient échoué, il n'ignorait rien de son état depuis plus d'un an. Mais il savait aussi que la meilleure préparation à la mort est l'accomplissement régulier du devoir quotidien. Jusqu'à la limite de ses forces, sans une défaillance, sans même perdre sa gaieté, il a assuré son service et a continué le laborieux entraînement à l'internat. A l'heure où les jeunes gens de son âge voient l'avenir s'ouvrir devant eux, il a envisagé la mort avec une sérénité qu'il puisait dans une foi profonde. Toujours souriant, pensant aux autres plus qu'à lui-même, il a fait preuve d'un courage tranquille qui a rempli d'admiration tous ceux qui l'ont approché. Son souvenir restera vivant parmi eux. H.-P. Viollet, comme son regretté père, notre ami le docteur Paul Viollet, a donné l'exemple du devoir rempli avec simplicité, jusqu'à l'héroïsme. Puissent les témoignages d'affection qu'il a reçus adoucir la peine d'une famille cruellement éprouvée, mais qui sait où se trouvent la force et la consolation.

H. GRENET.


ANÉMIES
CACHEXIES
HÉMOGLOBINE
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

LES PÉRIVISCÉRITES ADHÉSIVES

Par VICTOR PAUCHET.

Nombre de troubles gastro-intestinaux, mis cliniquement sur le compte d'ulcères, de déséquilibre abdominal ou d'appendicite chronique, etc., sont la conséquence d'adhérences périgastro-intestinales. Ces adhérences peuvent être la conséquence d'un traumatisme accidentel ou opératoire, d'une maladie chronique ou aiguë d'un organe, ou bien ces adhérences peuvent être congénitales et renforcées par des infections secondaires. Toutefois, médecins et chirurgiens n'ont pas tous l'air de s'entendre sur la pathogénie et l'étiologie de ces adhérences; nous devons donc nous expliquer.

Les mots n'ont que la valeur que nous leur donnons. Que signifie le mot « périviscérite adhésive? » Il ne s'emploie que pour la séreuse abdominale et ne saurait comprendre les pleurites, péricardites, etc. Ce n'est pas tout; il s'applique à un groupe spécial d'adhérences et non à un autre. Par exemple, autour d'un estomac atteint d'ulcus, des adhérences peuvent se développer et fixer cet organe au pancréas, au foie, à la paroi abdominale. Ce sont des adhérences périgastriques, réactionnelles; *ce n'est pas une périviscérite adhésive*. Autour d'une cholécystite calculeuse ou catarrhale, des adhérences peuvent se créer entre cet organe, le foie, le duodénum et le côlon; *ce n'est pas une périviscérite adhésive*. Autour d'un ulcus duodénal, des adhérences peuvent se créer entre le côlon, le foie, le duodénum, *ce n'est pas une périviscérite adhésive*. Autour d'une appendicite à répétition des adhérences peuvent se créer, ce n'est pas une *périviscérite adhésive*. Autour d'un utérus enflammé des adhérences peuvent l'unir aux organes voisins; autour d'une sigmoïdite peuvent se former des adhérences qui fixent la sigmoïde à la fosse iliaque, à l'épiploon ou à la paroi abdominale; à la suite d'une péritonite tuberculeuse, une réaction fibreuse peut souder les anses entre elles ou à la paroi abdominale, *ce n'est pas une périviscérite adhésive*. Après une contusion abdominale, une plaie pénétrante du péritoine, après une laparotomie, des adhérences peuvent unir l'intestin à la paroi abdominale ou aux viscères voisins, *ce n'est pas une périviscérite adhésive*.

Donnons maintenant des exemples de la vraie périviscérite adhésive : La membrane de Jackson; les membranes que sir Arbuthnot Lane a décrites aux angles splénique et hépatique du côlon, au niveau de la sigmoïde, à la fin de l'intestin grêle, autour de l'angle duodéno-jéjunal; les membranes qui unissent le rebord du foie et la vésicule au duodénum et au côlon ascendant [périduodénite essentielle (Pierre Duval et J.-Ch. Roux)] *sont une forme de la périviscérite adhésive*. Les épiploïtes, décrites par Walther, peuvent appartenir au même processus.

Dans le plus grand nombre de cas, cette périviscérite adhésive, à localisations variables, correspond cliniquement à ce que les chirurgiens de notre génération appelaient jadis *appendicite chronique*. Dans cette fausse appendicite chronique (Antoine, de Martel, J.-Ch. Roux, Pierre Duval), l'appendice peut être scléreux ou enflammé, mais s'il est malade son état pathologique n'est qu'un détail morbide surajouté à d'autres lésions abdominales de périviscérite adhésive. « La raison pour laquelle l'ablation de l'appendice ne donne très souvent aucun résultat thérapeutique, c'est que le chirurgien n'a pas recherché quelles étaient les localisations de la périviscérite adhésive et n'a traité aucune d'elles » (Victor Pauchet).

Ces périviscérites adhésives précèdent bien souvent l'ulcus gastrique, l'ulcus duodénal, la cholécystite, la pancréatite et les ovaires scléro-kystiques, bien qu'elles n'aient aucun rapport *évident* de cause à effet avec eux.

Entre ces différentes lésions, il y a des relations incontestables, c'est la raison pour laquelle, en s'attaquant à l'une d'elles, le chirurgien n'obtient pas de bons résultats thérapeutiques; il faudrait concurremment combattre les autres.

L'insuccès est dû à ce que les causes du syndrome étant multiples, le traitement a été unique. Il ne suffit pas de supprimer l'appendice et quelques adhérences, il ne suffit pas d'attaquer une seule lésion, il faut rechercher et détruire les autres; il faut empêcher ces adhérences de se reproduire; c'est là un problème difficile, mais non pas insurmontable.

Étiologie des périviscérites adhésives. — Quel est le point de départ de ces périviscérites? Je pense qu'il est primitivement congénital et d'ordre mécanique, et secondairement inflammatoire. Je pense, en effet, qu'il faut l'association de deux processus : d'une part, le processus mécanique (sir Arbuthnot Lane), et, d'autre part, un processus surajouté d'origine infectieuse, sorte de péritonite chronique adhésive. Si vous examinez les brides qui maintiennent les côlons droit et gauche, la fin de l'iléon, la sigmoïde, vous constaterez qu'elles ne ressemblent nullement à des adhérences inflammatoires. Prenons trois exemples :

a. *La bride sigmoïdienne* détermine l'angulation que Lane appelle « la première et la dernière coudure » : la première en date et la dernière par sa situation. Si, après avoir ouvert le ventre, vous attirez l'anse sigmoïde, vous constatez que de la partie externe du méso-côlon part une bride blanche, nacrée, qui se porte vers la fosse iliaque gauche, dans le voisinage du détroit supérieur du bassin, point auquel elle fixe le segment du côlon et le coude. Cette bride, vous la séparez au bistouri de son plan de clivage; quand vous la libérez vous constatez très souvent qu'au-dessous d'elle le péritoine pariétal de la fosse iliaque apparaît lisse, normal; ceci est bien la preuve que ce n'est point une inflammation partie du côlon pour envahir le mésentère; c'est une *bride surajoutée*, acquise probablement au cours de plusieurs générations et qui joue un rôle physiologique de soutien pour lutter contre la ptose.

Je crois — comme Lane — que cette bride est due à des causes mécaniques; elle est destinée à sou-

tenir l'intestin pour lutter contre la pesanteur due à une longue fatigue ancestrale venue de la position verticale de l'homme.

b. *Bride iléale de Lane.* — Si vous examinez maintenant la bride terminale du grêle, celle qui tord ou coude la fin de l'iléon à quelques centimètres du cæcum, elle est déterminée par une bande unissant la fin du grêle et son méso au détroit supérieur du bassin à droite; cette bride libérée au bistouri laisse souvent apercevoir au-dessous d'elle un péritoine lisse; elle n'est donc pas d'origine inflammatoire.

c. *Membrane de Jackson.* — Même disposition au niveau de l'angle supérieur du côlon où se trouve une bride qui semble la transformation fibreuse de la membrane de Jackson considérée à un stade plus précoce. Cette bride peut également être libérée sans laisser de surface cruentée au-dessous d'elle.

Toutefois, nombre de cas semblent infirmer cette règle, et le péritoine peut, après section de la bride, disparaître et laisser une nappe sous-péritonéale cruentée après la section des brides. Cela tient à ce qu'au processus mécanique s'associe très souvent un processus inflammatoire. Sous l'influence de la stase intestinale qui se produit en amont immédiate et au voisinage des coudures dues aux brides, se produit la stase, puis l'infection du segment et du souspéritoine par l'infiltration des microbes intestinaux à travers les parois intestinales, jusqu'au péritoine inclus; d'où résulte une sorte de péritonite adhésive qui vient surajouter ses formations, ses adhérences à l'action de celles qui existaient congénitalement; c'est ainsi que, dans certains cas, le poli de la surface péritonéale a disparu; un processus inflammatoire secondaire est venu se surajouter au processus primitif individuel, héréditaire ou ancestral.

En tout cas, peu nous importe pour le moment la cause de ces brides. Restons dans le domaine du pratique. Constatons l'existence des troubles fonctionnels qu'elles causent et la nécessité du traitement chirurgical qui s'impose souvent. Recherchons ensuite les moyens qu'il faut employer pour les supprimer et pour éviter qu'elles se reproduisent.

Depuis vingt ans, nous avons maintes fois décrit, sous d'autres appellations, les périviscérites adhésives, avec la maladie de Lane, la stase intestinale chronique. Plus récemment, les périviscérites abdominales adhésives, les périviscérites digestives adhésives furent décrites par Trémolières, puis par Paul Carnot, Georges Lardennois, etc.

Aperçu anatomoclinique. — Un grand nombre de troubles gastro-intestinaux sont donc dus à ces péritonites chroniques, fibro-adhésives localisées, secondaires elles-mêmes à un processus mécanique congénital combiné à un processus inflammatoire survenu sur un organe abdominal ou pelvien. Elles traduisent ainsi un état péritonéal irritatif et évoluent de façon torpide, sur un ou plusieurs segments du tube digestif, entravant sa mobilité, restreignant son calibre et produisant une sténose relative ou des coudures. Il en résulte des troubles fonctionnels variés de l'estomac et de l'intestin qui peuvent simuler ou accompagner appendicite, cholécystite, ulcus, néoplasmes, tumeurs intestinales. La radiologie permet de préciser leur mécanisme et d'orienter le traitement.

Si des troubles analogues ont pu être dus à l'extension de l'inflammation franche de certains organes digestifs malades, dans leurs segments extrapéritonéaux (face postérieure du duodénum, extrémité inférieure du rectum) et aux espaces conjonctifs sous-jacents, il ne faut pas les comparer à eux. La cause n'est pas la même, et comme je viens de le dire ces dernières ne sont pas des périviscérites adhésives.

Ces périviscérites adhésives vraies, extrêmement fréquentes, sont plastiques d'emblée. Elles jouent, en pathologie abdominale, un rôle formidable et montrent leurs manifestations à chaque pas du clinicien. C'est par les symptômes de souffrance viscérale dont elles entravent le fonctionnement, que ce processus manifeste son existence. Malgré l'intervention chirurgicale intéressant l'organe sur lequel les signes cliniques attirent l'attention du médecin, les troubles continuent en totalité ou en partie, car la lésion péritonéale persiste ou se reproduit.

Malheureusement, le traitement est plus difficile que la plupart des collègues le croient; il ne suffit pas de couper les adhérences, il faut empêcher leur récidive et pour cela, il faut une technique délicate, un traitement médical et physique prolongé.

Les troubles persistent donc parce que la technique est mal connue, parce que le traitement consécutif est mal appliqué et aussi parce que les adhérences ont retenti sur tout le tube digestif et « particulièrement sur le système nerveux et les glandes à « sécrétions internes » (Trémolières).

Les troubles toxiques, sympathiques, nerveux, endocriniens, que provoque cet état pathologique, à départ abdominal, laissent des traces et si le fait de supprimer une bride, peut faire disparaître *un* de ces troubles, il ne les fait pas disparaître tous et c'est là l'erreur du thérapeute qui veut chercher, dans un seul coup de bistouri, la suppression de *tous* les maux. Il faut souvent, au cours de la laparotomie traiter, libérer plusieurs segments, réparer la brèche, péritoniser les surfaces sanglantes; il faut, de plus, empêcher la production des adhérences consécutives par l'usage de l'hypophyse, de la fibrolysine, la gymnastique abdominale et respiratoire; il faut rééduquer les troubles nerveux par la psychothérapie, relever l'état déficient des glandes et compenser les troubles endocriniens par l'opothérapie; c'est par cette orthopédie complexe que le thérapeute obtiendra des résultats définitifs en associant les différents moyens physiques, chimiques, biologiques et chirurgicaux.

Trémolières compare ces processus fibreux intra-abdominaux, aux *chéloïdes*. « Ils sont, par rapport au péritoine, ce que les chéloïdes sont par rapport à la peau ». Cet auteur accuse l'influence possible de la syphilis acquise ou héréditaire qui agirait comme cause prédisposante.

Etudions maintenant l'*aspect* de quelques localisations de la périviscérite adhésive.

C'est une lame péricolique formée de tissu séreux

réparti en brides ou en nappes, étalées sur le cæcum et le côlon ascendant, entre le foie et l'appendice.

Levœuf et Bolognési ont montré qu'elles représentaient un stade embryogénique du péritoine, mais peut-être secondairement existe-t-il un état inflammatoire qui se greffe sur la malformation congénitale Il faut rapprocher cette membrane de Jackson des productions qui accompagnent la périduodénite essentielle décrite par Pierre Duval et J.-Ch. Roux, formée aussi de brides membraneuses dans lesquelles ne se constatent pas traces d'inflammation, pas plus que dans la membrane de Jackson.

La membrane de Jackson est un voile mince qui s'étend de la coudure hépatique au cæcum et à l'abouchement iléal. Elle contient, dans son épaisseur, des vaisseaux sanguins, parallèles, longs, droits, non anastomosés. Elle ressemble, par son aspect macroscopique, à une *arachnoïde œdémateuse*, à un diaphragme incomplet; elle enserre le côlon droit, le cæcum, si étroitement que ceux-ci doivent se tasser, se couder légèrement. Le long des vaisseaux, la membrane de Jackson est épaissie de tractus fibreux qui vont s'élargissant en éventail et s'insèrent sur la face antéro-externe du cæcum et du côlon.

A un stade plus avancé, cette membrane de Jackson se rétracte, devient fibreuse et c'est elle qui étrangle parfois le segment qui forme la limite du cæcum et du côlon ascendant. Si le processus s'étend plus haut vers le foie, c'est alors que se réalise la périduodénite essentielle.

Pour Sir Arbuthnot Lane, ces épaisissements périviscéraux sont des réactions de défense contre la ptose. Elles se développent sous l'influence de tiraillements continuels produits par le poids du côlon et de la fin du grêle descendu. La bride iléale de Lane résulte donc de la ptose et de l'iléon terminal.

P. Duval et J.-Ch. Roux ont décrit *deux types de périduodénite :*

a. Une forme *membraneuse*, c'est le membrane de Jackson, voile continu formé d'une membrane fragile rougeâtre, poisseuse, vasculaire, qui descend des voies biliaires.

b. Une forme *ligamenteuse*, caractérisée par des brides fibreuses qui, tantôt suspendent le muscle duodénal aux voies biliaires ou au lobe de Spiegel, tantôt au mésocôlon transverse, tantôt étranglé, dans sa portion sous-mésocolique au point où le pédicule mésentérique passe au-devant de la troisième portion du duodénum; celle-ci est probablement comme le voile de la transformation secondaire de la membrane de Jackson.

Ces périduodénites sont la conséquence d'un processus inflammatoire qui se surajoute à la disposition congénitale et qui paraît être une forme spéciale de la membrane de Jackson. Ces étranglements périduodénaux, par périduodénite, se montrent soit sur la seconde portion duodénale (sus-mésocolique), soit sur la troisième portion au niveau du pédicule mésentérique (sous-mésocolique).

Ch. Walther a décrit les péricolites inflammatoires. Dans la thèse de son élève Du Roselle, celui-ci distingue dans les péricolites droites, trois formes :

Les formes polypoïde, pseudo-membraneuse et adhésive.

a. *forme polypoïde* est caractérisée par la rougeur du cæcum et du côlon ascendant. La surface de ces organes saigne facilement et se montre parsemée de franges graisseuses de la grosseur d'un pois, tantôt jaunes, tantôt rosées, suivant leur degré d'inflammation.

Un certain nombre de ces formations sont de consistance mollasse; les autres, à un stade plus avancé de leur évolution, ont une consistance plus ferme et sont fibrograisseuses. Autour d'elles, s'observent des placards rouges, dépolis et saignants, séparés ou confluents.

b. *Dans la forme membraneuse* le cæcum et le côlon sont couverts par une membrane plus ou moins épaisse avec néoformation fibreuse en cordelette.

c. *Forme adhésive*, caractérisée par : 1° les formations scléreuses qui accolent le côlon droit au tissu voisin, au péritoine postérieur; 2° l'accolement de l'iléon au côlon ascendant ou au transverse; 3° le coude de l'angle hépatique du côlon, accentué par l'accolement en canon de fusil du côlon ascendant au côlon transverse; 4° enfin, l'accolement de l'épiploon à la paroi abdominale.

Les degrés de cette péritonite sèche varient depuis la simple tache pâle, entourée d'un halo, jusqu'à la bride rétractée formée de fibres blanc nacré, résistante, et à la bande fibreuse dure et concrète qui forme une sorte de ligament.

Il faut donc rapprocher les unes des autres toute une série de formations que nous connaissons, telles que les membranes péricoliques, la membrane de Jackson, les brides de Lane, la périduodénite essentielle.

La *bride iléale de Lane* est une bande épaisse de 5 à 7 centimètres de large et qui occupe la face postérieure du mésentère. Elle est fixée, d'une part à la base du mésentère, d'autre part à la convexité de l'intestin grêle. Plus courte que le mésentère, elle remplace le feuillet inférieur scléreux ou bien se surajoute parallèlement à lui, puisque, quand le bistouri l'a coupée, l'observateur retrouve souvent la partie postérieure du mésentère lisse et brillante. Elle joue donc un rôle de soutien de l'iléon, mais, par contre, elle coude et tord souvent celui-ci, suivant son axe longitudinal. Elle réduit, par ce fait, la lumière intestinale.

La bride sigmoïdienne de Lane. — Ne confondez pas cette bride qui se montre au niveau du côlon iliaque, et qui forme le coude que Lane appelle « la première et la dernière coudure », ne la confondez pas avec les vraies périsigmoïdites, celles-ci d'origine inflammatoire et qui se développent autour des sigmoïdes infectées et notamment celles qui sont accompagnées de diverticules (diverticulite). Ces dernières lésions qui forment souvent des tumeurs inflammatoires, n'ont aucun rapport, de près ni de loin, avec la péritonite adhésive que je viens de décrire, avec les périviscérites qui nous intéressent aujourd'hui.

L'*épiploïte*, décrite par Ch. Walther, et son élève

Haller, est fréquente. Elle peut revêtir différents aspects. Au début, elle se traduit par une congestion de l'épiploon, sur lequel se dessinent des placards ou des traînées périvasculaires. Puis se montrent des zones épaissies, rouge vif, granuleuses, qui donnent à la palpation la sensation de petits noyaux durs, enchassés, comme des grains de plomb, dans la paroi.

La surface épiploïque est irrégulière, coupée de brides fibreuses blanchâtres qui se dessinent en relief. A un stade plus avancé, l'épiploon plus infiltré, donne à la palpation, une sensation de résistance de cuir, avec, par places, des masses volumineuses dures et grenues, formant des noyaux d'épiploïte scléreuse. Plus tard, l'épiploon se rétracte en un paquet fibreux et dense qui se tasse contre le côlon transverse.

Les adhérences épiploïques sont habituelles. L'épiploon, organe mobile de défense, s'accole aux zones enflammées et contribue ainsi à créer des adhérences épaisses qui siègent surtout sur le cæcum, le côlon ascendant, l'angle colique droit et le transverse. Autour de ceux-ci, elles forment des anneaux qui étranglent l'intestin, de véritables tunnels péricoliques qui se moulent vers l'intestin et rétrécissent sa lumière.

La *périduodéno-jéjunite* qui accentue l'angle duodéno-jéjunal et l'entoure d'adhérences fibreuses qui font partie de la périduodénite sous-mésocolique, *provoque la dilatation du duodénum.*

Les *brides des angles colique et splénique*, avec ou sans accolement en canon de fusil du côlon ascendant et descendant au transverse.

Les mésentérites. — Tous les mésos péritonéaux peuvent être atteints de sclérose, suivie d'épaississement et rétraction, ils acquièrent une surface irrégulière, parsemée de semis blanchâtres, de taches laiteuses, de cicatrices étoilées. C'est ainsi que s'observe la mésocolite rétractile qui adosse, en canon de fusil, le côlon ascendant ou descendant, soudés au segment voisin du transverse. La méso-sigmoïdite qui favorise la formation du dolichocôlon et ensuite sa torsion, cause du volvulus du côlon pelvien.

Dans cette mésosigmoïdite rétractile, le méso-côlon pelvien normalement souple et libre, est envahi par des brides cicatricielles qui rapprochent de plus en plus les deux segments d'attache pelvienne de l'anse, si bien qu'à un stade ultime, le méso-colon peut être réduit à l'état d'un cordon vertical, dur, scléreux, coupé de brides transversales, ou bien l'anse sigmoïde allongée, dilatée, aux deux extrémités rapprochées forme un oméga retenu seulement par un étroit pédicule autour duquel la sigmoïde se tord (volvulus sigmoïde).

Les *brides* contiennent des capillaires lymphatiques, parfois infectés de microbes pathogènes; ce fait nouveau montre le rôle inflammatoire surajouté au rôle congénital de la formation de ces brides; si nous pratiquons la section de la bride iléale de Lane, par exemple, des accidents de péritonite peuvent survenir, si le chirurgien ne prend pas soin de frotter l'insertion débridée par le bistouri à l'éther ou à la teinture d'iode. Le même incident peut se produire si on pratique la section des brides qui étranglent le cæco-côlon.

Pourquoi la section de la membrane de Jackson et celle de cette bride iléale de Lane, donnent-elles de l'infection?... Pourquoi la section de la bride sigmoïdienne et celle de la bride splénique ou hépatique, ne s'accompagne-t-elle pas d'une réaction péritonéale aussi fréquente?... Parce que ces brides contiennent les microbes venus de l'intestin. Elles renferment des streptocoques, des staphylocoques, des colibacilles, des entérocoques. La section de ces brides peut amener la diffusion de ces microbes vers la cavité abdominale, d'où péritonite. Pourquoi sont-elles plus fréquentes à droite qu'à gauche?... Parce que à droite les microbes sont plus virulents, tandis qu'à gauche les matières sont sèches, moins riches en germes.

Ce nouveau détail montre l'utilité de péritoniser la surface cruentée laissée par la section des brides, et la nécessité de frotter ces surfaces immédiatement après leur section, avec de l'éther. Pour continuer l'opération, l'opérateur doit changer de gants et d'instruments.

Pour confirmer le rôle de l'infection, comme effet des périviscérites, l'opérateur trouve fréquemment des ganglions mésentériques engorgés.

Cette section des brides amène-t-elle la guérison?

Oui, si leur section est suivie d'une péritonisation parfaite. En utilisant le péritoine pariétal ou une greffe épiploïque; oui si toutes les coudures sont corrigées; oui si en cas d'appendicite, ou d'épiploïte coexistantes ces deux organes sont supprimés; oui si l'hémostase est parfaite; oui si le traitement consécutif est observé : gymnastique respiratoire, gymnastique diaphragmatique; injections d'hypophyse pour provoquer le péristaltisme pendant deux ou trois semaines.

Deux moyens surtout préviennent la reproduction des adhérences, la péritonisation parfaite et le péristaltisme provoqué de l'intestin.

ACTUALITÉS

LA MÉDICATION ANALGÉSIANTE

UN NOUVEAU MÉDICAMENT DE LA DOULEUR

Par le docteur H. Villetard de Laguérie,
Ancien interne des hôpitaux.

La terminologie médicale, pour caractériser les médicaments agissant sur la douleur, possède les mots *anesthésique* et *analgésique*, qui ont un sens assez précis, encore que souvent employés l'un pour l'autre. Leur éthymologie indique que le premier doit s'appliquer aux substances qui, inhalées, ingérées ou injectées, introduites en somme dans la circulation générale, imprègnent les tissus de l'organisme, le tissu nerveux parfois électivement, et supprimant toute sensibilité, abolissent *ipso facto* la douleur pendant toute la durée de leur action; le second aux substances qui supprimant la douleur, la douleur seulement, laissent la sensibilité intacte, ou

à peu près. L'anesthésique est presque toujours utilisé dans un but chirurgical, l'analgésique souvent aussi (cocaïne et ses dérivés), mais avec des applications médicales que n'a pas le premier.

Nous proposons le terme d'*analgésiant* pour caractériser un médicament qui, introduit dans l'organisme par ingestion, injection ou autrement, diminue et atténue la douleur, d'une façon générale, tout en conservant la sensibilité, la conscience, etc. D'analgésiques vrais, supprimant complètement la douleur la douleur aiguë, violente, nous n'en connaissons pas qui puissent être impunément administrés à dose suffisante pour obtenir un tel résultat, exception faite toutefois de la morphine qui, cependant, n'est le plus souvent administrée chez les chroniques qu'à dose analgésiante. La cocaïne, la stovaïne et leurs dérivés, sont bien des analgésiques, mais leur action doit rester localisée; l'antipyrine, le pyramidon, l'aspirine, sont en réalité des analgésiants, dont l'action, de plus, est presque élective pour les centres nerveux supérieurs. Si leur efficacité dans la migraine et beaucoup de céphalées n'est pas douteuse, elle est beaucoup plus sujette à caution dans les affections douloureuses ressortissant à l'innervation médullaire, où il faudrait user alors de doses telles qu'elles ne seraient point sans avoir de graves inconvénients. Seule la morphine mérite donc le titre d'analgésique, et encore, nous l'avons vu, avec quelques restrictions; son usage continu est trop chargé de méfaits pour que n'apparaisse aussitôt tout l'intérêt d'un médicament susceptible de la remplacer dans les cas où il faut opposer à la douleur une médication de quelque durée.

La préparation que nous avons étudiée porte le nom de cibalgine. C'est une association de diallylmalonylurée (dial) et de pyramidon, dont l'action calmante nous a paru assez remarquable, au cours de quelques premiers essais, pour nous inciter à rechercher pharmacologiquement et expérimentalement toutes ses possibilités d'utilisation clinique, ce complexe nous ayant paru avoir de réels avantages, du fait de sa tolérance, de la durée de son action et de la facilité de son administration.

Nous avons employé la cibalgine sous forme de comprimés et d'ampoules; un comprimé renfermant 3 centigrammes de dial et 22 centigrammes de pyramidon, une ampoule de 2 centimètres cubes 6 centigrammes de dial et 44 centigrammes de pyramidon. On voit immédiatement que la posologie de cette préparation peut, sur cette base, varier dans d'assez larges limites, ce qui permet d'en graduer les effets depuis un comprimé, dans le cas de céphalées légères, gênantes pour l'accomplissement de la tâche quotidienne, jusqu'à 3 ou 4 comprimés par vingt-quatre heures ou 1 ou 2 ampoules, dans les affections vraiment douloureuses. La facilité de son administration hypodermique, absolument indolore et d'effet rapide et net, permet l'utilisation de la cibalgine en piqûres dans de nombreux cas aigus où les malades sont déjà contraints d'absorber par voie buccale divers médicaments, et sujets souvent à une certaine intolérance gastrique. Ne citant que pour mémoire les cas banaux de douleurs dues à des arthrites aiguës, coliques hépatiques, orchites, etc., où la sédation qu'elle procure est évidemment très appréciable, nous désirons surtout mentionner les résultats que nous en avons obtenus chez certains malades où la médication devait être continuée plus longtemps : hémoptysie des tuberculeux avancés, crises d'asthme, etc... Mais auparavant, que l'on nous permette d'exposer les résultats de quelques essais *in anima vili* :

Chez le chien, utilisant la solution qui se trouve dans les ampoules de cibalgine du commerce, en injection intraveineuse, on observe :

a. *A la dose de 1/4 de centimètre cube par kilog de poids.* — Quelques contractions toniques, puis un certain degré d'incoordination des mouvements; l'animal paraît insensible au monde extérieur, se heurte aux meubles et répond à peine aux appels. Cet état dure quatre ou cinq heures puis disparaît sans laisser de traces.

b. *A la dose de 1/2 centimètre cube par kilog de poids.* — Agitation pendant l'injection, avec miction et défécation. Puis prostration. L'animal se maintient néanmoins debout, dans un certain état de contracture et ne réagit que légèrement aux appels. Au bout d'une demi-heure l'animal titube, mais il ne se couche pas, ni ne s'endort; il ne répond presque plus aux appels et ne réagit plus du tout aux excitations douloureuses par pincement ou torsion de la peau. Cet état de torpeur persiste toute la soirée. Le lendemain matin, l'animal est complètement rétabli et semble tout à fait normal.

c. *A la dose de 3/4 de centimètre cube par kilog de poids.* — Tétanisation presque immédiate et généralisée avec écume, cris rauques, miction. Puis agitation désordonnée des membres avec inconscience et insensibilité totale. Au bout de dix minutes, sommeil avec respiration normale, sans phase d'apnée ni stertor. Pas d'exagération des réflexes tendineux comme au cours de l'anesthésie chloralosique. Aucune réaction à la douleur. Ce sommeil se poursuit pendant trois heures, entrecoupé par quelques courtes périodes d'excitation, après quoi, le chien se lève et marche en titubant légèrement. L'état paraît normal le lendemain matin, l'injection ayant été faite la veille à quatorze heures (1).

Il convient de se rendre compte, par comparaison avec un adulte de poids moyen, de ce que représente le nombre de centimètres cubes injectés, qui est allé, dans le dernier cas, à 10 pour un chien de 13^{kg}500.

a. 1/4 de centimètre cube par kilog = 15 centimètres cubes pour un sujet de 60 kilogs.

b. 1/2 centimètre cube par kilog = 30 centimètres cubes pour un sujet de 60 kilogs.

c. 3/4 de centimètre cube par kilog = 45 centimètres cubes pour un sujet de 60 kilogs.

Soit en éléments actifs :

a. dial 45 centigrammes; pyramidon 3^{gr}30;
b. dial 90 centigrammes; pyramidon 6^{gr}60;
c. dial 1^{gr}35; pyramidon 9^{gr}90.

Doses énormes et hors de toute proportion avec

(1) Expériences faites par le docteur J. Didry, préparateur à la station de chirurgie expérimentale du Collège de France.

celles où ces corps sont utilisés séparément dans un but thérapeutique. Faut-il admettre que les deux corps ont l'un sur l'autre une action corrective diminuant la toxicité de chacun d'eux? Il est possible que le dial, en diminuant l'excitabilité réflexe du système nerveux, augmente la tolérance de l'organisme pour le pyramidon, en atténuant son action dépressive. Nous ne saurions nous prononcer encore sur ce point qui exigerait pour être élucidé de nombreux essais comparatifs, mais ce que nos expériences nous permettent de constater, c'est la faible toxicité du complexe qui, administré à la dose énorme de 10 centimètres cubes, pour un chien de 13kg500, et par le procédé physiologiquement brutal de la voie intraveineuse, n'a déterminé que des accidents immédiats relativement bénins, sans aucun symptôme d'intoxication tardive : appétit et comportement normaux dès le lendemain de l'épreuve, pas d'hypothermie progressive, comme avec certains dérivés de la série barbiturique, aucun signe de bloquage du rein ou du foie, système nerveux non modifié dans ses réactions.

Cliniquement, nous basant sur l'expérience que nous avons faite de cette préparation sur un assez grand nombre de malades, nous pensons qu'il peut y être fait appel avec de grands avantages toutes les fois qu'il y a lieu de calmer une excitation nerveuse périphérique ou de provoquer un état de torpeur et d'hyposensibilité favorable à certains malades. Dans cet ordre d'idées, la cibalgine nous semble appelée à remplacer la morphine dans beaucoup de cas; elle a sur cette dernière l'immense avantage de ne pas créer l'accoutumance et le dangereux état de besoin, si vite despotique chez quelques prédisposés. Il semble que l'on puisse l'administrer fréquemment et pendant un temps presque indéfini sans qu'apparaissent d'inconvénients sérieux. Nous n'avons observé au cours de son usage ni nausées, ni céphalée, ni « réveil lourd ». Cet avantage a été reconnu et apprécié par plusieurs de nos malades ayant déjà la pratique de la morphine et des hypnotiques. Ajoutons que l'injection sous-cutanée de cibalgine est tout à fait indolore et ne détermine nulle réaction au point injecté.

Chez les tuberculeux cavitaires sujets aux hémoptysies, on obtient un effet presque aussi rapide qu'avec la morphine, grâce à la sédation de la toux et au calme qui envahit le malade quelques minutes après la piqûre. Cet effet ne dure, il est vrai, que quelques heures; il est moins prolongé que celui d'une piqûre de morphine, mais on peut renouveler l'injection en toute quiétude, immense avantage qui épargne au médecin l'angoisse inséparable de tout traitement morphiné qui se prolonge. Chez un tuberculeux devenu morphinomane, nous avons constaté qu'une ampoule de cibalgine suspendait l'hémoptysie pendant deux ou trois heures et une piqûre de morphine pendant une journée; ce malade, étudiant en médecine, était rapidement arrivé à se faire des piqûres de 4 centigrammes de morphine, glissant ainsi sur la pente fatale de la morphinomanie. Combien il eût mieux valu qu'il ne connût jamais l'usage du dangereux alcaloïde!

Dans la crise d'asthme, l'action de la cibalgine nous a paru extrêmement marquée, supérieure même à celle de la morphine. Chez une femme de soixante-quatorze ans, encore valide, sauf une cécité complète due à un glaucome double, sujette à des crises d'asthme très brusques, très violentes, qui se faisaient de plus en plus fréquentes, et que seule la morphine pouvait soulager, nous nous décidâmes, en constatant que la dose de 1 centigramme commençait à devenir insuffisante, à substituer la cibalgine à la morphine. Les crises furent jugulées instantanément par une seule ampoule, et l'injection suivie d'un sommeil très calme d'environ huit heures, alors que cette malade était habituellement insomnique. Réveil excellent, sans aucun malaise, alors que le sommeil morphinique était généralement suivi de maux de tête dans la journée du lendemain. De plus, les crises se sont espacées.

Dans les coliques hépatiques et néphrétiques, l'action de la cibalgine paraît moins marquée, mais elle est suffisante dans les cas où la douleur n'atteint pas son summum d'intensité, et on évite ainsi la constipation qui suit généralement l'injection de morphine.

Bien d'autres applications de cet hypno-analgésique seraient à envisager : chez les épileptiques en état de mal par exemple, et au cours des crises de démorphinisation où les crampes, les vomissements et l'angoisse du sujet l'incitent à des réactions violentes qu'il est humain et parfois nécessaire de calmer. L'injection de cibalgine donnera alors l'illusion bienfaisante du toxique dont la privation cause d'affolantes douleurs physiques et morales; elle permettra de tenir le morphinomane dans l'ignorance du degré d'avancement de sa cure, et par le calme qu'elle lui procurera de traverser sans orage la période si critique de la suppression totale.

La médication analgésiante a donc trouvé dans le complexe que nous avons étudié, la cibalgine, une substance propre à servir ses fins dans les meilleures conditions parce que, peu toxique, bien tolérée, d'action sûre, très maniable, ne créant ni accoutumance, ni état de besoin.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PROJETS DE RÉFORME POUR LE CONCOURS DES MÉDECINS DES HÔPITAUX

Le concours des médecins des hôpitaux va se terminer, suivant son rite habituel. Parmi l'ensemble des candidats, de grande valeur scientifique (tous méritant le « dignus intrare », puisqu'ils ont tous acquis, à l'anonymat, leur ou leurs admissibilités), le sort en a choisi trois. Mais pensons également aux autres bi-admissibles qui attendent depuis longtemps et que le hasard n'a pas favorisés. On a dit humoristiquement et très justement, de ce concours, qu'il serait plus logique, pour l'admission définitive, de tirer de l'urne, non pas le nom des juges, mais celui des candidats. Et, pour obvier à ces critiques, j'avais demandé de remplacer, par une élection franche, au grand jour, le concours actuel qui n'est qu'un choix déguisé (1).

Ce projet a été approuvé par les uns, rejeté par les autres, mais qu'il s'agisse de postulants ou de juges anciens ou futurs,

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 46, p. 773.

tous ont été unanimes à proclamer qu'il était désormais impossible de maintenir le régime actuel.

Le but de cet article est simplement d'exposer les projets qui m'ont été adressés par les candidats. Ceux-ci ont également voix au chapitre, puisque ce sont les premiers intéressés dans cette grave question, d'où dépend leur avenir.

Il n'est pas mauvais que toutes les opinions médicales puissent se faire entendre, longtemps à l'avance et que le débat soit élargi, afin que les résolutions qui pourront être ultérieurement votées aient quelque chance d'acquérir plus de stabilité que leurs aînées.

I

PROJET D'UN GROUPE DE CANDIDATS BI-ADMISSIBLES

Plusieurs modifications de l'actuel règlement peuvent être envisagées.

1° *L'anonymat du concours d'admission* apparaît comme le plus simple et le plus juste des modes de recrutement.

a. Il serait facile à établir, dès maintenant, puisque les candidats bi-admissibles ont déjà subi l'épreuve de quatre malades « anonymes » et que ces quatre malades peuvent suffire à les classer (projet 3).

b. Mais, au point de vue pratique, il ne faut pas que l'anonymat puisse être percé.

2° *L'élection simple par la Société médicale* favorise trop les coalitions.

3° *L'ancienneté jouant pour les bi-admissibles* est la solution la plus logique et la plus juste, que nous ne pouvons qu'indiquer et non soutenir, car elle pourrait être interprétée comme ayant pour but uniquement notre propre intérêt.

Dans ce cas, un vote au bulletin secret de la Médicale devrait être demandé pour mettre un veto (à la majorité des deux tiers) à la nomination d'un candidat de moralité insuffisante.

4° En tout état de cause, si ces solutions ne devaient pas être acceptées, il faudrait *amender le règlement actuel en diminuant le rôle prédominant laissé au tirage au sort.*

Aussi les réformes minima à demander seraient les suivantes :

a. *Nécessité d'avoir acquis deux admissibilités pour se présenter*, ou même nécessité d'attendre un an après la deuxième admissibilité pour se présenter au concours d'admission.

b. Système de recrutement du jury *favorisant la sortie de l'urne de tous les chefs de service à tour de rôle.* Par exemple, un système prévoyant :

1° L'élimination des juges pendant trois années;

2° La présence systématique dans le jury des membres n'ayant pas été tirés depuis six ans;

3° Un juge aurait le droit de refuser une fois de faire partie du jury. Le deuxième refus l'éliminerait lui aussi pour trois ans.

II

PROJET D'UN SECOND GROUPE DE CANDIDATS BI-ADMISSIBLES

Préambule. — Il est malheureusement impossible d'apporter un projet de modifications qui ait l'approbation de tous. Les intérêts des candidats sont souvent contradictoires. Aussi, dans ce projet, nous n'aurons en vue que la majorité des candidats ayant travaillé cliniquement et théoriquement comme le prouvent leurs admissibilités rapidement acquises, et ayant pour la plupart fait des recherches personnelles et qui les continuent.

A. ADMISSIBILITÉ. — L'admissibilité, telle qu'elle est actuellement acquise, c'est-à-dire avec l'anonymat, a donné dans l'ensemble, malgré quelques critiques, satisfaction à tous. Elle doit être maintenue dans ses principes. D'ailleurs l'anonymat pénètre de plus en plus dans les habitudes des concours. Après l'internat, il vient d'être adopté pour le concours des chirurgiens et celui de la médaille. Le seul reproche que l'on puisse lui faire est de donner encore une place trop grande au hasard (malades trop différents jugés souvent d'une façon trop variable). Il est facile d'y remédier en augmentant encore le nombre des épreuves et en y ajoutant une troisième épreuve de malade (consultation écrite). En augmentant de quatre ou cinq le nombre des juges il est également facile de ne pas trop allonger la durée du concours.

B. ADMISSION. — C'est le concours d'admission qui a soulevé et soulève encore les plus grandes objections. Il ne faut pas se dissimuler qu'il n'est un concours que de nom et qu'en réalité tout revient à un simple tirage au sort. Il est de vérité courante pour tous, tant candidats que juges, que quelques heures après le tirage du jury, la majorité sinon la totalité des places est déjà donnée. Seule une grosse modification du jury résultant d'un nouveau tirage peut modifier l'attribution d'une place. Or le hasard fonctionne là, avec toute sa rigueur, c'est-à-dire son injustice habituelle et ses caprices. Certains chefs sont tirés régulièrement tous les deux ans, tandis que d'autres souvent beaucoup plus anciens ne sortent jamais ou une fois seulement dans toute leur carrière. Tel chef « sortira » immédiatement entouré d'amis ou d'élèves, tel autre sera isolé et devra se retirer.

Qu'on ne dise pas que le hasard ne s'exerce que pour établir un simple tour de passage entre des candidats égaux par le mérite et qui finissent par arriver tous rapidement. Les caprices du tirage au sort font arriver tel candidat monoadmissible qui a enregistré souvent plusieurs échecs antérieurs, mais qui a eu la bonne fortune de « tirer » plusieurs patrons, éventualité qu'il ne retrouvera peut-être jamais et dont il faut profiter. Tel candidat qui a acquis avec peine, après de nombreux concours, ses admissibilités sera nommé bien avant ses camarades qui l'ont constamment battu.

Or il ne nous paraît ni juste, ni désirable, ni profitable aux intérêts de tous, que la désignation à un poste aussi réputé et justement considéré que celui de médecin des hôpitaux soit laissé en fin de compte au seul hasard.

Si donc on veut abandonner définitivement ce système de tirage au sort, deux modes sont à envisager : l'élection et la désignation par le concours anonyme.

L'*élection* par la totalité des médecins des hôpitaux est théoriquement parfaite. Elle permet de juger les recherches personnelles des candidats et leur valeur intrinsèque. Malheureusement on peut prévoir qu'avec les habitudes actuelles difficiles à réformer, l'élection aboutirait rapidement à la constitution d'une majorité qui imposerait toujours sa liste entière. Les critiques à peu près unanimes qu'a soulevées le dernier concours d'agrégation nous écarte définitivement de ce mode.

Il reste donc le concours anonyme jusqu'au bout. Et pour éviter de multiplier les épreuves et pertes de temps pour tous candidats et juges, il serait préférable d'utiliser le concours anonyme d'admissibilité.

Après le concours anonyme tous les candidats ayant conquis leur deuxième admissibilité sont classés par ordre de rang et d'ancienneté de deuxième admissibilité. Ceux d'une même ancienneté sont classés par leur rang de concours. (L'année de la deuxième admissibilité comptant seule pour le classement.) La totalité des bi-admissibles subit alors une épreuve de titres, simple *examen* (*et non concours*) devant la totalité de la Société des médecins des hôpitaux qui élimine ceux qu'elle juge « indésirables » à tous points de vue après examen de leurs titres scientifiques, militaires, etc., cette élimination devant être votée à la majorité des deux tiers. Tous les candidats maintenus (qui seront évidemment le plus souvent la totalité) seront alors nommés au fur et à mesure des places vacantes selon leur rang de classement.

Comme il y a en moyenne six nouveaux bi-admissibles par an et qu'il existe généralement six places de médecins des hôpitaux chaque année on peut compter sans grande erreur que deux ans après leur admissibilité définitive tous les candidats seront nommés.

Si on prend la vingt-huitième année, comme date de fin d'internat et vingt-neuf ans comme celle du premier concours, en comptant trois ou même quatre ans pour la conquête des deux admissibilités les candidats seront tous nommés à trente-quatre ou trente-cinq ans et on ne peut dire que notre projet ne soit pas favorable aux jeunes.

Il est sans doute loin d'être parfait, mais il substitue au hasard pur et simple un test sans doute lui-même critiquable mais qui, basé sur des épreuves cliniques et théoriques multiples, inspire plus de confiance à tous et satisfait mieux notre désir de justice.

Résumé et conclusion du projet du second groupe de candidats.

1° Pour s'inscrire, il faut avoir été interne des hôpitaux de Paris.

2° ADMISSIBILITÉ. — Le nombre des épreuves de malades (consultation écrite anonyme) est porté à trois au lieu de deux.

3° ADMISSION. — Après le concours d'admissibilité tous les candidats bi-admissibles sont classés d'après leur ancienneté de deuxième admissibilité et ensuite après la moyenne de leur rang dans ces deux concours.

Cette liste est alors soumise à la Société médicale des hôpitaux qui, dans une séance consacrée à cette épreuve, examine les titres scientifiques, militaires, moraux des candidats et élimine celui ou ceux qu'elle juge indésirables. Cette élimination n'est valable que si elle a réuni la majorité des deux tiers. Les candidats maintenus sur la liste, sont nommés au fur et à mesure des places vacantes d'après leur rang de classement.

* * *

Je n'ai rien à ajouter aux « desiderata » des candidats. Je constate seulement qu'ils sont opposés, en très grande majorité, à une élection, que celle-ci soit faite à jury restreint ou élargi; qu'également ils rejettent à peu près tous, comme épreuve de concours, l'exposé des titres et travaux scientifiques et qu'ils se rallient, pour la plupart, au deuxième projet que j'avais envisagé : *celui de l'anonymat* avec droit de regard par la Société médicale des hôpitaux, afin de parer à toute candidature « indésirable » au point de vue moral.

Faut-il regretter cette indifférence à l'égard de l'épreuve dite « des travaux scientifiques »? Je ne le crois pas. Le candidat sait trop bien que les communications plus ou moins hâtives, faites dans le seul but de rendre plus chargées et plus imposantes, les pages d'un « Exposé » sont sans valeur. Le véritable étudiant (car nous restons de perpétuels étudiants), qui aura le goût de la clinique et du laboratoire, continuera à créer et à produire, envers et contre tous, avant, pendant et après son concours anonyme, et ceux-là seuls, parmi les travaux publiés, comptent et sont productifs, qui sont inspirés par le désir et l'attrait direct et désintéressé de la recherche scientifique.

J.-A. SICARD.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 14 juin. — Jury : MM. Carnot, président; Duval, Terrien et Lecène. — M. ALEPÉE. Essai de traitement vaccinothérapique de la rhinite. — M. PRÉVOST. L'éventration diaphragmatique droite. — Mlle VEXLER. Sur deux cas d'invagination intestinale. — M. BARISHAC. Microbismes latents observés pendant la guerre. — Mlle CABANEL. Polyarthrites chroniques tuberculeuses. — M. LOUSSOT. Traitement des fractures de cuisse par l'appareillage. — Mlle LESUEUR. Etude sur les traumatismes craniens.

Jury : MM. Bezançon, président; Jeanselme, Sicard et Roussy. — M. MASTINEZ. La lutte contre la syphilis. — M. CAVALIER. Les embolies dans l'infarctus du myocarde. — M. RAMIREZ. Anatomie et pathogénie des artérites. — M. CÉLICE. Les facteurs de dyspnée dans les scléroses pulmonaires.

Mercredi 15 juin. — Jury : MM. Bernard, président; Ombrédanne, Debré et Hutinel. — M. CHAUVINEAU. Etude sur le contrôle sanitaire de l'ostréiculture. — M. FONTAMILLE. Diagnostic de la péritonite chez l'enfant.

Un Progrès dans le Traitement de la Constipation



LE LORAGA est la première Emulsion d'huile de paraffine et d'agar-agar employée ; elle possède les avantages suivants : homogénéité et stabilité parfaites ; goût agréable malgré l'absence de tout arome artificiel ; absence de sucre, d'alcalis et d'alcool ; pas de contre-indications ; pas d'écoulement d'huile ; pas de coliques ni de douleurs intestinales ; pas de nausées ni de troubles gastriques ; pas d'accoutumance.

¶*MM. les Médecins qui en feront la demande recevront gracieusement un échantillonnage suffisant de ce produit, pour leurs essais cliniques.*

DE toutes les affections susceptibles de frapper l'espèce humaine aucune n'a bénéficié d'une thérapeutique en progrès aussi sensible que le traitement de la constipation. Et s'il en faut une preuve elle nous est certainement fournie par le

LORAGA

Ce produit a une composition qui s'inspire directement des études et des recherches les plus récentes relatives aux moyens de conserver à l'intestin son fonctionnement normal. La pratique montre d'ailleurs qu'il corrige les troubles fonctionnels de l'intestin avec une rapidité et une efficacité qui ne peuvent laisser aucun doute quant à sa supériorité sur les laxatifs et cathartiques courants.

Préparé avec de l'huile de paraffine et de l'agar-agar, sélectionnés avec le plus grand soin, émulsionnés par un procédé spécial qui permet une division très fine des globules d'huile en même temps qu'une stabilité exceptionnelle de la préparation combinés enfin dans des proportions que des études cliniques très poussées ont démontré qu'elles correspondent de fort près à l'état de l'intestin, tout explique que le Loraga ait une action aussi puissante, aussi persistante et aussi importante par ses répercussions sur l'état général.

Plus nombreux de jour en jour sont les médecins qui s'adressent au Loraga et l'emploient de préférence aux évacuants classiques. Ils constatent, en effet, après une expérimentation clinique sur plus de 400 cas de constipation, que ce produit " ramène à son état normal la fonction de l'intestin au moyen de procédés uniquement physiologiques " et qu'il marque un pas en avant dans le traitement rationnel de la stase intestinale.

LABORATOIRES SUBSTANTIA
GUILLEMOTEAU & CIE, PHARMACIEN
70, RUE DE STRASBOURG, VINCENNES (Seine)

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF CRURAL[1]

II. Nerf musculo-cutané interne. — Naît parfois isolément du plexus lombaire.

Le plus souvent, dès son origine, il se porte en dedans, se divise en *rameaux pré- et rétro-vasculaires*, puis s'unissent en un tronc unique qui sort de la fosse ovale et accompagne la veine saphène interne jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, s'anastomose avec l'obturateur.

Il abandonne encore *des rameaux musculaires* qui passent en arrière des vaisseaux :

Nerf du pectiné,
Nerf du moyen adducteur.

III. Nerfs du quadriceps. — Naissent d'un commun ou isolément. Ce sont :

Rameau du droit antérieur. — Se porte en bas et en dehors.
Se divise généralement en trois branches :
a. Inférieure,
b. Moyenne,
c. Supérieure ou récurrente qui donne souvent :
Un filet au tenseur du fascia lata,
Un filet articulaire pour la branche face antérieure.

Rameau du vaste externe. — Se dirige en bas et en dehors entre le droit antérieur et le crural, il se divise en trois rameaux :
Inférieur,
Moyen,
Supérieur ou récurrent qui donne un petit filet articulaire pour la branche.
Enfin souvent un filet qui traversant le vaste externe va au crural.

Rameau du vaste interne. — Descend jusqu'au canal de Hunter parallèle et accole à l'artère.
Abandonne : des branches au vaste interne; une branche au crural qui aborde le muscle par sa face antérieure.
Sa branche terminale pénètre le vaste interne et donne un filet articulaire pour le genou.

Rameau du crural. — Directement gagne la face antéro-supérieure du crural : c'est le *nerf supérieur du crural* toujours distinct des rameaux venus des nerfs du vaste interne et vaste externe, toutes ces branches nerveuses sont satellites des branches artérielles de l'artère du quadriceps.

IV. Nerf saphène interne. — C'est la plus longue des branches terminales du crural, elle s'étend du triangle de Scarpa au bord interne du pied, *satellite à la cuisse de l'artère fémorale, satellite à la jambe de la veine saphène.*

A la cuisse. — Dans le triangle de Scarpa. — Il descend parallèle à l'artère fémorale en *dehors de la gaine des vaisseaux* croisant en avant les branches externes de l'artère.

Au tiers moyen. — Pénètre dans la gaine vasculaire et se place sur la *face antérieure de l'artère.*

Dans le canal de Hunter. — Il est d'abord situé en dedans de l'artère.
Puis il *traverse la paroi antérieure du canal* par un orifice spécial (constituant un précieux repère pour la ligature de l'artère) au-dessous de l'orifice par où sortent l'accessoire du saphène interne et la grande anastomotique.
Parfois la grande anastomotique sort avec le nerf saphène.

Dès sa sortie du canal de Hunter. — S'engage entre le couturier et le tendeur du 3e adducteur.
Puis perfore l'aponévrose jambière au niveau de l'interligne entre les tendons du couturier et du droit interne.
Devenu sous-cutané, accole à la veine saphène, se divise en ses deux branches terminales derrière le condyle interne.

Collatérales. — Rameau cutané fémoral. — Naît à la partie moyenne de la cuisse, passe entre le couturier et le droit interne, se distribue à la partie postéro-interne de la cuisse.

Rameau cutané tibial. — Naît souvent à l'entrée du canal de Hunter, se distribue à la peau de la partie postéro-interne de la jambe.

Rameau articulaire. — Naît dans le canal de Hunter.
Descend le long de la cloison intermusculaire interne.
Se termine à la face interne de l'articulation.

Terminales. — Deux :

Branche antérieure rotulienne. — Naît en arrière du condyle.
Se porte en avant décrivant une courbe à concavité supéro-externe.
Se termine dans la peau de la région antéro-interne du genou.
Ses branches supérieures s'anastomosent avec les *rameaux inférieurs du musculo-cutané externe.*

Branche inférieure jambière. — Emerge de l'aponévrose au niveau de la tubérosité interne près de la veine.
Descend accolé à cette dernière soit en avant soit en arrière, mais toujours *net au plan plus profond.*

Puis à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la cuisse la branche jambière se divise en deux rameaux.

Antérieur. — Qui descend en arrière de la veine et l'accompagne jusqu'au bord interne du pied dépassant rarement la base du premier métatarsien.
S'*anastomose avec le musculo-cutané externe*, branche du sciatique poplité externe.

Postérieur. — Descend derrière la malléole interne.
S'anastomose avec le rameau tibial du saphène externe.

ANASTOMOSES

1° **Les différentes branches du crural** sont largement anastomosées entre elles;
Les perforantes entre elles;
Le saphène interne avec les perforantes en avant, avec le rameau veine de l'accessoire du saphène interne, en haut.

2° **Le crural s'anastomose** encore avec :

Le fémoro-cutané, par les perforantes;

Le génito-crural, par le musculo-cutané externe;

L'obturateur, par un rameau qui passe dans la bifurcation de la fémorale pour gagner le nerf saphène interne;

Le sciatique poplité externe, par les branches terminales du saphène interne.

Le sciatique poplité interne au niveau de la région malléolaire interne.

En résumé, le crural est essentiellement :
Le nerf de l'extension de la jambe sur la cuisse;
Le nerf de la flexion de la cuisse sur le bassin.
Sa paralysie sera donc grave et entraînera une gêne considérable de la locomotion et de la station debout.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd
Paris — Soc. gén. d'imp. et d'édit., 17, rue Cassette.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit*, 1927, n° 44, p. 734, et n° 46, p. 775.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 12 juin. — MM. Chevalley, 18,36; Basch, 18,45; Boulin, 18,27; Coste, 18,18.

Séance du 13 juin. — MM. Jacob, 19,18; Péron, 18,45; Jacquelin, 18,36; Mme Fontaine, 18.

Candidats admissibles : MM. Jacob, 19,18; Et. Bernard, 19,09; Marquézy, 19; Péron, 18,54; Basch, 18,45; Chevalley, Jacquelin et Turpin, 18,36; Beaulieu, 18,27; Coste, 18,18; Périsson, 18,09; Mme Fontaine, 18.

Epreuve clinique. — Séance du 15 juin. — MM. Marquézy, E. Bernard, Péron et Jacob, 20.

Sont nommés : MM. Jacob, 39,18; Etienne Bernard, 39,09; Marquézy, 39.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est composé de MM. Mauclaire, Toupet, Lapointe, Delbet, Bréchot et Courcoux.

Epreuve clinique. — Séance du 15 juin. — MM. Michoux, 14; Charrier, 17; Oberlin, 19.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Heuyer, Jacquet, Rouillard, Tzanck, Moure, Quénu, Chatellier, Bloch (Jacques) et Chirié.

— CONCOURS DE PROSECTEUR DE L'AMPHITHÉATRE DES HÔPITAUX. — *Oral.* — Séance du 13 juin. — Question donnée : « Physiologie du pancréas. »

MM. Ameline, 15; Raiga, 17; Lemarié et Leibovici, 18; Chevallier, 17.

Séance du 14 juin. — Question donnée : « Physiologie des globules blancs. »

MM. Fèvre et Meillère, 16.

Ecrit. — Séance du 16 juin. — Question donnée : « Spina bifida. »

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve pratique.* — Séance du 13 juin. — Questions données : « Ayant une batterie de pile avec son collecteur d'éléments, mesurer approximativement une résistance donnée, puis monter cette résistance, soit en réducteur de potentiel, soit en rhéostat, et exposer les avantages et les inconvénients des différents procédés de graduation. — Montrer les différents procédés radioscopiques que vous pouvez utiliser pour repérer un projectile et donner en centimètres la profondeur du projectile à l'endroit où il est le plus près des téguments. »

MM. Joly, 15; Legoff, 20; Chaperon, 23.

Candidats admissibles : MM. Piot, 65; Kahn, 54; Joly, 53; Chaperon, Moutard et Truchot, 44; David et Marchand, 43; Legoff, 41.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Consul-*

tation écrite. — Séance du 14 juin. — MM. Thibaut, 29; Raison, 28; Boissier, 27.

Total des points : MM. Thibaut, 132; Raison et Boissier, 123.

UNE VISITE A LA « MAISON DU MÉDECIN ». — Rappelons qu'une visite du château des Charmilles et de son parc à Valenton (Seine-et-Oise) est organisée pour le dimanche 19 juin. Elle aura lieu par autocars.

Départ à 14 h. très précises de la place de la Concorde (angle de la rue de Rivoli). Le retour aura lieu avant 19 h. Tous les médecins et leurs familles sont conviés à cette visite. Prix par personne : aller et retour, 22 fr.

Prière de s'inscrire 51, rue de Clichy, à la « Maison du médecin » (tél. Gutenberg : 54-17), de 15 à 18 h.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Pierre Froidure, médecin honoraire des hôpitaux d'Amiens; J. D. Maclaren (de Glasgow); John Mc Kie (de Springburn; Daniel de Chantreau, ancien médecin de l'hôpital français à San Francisco; M. Louis Tibo Briau, interne provisoire des hôpitaux de Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRES DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU ET DE L'HÔPITAL DE VAUGIRARD. — *Cours de chirurgie abdominale*, par les professeurs Pierre DUVAL et HARTMANN, avec la collaboration de MM. OKINCZYC et GATELLIER, professeurs agrégés.

Ce cours, d'une durée de trois semaines, aura lieu du lundi 20 juin au samedi 9 juillet. Il comportera des leçons, des démonstrations cliniques et des séances opératoires.

Droit d'inscription : 250 fr.

Des séries de travaux pratiques sont annexées à ce cours.

L'inscription à chacune de ces deux séries de travaux pratiques est de 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI DU 22 AVRIL 1927 AYANT POUR OBJET D'INTERPRÉTER ET DE COMPLÉTER LA LOI DU 30 JUILLET 1921 SUR LA PROPRIÉTÉ COMMERCIALE.

Nous avons analysé, dans une précédente étude, les dispositions de la loi du 30 juin 1926, concernant le renouvellement des baux à loyer d'immeubles ou de locaux à usage commercial ou induetriel. Son application n'a pas tardé à en montrer certaines imperfections. Une jurisprudence contradictoire, née des interprétations les plus différentes, avait créé des inégalités inadmissibles entre des commerçants et des industriels se trouvant dans une situation analogue : des locataires ignorants ou trompés par l'incertitude des textes se sont trouvés forclos pour former leurs demandes de renouvellement de bail; des commerçants de bonne foi se sont vus exposés du jour au lendemain à des expulsions dont la soudaineté pouvait ruiner l'entreprise; d'autres ont profité de la confusion provoquée par une application hâtive de la loi, se sont perpétués dans les lieux en employant des moyens dilatoires. Reconnaissons que si la loi avait été mieux étudiée par le Parlement et si ses textes avaient été rédigés avec plus de précision et de rigueur juridiques, les inconvénients signalés ne se seraient pas produits, ou tout au moins ils auraient pu être évités facilement par les tribunaux.

La loi du 22 avril 1927, dont on trouvera le texte dans le *Journal officiel* du 1er mai suivant, a édicté des dispositions qui répondent à deux préoccupations : celle de fixer définitivement les intéressés sur les règles de la procédure et celle d'adoucir la rigueur de la loi antérieure à l'égard des locataires de bonne foi; mais il n'est en rien porté atteinte à l'économie générale de la loi du 30 juin 1925.

Il y a tout d'abord une disposition essentielle : elle est relative à la formalité du préliminaire de conciliation qui est rendue obligatoire dans tous les cas; cette formalité est applicable aux procédures en cours, à la condition qu'une décision définitive ne soit pas intervenue; on ne saurait comprendre, bien entendu, dans les décisions de cette nature les ordonnances de référé. Ainsi s'est trouvée suspendue du fait de la nouvelle loi, toute procédure d'expulsion, alors que le locataire avait formé ou était en mesure de former sa demande en renouvellement de bail. Des délais nouveaux ont été, en conséquence, accordés pour la régularisation.

En ce qui concerne l'octroi de délais de grâce aux commerçants et industriels de bonne foi dont les baux étaient expirés au 30 juin 1926, ou n'avaient plus deux ans à courir avant leur expiration, le législateur a établi une distinction entre les locataires, selon qu'ils ont fait ou n'ont pas fait l'objet, antérieurement à la promulgation de la loi, d'un jugement d'expulsion passé en force de chose jugée, à l'exclusion des ordonnances provisoires de référés. Dans le premier cas, le délai de grâce est facultatif; le juge peut l'accorder ou ne pas l'accorder; dans le second cas il est obligatoire; le délai ne peut dépasser six mois. Pour que le juge accorde le délai sollicité, la loi met une condition : le locataire doit être un locataire de bonne foi, c'est-à-dire exécutant les clauses contenues dans le bail ou dans son engagement de location; le locataire n'est pas de bonne foi, par exemple, lorsqu'il ne paie pas son loyer.

Les dispositions qui viennent d'être analysées sont les plus importantes; les autres ne sont que de détail. Elles intéressent les médecins et chirurgiens qui peuvent se prévaloir de la loi sur le renouvellement des baux commerciaux ou industriels; c'est pourquoi il est intéressant de les signaler à nos lecteurs.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

ARYTHMIES

Pour lutter contre la déficience de la circulation — que celle-ci soit conditionnée par la défaillance du cœur ou par l'insuffisanee artérielle, ou par un obstacle viscéral (rénal généralement) — un vaste arsenal thérapeutique est à la disposition du praticien. Mis à part, les deux chefs de file qui sont digitale et strophantus, l'extrait total d'adonis ou Diurène agit avec netteté, il renforce l'énergie contractile du myocarde défaillant et régularise le rythme devenu pathologique. De plus, c'est un diurétique puissant qui active l'élimination de l'eau, des chlorures et des déchets azotés.



SOLUTION DAUSSE D'INTRAIT DE GUI
HYPOTENSEUR PAR VASO-DILATATION
2 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR
Pr. vein. fém.
Pr. ventri
Pr. arte. fém.
0.10
VASO-DILATATION DES ARTÉRIOLES DES MEMBRES
L'INTRAIT DE GUI N'EST PAS UN DÉPRESSEUR CARDIAQUE
ÉCHANTILLONS DAUSSE 4 RUE AUBRIOT PARIS (IVe)
IL ABAISSE LA PRESSION PAR...

RÉUNION PLÉNIÈRE
DE
LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Les 27, 28 et 29 mai dernier, la Société de biologie a, une fois de plus, tenu ses assises annuelles. Deux rapports au programme, l'un sur la transmission humorale des excitations nerveuses, l'autre sur le cytochrome.

* * *

Le rapport sur la **transmission humorale des excitations nerveuses** avait été confié à M. Henri Fredericq, professeur à l'Université de Liége. Alors que, jusqu'à présent, pour expliquer les interrelations qui s'établissent entre organes éloignés, on n'admettait que deux mécanismes, d'ailleurs indépendants, l'un nerveux, consistant en réflexes variés, l'autre humoral, consistant en un transport d'hormones, les belles expériences d'O. Lœvi, de Gratz (1921-1926) ont posé la question d'une transmission humorale des excitations nerveuses.

Sur quoi se fondent-elles? Sur une série d'expériences impressionnantes.

Vient-on, au moyen du liquide de Ringer, à irriguer un cœur isolé, mais resté en connexion avec les troncs nerveux vago-sympathiques et à recueillir séparément le liquide de perfusion qui a baigné le cœur : 1° pendant le repos des nerfs, 2° pendant leur faradisation, on constate que ces deux échantillons jouissent de propriétés entièrement différentes.

Le premier (liquide de repos), mis au contact d'un cœur neuf, n'en modifie pas le fonctionnement. Le second (liquide vagal) modifie les différentes propriétés du cœur : rythme, énergie ou contraction, vitesse de l'onde d'excitation motrice intracardiaque (actions chronotrope, inotrope et dromotrope). Selon les cas, ces modifications sont d'ordre modérateur ou accélérateur. Le liquide vagal contient donc, suivant les circonstances, un principe à action vago-mimétique, modératrice, et un principe à action sympathico-mimétique, accélérateur. On peut, grâce à l'ergotamine, qui paralyse le sympathique en respectant le pneumogastrique, dissocier ces deux principes. On arrive aux mêmes résultats en variant l'intensité des excitations, les excitations faibles faisant prédominer les effets vagotropes, les fortes ayant surtout un effet sympathicotrope.

Les expériences cruciales d'O. Lœvi sur les *nerfs du cœur* ont été reproduites par de nombreux auteurs, tant sur les poïkilothermes que sur les homéothermes, et, surtout, par M. H. Fredericq qui a étendu à l'action bathmotrope, c'est-à-dire à l'action sur l'excitabilité, les résultats obtenus par ses prédécesseurs pour les actions chrono, ino et dromotropes, et montré que des poisons qui agissent sur le rythme cardiaque, ceux qui le ralentissent réduisent aussi la chronaxie, tandis que ceux qui l'accélèrent allongent cette chronaxie.

Mêmes conclusions à tirer des ingénieuses expériences de Zunz et Govaerts relatives à l'*action du pneumogastrique sur la pression sanguine*. Soient deux chiens : un transfuseur, un transfusé : l'excitation du pneumogastrique du premier, dans une région où ce nerf ne cède plus de filets au cœur, entraîne chez le second une hypotension artérielle indépendante du rythme du cœur. Dans les mêmes conditions, la faradisation du splanchnique élève la pression artérielle des deux chiens.

De même, en recourant à la méthode des grenouilles jumelées, Brinkman et Mlle van Damm observent, en excitant le vague de la grenouille A, des modifications de la contractilité gastro-intestinale de la grenouille B prouvant la transmission par voie humorale d'effets vago ou sympathicotropes, ceux-ci, inhibiteurs, ceux-là, moteurs. Confirmées par divers auteurs, ces expériences démontrent l'*action du pneumogastrique et du sympathique sur les mouvements du tube digestif.*

D'autres modifications humorales produites par des excitations nerveuses ont encore été signalées : la plus curieuse comme la plus ancienne est celle de Demoor (1913) : la faradisation de la corde du tympan, chez le chien, produit une salive sous-maxillaire dont l'injection intraveineuse détermine la sécrétion de la glande.

Sans doute, de nombreux résultats négatifs ont été enregistrés par les auteurs qui ont voulu reproduire ces expériences, mais ont-ils tous bien pris les multiples précautions indiquées par Oscar Lœvi lui-même, et dans les conditions nécessaires à la réussite?

En admettant la réalité des faits précédents, comment les interpréter?

On a admis, tout d'abord, que si le liquide ayant baigné le cœur pendant la faradisation du vague a des effets modérateurs sur le myocarde, c'est parce qu'elle l'enrichit en potassium, tandis que si le liquide ayant baigné le cœur pendant la faradisation du sympathique jouit d'effets excitateurs, c'est parce qu'elle l'enrichit en calcium. Potassium et calcium ne sont-ils pas antagonistes? Les substances *libérées par l'excitation des nerfs du cœur* seraient donc de nature métallique.

Ces conclusions ont été critiquées par O. Lœvi. En effet : 1° l'atropine qui est incapable de neutraliser l'action du potassium sur le cœur, neutralise les effets de la substance vagale; 2° le potassium ne se comporte pas, envers l'estomac et l'intestin, comme le fait l'hormone vagale.

On a alors incriminé d'autres substances : choline (O. Lœvi) ou plutôt acétylcholine, neurine (oxycholine), etc. On a admis la possibilité d'un changement dans la concentration des ions H à la suite de la faradisation du vague (Atzler et Müller), mais l'expérience n'est pas favorable à cette hypothèse. On sait seulement que la substance vagale agit sur la tension superficielle du liquide de perfusion, est détruite par la chaleur, est sensible aux alcalis, dialyse à travers le collodion, est soluble dans l'alcool, mais est précipitée par l'éther, qu'elle résiste à la dessiccation dans le vide sulfurique, qu'elle n'est pas absorbées par les colloïdes. A l'exemple des hormones vraies, elle est dépourvue de spécificité zoologique.

Ces substances chimiques libérées par la faradisation des nerfs, dit en terminant le rapporteur, sont-elles de véritables hormones? Devons-nous admettre qu'à l'état physiologique, l'excitation nerveuse influence l'organe terminal par l'intermédiaire d'un principe chimique? Il serait imprudent de conclure par l'affirmative. Les expériences qui viennent d'être résumées n'excluent pas l'hypothèse d'une simple coïncidence. La production d'une substance active n'est peut-être qu'un épiphénomène qui accompagne l'excitation nerveuse. La question reste jusqu'ici ouverte. On ne peut cependant s'empêcher d'être impressionné par le fait que la substance nouvelle agit sur l'organe terminal précisément dans le même sens que l'excitation nerveuse elle-même.

A l'occasion de ce rapport, plusieurs *communications* fort intéressantes.

Pour M. de Waele, qui rappelle à ce sujet des expériences personnelles, l'acidose et l'alcalose influencent fort l'excitabilité et l'action du vague cardiaque. Or, plus l'alcalose est prononcée, plus l'ion calcique est précipitable et il en résulte une modification du rapport si important $\frac{K}{Ca}$.

La quantité de Ca ionique ne peut se doser directement, mais une formule de Rona permet de la calculer en fonctions du pH sanguin et du CO_2 total. Des expériences sur le chien montrent que ces deux valeurs varient d'après le type d'alcalose, mais non corrélativement. Ces faits permettent de songer

à une interprétation de la fonction du vague et de sa transmission humorale dans le sens de modifications ioniques.

M. Zunz. Avec M. La Barre, j'ai constaté que le liquide de Locke provenant d'un cœur isolé de chat dont on excite le pneumogastrique droit ralentit les battements cardiaques d'un chat à circulation réduite. On n'obtient pas d'effet chronotrope, au contraire, avec du liquide de Locke provenant d'un cœur isolé de chat dont on n'a excité aucun nerf.

Le sang normal de chat possède des propriétés inhibitrices pour les effets cardiomodérateurs du liquide de Locke « vagal ». Le sang recueilli dans le ventricule droit pendant l'excitation du pneumogastrique droit paraît entraver à un degré plus notable que le sang normal l'action vagomimétique du liquide de Locke « vagal ». Ceci permet peut-être d'expliquer certains résultats négatifs, obtenus par diverses techniques destinées à rechercher l'existence *in vivo* de modifications humorales consécutives à l'excitation du pneumogastrique.

M. Zunz signale ensuite que la technique de la transfusion croisée avec contrôle des quantités de sang échangées leur a permis à M. Govaerts et à lui, de constater une chute temporaire de la pression artérielle, non seulement chez un chien réactif, mais aussi chez un lapin réactif qui reçoit du sang provenant d'un animal de même espèce dont on a excité le pneumogastrique. Ce résultat n'est toutefois pas obtenu de façon constante et il convient d'être très prudent dans son interprétation.

Le sang provenant d'un lapin, dont on a excité le nerf dépresseur, n'abaisse jamais la pression artérielle d'un lapin réactif.

Pour M. Lambert (de Nancy), il serait prématuré de considérer comme résolue la question de la transmission humorale.

Les hésitations qu'ont éprouvées plusieurs expérimentateurs à l'admettre sans plus informé, ne tiennent nullement à des fautes de technique.

Le phénomène de Lœwi ne peut être qu'inconstant et équivoque, puisque l'effet observé au moment de l'excitation du vagosympathique ne permet pas de prévoir à coup sûr quel sera celui du liquide intracardiaque correspondant, ni même de savoir s'il déterminera un effet quelconque.

La plupart des travaux confirmatifs ont été exécutés avec des méthodes indirectes, peu convaincantes, ou avec des dilutions très supérieures à celles qui permettent d'observer un effet sur l'énergie systolique. Il n'est en tout cas généralement pas possible de transmettre l'action de ralentissement ou d'arrêt.

S'il était prouvé qu'une substance sert d'intermédiaire entre l'influx nerveux et son lieu d'action, ce mécanisme chimique devrait être distingué de celui des hormones.

Mais la présence constante, en dehors de toute excitation, de la substance vagale dans les extraits cardiaques s'accorde difficilement avec cette hypothèse.

M. J. Gautrelet a obtenu, en 1922, une baisse de pression caractéristique chez un chien auquel était transfusé par voie carotide-jugulaire du sang d'un chien donneur, dont était excité le pneumogastrique cardiaque. Il présente un tracé. Le résultat est à rapprocher de celui de Zunz et Govaerts. Sans que l'on puisse préciser en quel point de l'organisme, la substance hypotensive et vagomimétique a été libérée, il n'en est pas moins intéressant de constater son transport par voie humorale.

MM. Tournade et Chabrol n'ont jamais rien obtenu de démonstratif. Si d'autres auteurs sont arrivés à des résultats positifs, n'est-ce point parce qu'ils ont employé des liquides de circulation artificiels, et non du sang?

M. Roskam fait observer que toute la question est de savoir si le phénomène d'O. Lœwi est d'ordre naturel, physiologique, ou s'il ne résulte pas d'un artifice de préparation.

M. Lapicque critique les conclusions du rapporteur et rappelle, à la grande joie de l'auditoire, certains rayons qui, il y a quelque vingt ans, ont brillé du plus vif éclat. Ces rayons pouvaient être concentrés par une lentille. Un beau jour, le garçon chargé de préparer l'expérience avait oublié de mettre en place la lentille. Les rayons n'en vinrent pas moins se concentrer en un foyer. Il y aurait donc lieu, avant tout, de savoir si le phénomène d'O. Lœwi existe. Resterait ensuite à l'interpréter. A ce sujet, il fait état d'une hypothèse formulée par M. André Mayer pour qui le courant électrique appliqué sur le pneumogastrique diffuse et atteint peut-être le myocarde, permettant ainsi le dégagement du potassium. S'il en est ainsi, à quoi bon invoquer une théorie humorale qui, d'ailleurs, n'a pas été formulée? D'où viendrait, en particulier, la substance vagale? Assurément pas du nerf lui-même.

M. André Mayer demande si les auteurs qui se sont occupés de la question ont réalisé, ne fût-ce qu'une fois, une expérience qui n'utilise pas l'excitation électrique. Il semble bien qu'il n'en soit rien.

De même, pour M. Gley, l'hypothèse d'une substance produite *in situ* et allant exercer ses effets au loin, par voie humorale, n'est nullement prouvée. D'ailleurs, Lœwi a parlé de transport (Uebertragbarkeit) et n'a jamais soutenu qu'il y ait là quelque agent analogue aux hormones.

Ardente avait été l'attaque. Non moins vive fut la riposte. A M. Tournade, M. Fredericq répond que certaines expériences ont été faites avec du sang à peu près normal; à M. Roskam, que le phénomène d'O. Lœwi existe réellement, comme le montrent tant d'expériences concordantes; à M. Lapicque que certaines expériences ont porté sur d'autres territoires que sur celui du pneumogastrique, et que l'hypothèse émise par M. André Mayer n'est pas admissible sans réserves; à M. Gley, qui s'est appuyé sur l'autorité de Pawlow, que ce grand physiologiste, auquel nous devons tant de belles découvertes, s'est trompé plus d'une fois, et particulièrement dans ses recherches sur le pancréas, qu'invoque M. Gley. Au reste, M. Fredericq reconnaît de bonne grâce que la question n'est pas tranchée, mais déclare qu'elle est assez intéressante pour que les chercheurs lui accordent toute leur attention.

Dans le second rapport, M. D. Keilin, de l'Institut Moltens (Université de Cambridge) étudie le **cytochrome, pigment respiratoire intracellulaire commun aux microorganismes, aux plantes et aux animaux.** En 1884-1886, Mac Munn avait décrit, sous le nom de myohématine, un pigment respiratoire montrant au spectroscope quatre bandes d'absorption caractéristiques, et qu'il trouvait dans les tissus de presque tous les animaux. C'est à ce pigment, dont Hoppe-Seyler avait nié l'existence et que Günthon avait confondu avec l'hémoglobine musculaire, que M. Keilin a consacré de très importantes recherches. La myohématine est beaucoup plus répandue et son rôle infiniment plus important que ne l'admettait Mac Munn. On la rencontre non seulement dans les muscles, mais encore dans certaines plantes et dans les organismes unicellulaires : bactéries, levures; le nom de myohématine ne convient donc pas. D'autant qu'il a une structure chimique complexe. Mieux vaut la dénommer *cytochrome* jusqu'à ce que sa composition soit définitivement établie. Il possède un spectre d'absorption très caractéristique, composé de quatre bandes dont les positions, chez tous les organismes étudiés, sont approximativement les mêmes, et qui après réduction ne montre plus que deux bandes : une étroite, une plus large et plus forte. Il abonde surtout dans les muscles thoraciques des insectes qui volent bien, les muscles pectoraux des oiseaux qui volent, le muscle cardiaque des mammifères et la levure de boulangerie. Si on l'oxyde, les bandes disparaissent en quelques secondes. Si on cesse de faire agir le courant d'air, le cytochrome se réduit et les quatre bandes d'absorption réapparaissent. Certains corps :

éthyluréthane, alcool, aldéhyde, de même que la chaleur modérée n'exercent aucune influence sur l'oxydation du cytochrome réduit qui est arrêtée par le cyanure de potassium au 1/10.000.

Chez les vertébrés, cytochrome et hémoglobine musculaire coexistent. Dans certaines cellules, ils se voient, celui-là à l'état réduit, celle-ci à l'état oxydé.

Le cytochrome représente un mélange de trois composés dont chacun ressemble, au point de vue spectroscopique, à un hémochromogène. Dans certaines conditions expérimentales, chacun peut s'oxyder ou se réduire indépendamment des autres, mais aucun n'entre en combinaison avec l'oxyde de carbone. Les alcalis, la pyridine, etc., les transforment en hémochromogènes, qui se combinent et avec l'oxygène et avec l'oxyde de carbone.

En plus du cytochrome, toutes les cellules renferment de l'hématine libre, semblable à l'hématine de l'hémoglobine; on la décèle facilement en la transformant en hématine oxycarbonée dont les bandes d'absorption sont plus intenses. Cette hématine libre se combine avec une substance azotée, et, sous l'action d'oxydations et de réductions intracellulaires, se modifie pour donner naissance aux trois composés du cytochrome.

L'hématine libre ainsi que le cytochrome existent seulement chez les organismes aérobies.

Dans la cellule vivante, le cytochrome est en relation intime, d'une part avec les substances réductrices thermolabiles, de l'autre avec l'oxydase ou l'indophénolase thermolabile, le tout constituant une partie du système complexe des catalyseurs oxydants.

Dans son rapport, illustré de projections et suivi d'une démonstration pratique, l'auteur avait eu l'occasion de parler de la structure de l'hémoglobine, de montrer que l'hématine, qui se compose de porphyrine et de fer, se présente sous deux formes, l'hématine ordinaire ou oxyhématine et l'hématine réduite (*haem* de Anson et Mirsky) qui se combine avec CO pour donner la carboxy-hématine, et d'exposer la conception que l'on doit se faire maintenant de l'hémoglobine, laquelle résulte de la combinaison de globine et d'hématine (Hill et Holden, 1926). Cette partie de son rapport a retenu tout spécialement l'attention des chimistes : MM. Blanchetière, qui demande quelques détails sur la substance *haem*, et Nicloux pour qui les recherches de M. Keilin présentent un très grand intérêt. Du point de vue biologie générale d'abord, par les données nouvelles et importantes qu'elles apportent sur le chapitre capital de l'oxydation cellulaire, du point de vue strictement bio-chimique par la conception qu'elle nous donne d'un pigment respiratoire intracellulaire commun à tous les êtres vivants, dont la composition est en relation étroite avec celle du pigment sanguin ou plus exactement avec son groupement prosthétique, l'hématine ou l'hémochromogène.

A ce sujet, M. Keilin a rappelé les recherches de R. Hill sur la synthèse de l'hémoglobine à partir de la globine non dénaturée et de l'hématine. Ces importantes expérences ont été répétées, dit M. Nicloux, par mon élève Roche, dans mon institut à Strasbourg. Roche, en partant d'hémoglobine cristallisée de cheval, a préparé la globine non dénaturée laquelle a permis de préparer l'hémoglobine de synthèse par sa combinaison avec l'hématine. Il a même pu isoler et caractériser l'oxyde de carbone provenant d'une hémoglobine oxycarbonée ayant pour origine une hémoglobine de synthèse. Roche a aussi mis ce fait en évidence que les globines des mammifères suivants : homme, bœuf, cheval, chien, mouton, porc, lapin, peuvent donner facilement des hémoglobines de synthèse alors que les globines du poulet et du pigeon ne le permettent pas.

M. Caullery insiste, à son tour, sur l'importance biologique du rapport de M. Keilin et se félicite d'avoir engagé la Société à le lui confier.

***

En plus de ces rapports, il a été fait, dans les laboratoires de la Sorbonne et de la Faculté de Médecine, diverses démonstrations.

M. le professeur Perroncito montre, sur des préparations de moelle osseuse que, dans des conditions déterminées, les *mégacaryocytes* sont capables de phagocyter des éléments divers. On peut observer contenus dans des vacuoles intracytoplasmiques et en voie de régression, des leucocytes neutrophiles et éosinophiles, des globules rouges, des microbes. La phagocytose par les mégacaryocytes paraît un fait bien établi.

D'autres démonstrations ont eu lieu le 28 mai :

1° A la Sorbonne, M. Wintrebert a montré des *œufs de plagiostomes* dont il a aminci les membranes, ce qui permet ainsi de suivre l'évolution de l'embryon vivant aux divers stades de son développement.

M. Parat a présenté des préparations montrant le *vacuome* et ses rapports avec le *chondriome* et l'appareil de Golgi dans différentes cellules animales.

2° A la Faculté de médecine, M. Verne fait une démonstration relative au *complexe carotinoïde*, qui constitue le pigment rouge des crustacés décapodes et à ses combinaisons protéiques.

M. Millet présente des *préparations de cellules pigmentaires à mélanine et à guanine* chez les vertébrés inférieurs.

***

Le traditionnel banquet, au cercle de la Renaissance et une soirée chez M. le professeur Henneguy, président de la Société de biologie, où chacun des invités a pu, une fois de plus, apprécier la bienveillance de Mme Henneguy, assistée de ses charmantes filles Mme Fauré-Frémiet et Mlle Henneguy sont venus clôturer cette réception qui, comme les précédentes, a attiré à Paris l'élite des biologistes de l'étranger et de la province, et dont le succès fait le plus grand honneur à celui qui a tout préparé, tout animé de son activité, tout organisé, M. Jolly, professeur au Collège de France, secrétaire général de la Société de biologie. L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 JUIN 1927)

Sur la vaporisation du polonium. — M. P. Bonet-Maury.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 JUIN 1927)

Expériences sur le rôle possible du parasitisme de transit dans l'étiologie du cancer du tube digestif. — MM. Fernand Arloing et André Josserand (de Lyon) poursuivent depuis un an et demi des expériences sur les souris blanches à la nourriture desquelles on ajoute des parcelles de selles de cancéreux humains du tube digestif. Alors que les animaux témoins n'ont présenté aucune lésion, ils ont observé chez plusieurs souris ayant ingéré des matières des néoformations du tractus digestif (adédome pylorique, papillome du cardia, coexistence d'un papillome gastrique et d'une tumeur épithéliale à la région de la mamelle).

Les auteurs ont noté que l'adénome pylorique s'était déve-

loppé au niveau d'un cysticercus fasciolaris enkysté dans le péritoine, et que les coupes du papillome du cardia montraient un parasite analogue au spiroptère de Fibiger.

Les relations du parasitisme et des néoformations sont ici indiscutables, avec cette particularité remarquable que la souris a été infectée en partant des matières humaines par le spiroptère venant de la blatte, et le cysticercus fasciolaris venant du chat.

Ces parasites n'évoluant pas chez l'homme ont probablement fait à travers son tube digestif un transit accidentel révélé par la souris sensible à un parasitisme spécifique pour elle. On peut supposer, en s'appuyant sur les récentes communications de MM. Borrel et de M. Amar que les parasites ont peut-être joué un rôle cancérigène, non seulement dans le développement des néoformations expérimentales, mais aussi dans celui des cancers digestifs humains.

Au sujet du séro-diagnostic du cancer par la réaction de Botelho. Expression quantitative des résultats. — MM. Douris et J. Beck.

Les glucosides à salicylate de méthyle. — M. Bridel.

Le cancer d'estomac est-il héréditaire? — MM. Victor Pauchet et Hirchberg. Le cancer même n'est pas héréditaire, mais la déficience générale qui prépare l'apparition du cancer se transmet à la descendance.

Sur une récente série de 150 gastrectomies pour cancer, MM. Victor Pauchet et Hirchberg se sont attachés à retrouver l'influence de l'hérédité et, dans ces cas, la variété des cancers héréditaires. Ils ont trouvé 9 cas dans lesquels l'hérédité était certaine. C'est un chiffre peu élevé. Mais voici le fait intéressant :

Ceux qui héritent d'un cancer le contractent à un âge moins avancé que leurs ascendants et présentent, en même temps, des manifestations d'un vieillissement précoce. Au point de vue histologique, le cancer héréditaire correspond à une forme végétante. Or, nous savons que cette forme appartient aux sujets âgés. Comme les héritiers d'un cancer sont jeunes, ce fait nouveau prouve que les cancéreux héréditaires sont des vieux précoces. Huit fois sur dix, le cancer se greffe sur un ulcus gastrique. Chaque fois que le chirurgien opérera un ulcère d'estomac, il devra faire une gastrectomie et non une gastro-entérostomie; ce sera le meilleur traitement préventif du cancer gastrique.

Les résultats de la cure héliothérapique au sanatorium d'Odeillo. — M. Armand-Delille.

Traitement hydrominéral des séquelles des blessures de guerre. — M. Desgrez présente deux mémoires de M. Molinéry, le premier consacré au traitement des séquelles des blessures de guerre où l'auteur montre, avec le recul des années, le service rendu aux malades et blessés par les cures hydrominérales, regrettant que cette thérapeutique n'ait pas été suffisamment utilisée. Reprenant les travaux de M. de Rey-Pailhade, M. Molinéry montre, en outre, combien le soufre peut être un agent puissant en thérapeutique oculaire et, en particulier, dans le traitement préventif de la cataracte; le glutathion se trouvant en abondance dans le cristallin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 13 mai 1927)

Syndrome de Basedow dix mois après une cure iodée. Rôle de l'hérédité. — M. Jean Troisier discute à propos d'une observation de goitre exophtalmique survenu après une cure lipiodolée, les relations possibles entre l'iodothérapie et l'apparition du syndrome de Basedow. Il souligne le rôle d'une hérédité endocrinienne similaire d'origine maternelle, qui a permis de déclancher la thyréotoxicose.

Incidents d'iodisme consécutifs à l'injection lipiodolée intrabronchique. — MM. E. Libert et M. Bariéty ont observé dans le service de M. Carnot deux cas qui peuvent se rapprocher de celui rapporté par M. Rist à la précédente séance.

Le lendemain d'une injection intercricothyroïdienne de 40 centimètres cubes d'huile iodée, les deux malades présentèrent un œdème localisé à la face et au cou avec état congestif du visage et larmoiement.

Deux nouveaux cas isolés de dysostose craniofaciale non héréditaire. — MM. Roubinovitch, Crouzon, Foulon et Gilbert Dreyfus présentent un enfant atteint de dysostose craniofaciale particulièrement accentuée. Il existe, en outre, des troubles psychiques et des troubles sphinctériens.

Sporotrichose cutanée traitée par un autovaccin. Contribution à l'étude du mode d'action de la vaccinothérapie. — MM. Sézary, Combe et Benoist présentent un cas de sporotrichose cutanée traitée par un autovaccin. Après une amélioration passagère, une nouvelle extension des lésions se produit malgré quatre semaines de traitement vaccinothérapique. La guérison définitive a été obtenue par le traitement ioduré.

Association de sclérodermie et de maladie de Dupuytren chez un spécifique. — MM. Léchelle, Baruk et Donedy présentent un malade chez lequel évoluent depuis vingt ans une maladie de Dupuytren, puis une sclérodactylie accompagnée d'un syndrome de Raynaud au début de son évolution. Ils insistent sur la pathogénie endocrino-sympathique probable. Ils rapportent enfin le caractère étiologique spécial de ces deux maladies; la maladie de Dupuytren présentait un caractère familial, le sujet a contracté la syphilis avant l'apparition de la sclérodermie et de la maladie de Dupuytren.

Lymphogranulomatose maligne avec lésions osseuses. — MM. Lortat, Jacob, Belot et Nahan rapportent un cas avec lésion osseuse sternale. La localisation osseuse n'était pas contemporaine de l'étape ganglionnaire. Pour le diagnostic, ils insistent sur l'importance de la biopsie ganglionnaire.

Crises de tétanie par hyperpnée spontanée. — MM. Pagniez, Lerond et Lebel rapportent un cas qui met en évidence un mode de production de crises de tétanie, auquel il faut penser. Il montre, d'autre part, la possibilité de l'intervention d'un substratum humoral dans la production d'accidents qu'une étude sommaire tendrait à classer dans le groupe des manifestations d'ordre purement névropathique.

Un cas de dyspnée de Kussmaul sans acidose. — MM. Widal, Boulin, Thomas et Wolff ont observé dans un cas de charbon une dyspnée de Kussmal sans acidose. Dans un cas de cet ordre, elle relève peut-être d'une irritation du bulbe par des toxines microbiennes ou par les produits d'un métabolisme vicié par l'infection.

Angine de poitrine et goutte. Du rôle de la myocardie. — M. Ed. Doumer apporte l'observation d'un homme qui n'avait jamais eu à se plaindre de son cœur et qui fait brusquement des signes d'angine de poitrine à l'occasion de son premier accès de goutte prématurément enrayé par la colchicine. L'angine de poitrine a pour cause la défaillance du cœur transitoire. Ses signes objectifs disparurent progressivement sous la seule influence du régime et du traitement de la goutte, en même temps que s'effaçaient les traces de l'arthropathie goutteuse.

La goutte peut donc être facteur de myocardie. Par myocardie l'état de goutte peut conduire à l'angine de poitrine. La goutte mérite de reprendre parmi les causes de l'angine de poitrine la place dont on l'avait chassée.

Encéphalite postvaccinale. — M. Comby rapporte un nouveau cas d'encéphalite postvaccinale, dans lequel la vaccine a

été l'origine d'un érysipèle qui a guéri et d'une encéphalite qui a laissé comme séquelle une monoplégie brachiale droite.

Les traitements spécifiques des broncho-pneumonies (sérothérapie, vaccinothérapie) ont-ils une action préventive sur les complications suppuratives? Les pleurésies purulentes atténuées. — MM. D'ŒLSNITZ et G. BONNET (de Nice) sur plus de 300 cas de broncho-pneumonies (enfants et adultes) traités par séro-vaccinothérapie durant cinq années ont observé sept pleurésies purulentes dont une mortelle, une guérison chirurgicale et *cinq guérisons médicales* spontanées ou par ponctions, sérothérapie intrapleurale et persistance prolongée de la vaccinothérapie (stock ou auto-vaccin). Cette rareté relative des complications pleurales peut être mise à l'actif des traitements spécifiques préalablement mis en œuvre.

Crises de vomissements avec acidose au cours de la grossesse. — MM. M. LABBÉ et NEPVEUX.

Sur le test d'Aldrich et Mac Clure dans les maladies mentales. — MM. CLAUDE, TARGOWLA, CAMECHE et DAUSSY.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 18 MARS 1927)

Diverticule du duodénum. — M. BONNEAU. Enfouissement. Gastro-entérostomie. Guérison.

Lymphorrhée après évidement de l'aisselle. — M. PETIT DE LA VILLÉON en rapporte trois cas alors que l'adénopathie était presque nulle.

Cancer du sein et radiothérapie. — M. PÉRAIRE apporte sa statistique. La radiothérapie augmente la fréquence et la rapidité des métastases.

Un cas de cancer métastatique des ovaires consécutif à un cancer de l'estomac. — M. DUROSELLE (rapporté par M. Victor Pauchet) présente ce cas survenu deux ans après la gastrectomie. Les métastases étaient à type gastrique.

Amputation intradeltoïdienne par section première de l'os. — M. DUPUY DE FRENELLE décrit sa technique : Ligature haute de l'humérale. Incision circulaire. Section de l'os. Désinsertion du deltoïde.

Considérations au sujet du traitement de la coxa vara des adolescents. — M. ROEDERER.

M. TRÈVES fait observer que la physiothérapie hâte la guérison; que le redressement doit être fait par étapes successives, la disjonction opératoire étant dangereuse; que pour les cas avancés il faut faire l'ostéotomie sous-trochantérienne.

Dilatation ampullaire isolée des veines. — M. Raymond PETIT en présente trois cas; affection assez rare et d'un diagnostic difficile. Il en montre les dangers et précise les éléments du diagnostic.

Fracture marginale postérieure isolée du tibia. — M. HALLER en communique un cas, avec intégrité des deux malléoles, découverte grâce à la radiographie chez un blessé ayant fait une chute, le pied en hyperextension sur la jambe.

La sympathectomie péri-artérielle dans la chirurgie des membres. — M. E. BRESSOT communique les résultats de vingt-sept sympathectomies pratiquées pour des affections diverses des membres : maladie de Reynaud et troubles asphyxiques des extrémités, larges ulcérations torpides chroniques (non syphilitiques et non dues à des lésions nerveuses), fractures de jambe avec retard de consolidation, troubles causalgiques, etc.). Les résultats les meilleurs et particulièrement rapides ont été obtenus dans certaines ulcérations torpides.

Invagination d'un cancer du côlon. — M. P. GRESSET rapporte l'observation d'un malade, âgé de soixante-deux ans, auquel il fit un anus cæcal pour occlusion aiguë par cancer du côlon gauche et qui dut être réopéré quinze jours après pour invagination de la tumeur colique jusqu'à l'anus naturel.

Polyadénite axillaire après traitement radiothérapique d'un goitre. — M. THÉVENARD apporte ce cas. Les ganglions étaient envahis par un épithélioma atypique. Il attribue l'envahissement aux radiations à distance.

Forage de la prostate. — M. LUYS présente un malade opéré il y a cinq ans avec résultat excellent.

Un cas de maladie de Buerger. — M. PÉREIRE présente une malade atteinte de troubles ischémiques douloureux du gros orteil; il pense la traiter par l'opothérapie, puis si échec par la sympathectomie ou la surrénalectomie.

Appareil de diathermie pour réchauffer les malades au cours des interventions chirurgicales. — M. Victor PAUCHET pratiqua quatorze opérations graves en utilisant cet appareil pour réchauffer les malades au cours des interventions. Les résultats furent excellents et le schock nul.

(SÉANCE DU 1er AVRIL 1927)

Cancer en masse du sein. Radiothérapie profonde. — MM. AUBOURG et JOLY étudient les indications, la technique et les résultats de la radiothérapie (curie et rœntgenthérapie) dans le traitement des cancers inopérables du sein et publient leur statistique personnelle basée sur 18 cas de cancers non opérés, et traités par les irradiations.

Désinsertion de l'extenseur du médius. Arthrodèse phalangino-phalanginettienne. — M. TRÈVES présente un malade chez lequel un mouvement forcé produisit la désinsertion du tenton. La suture étant impossible, M. Trèves a fait l'arthrodèse avec excellent résultat.

Un cas d'appendicite gangréneuse opérée et compliquée de gangrène généralisée. — M. BONAMY rapporte le cas d'une appendicite gangréneuse opérée qui se complique, le cinquième jour, de foyers de gangrène disséminés (paroi, thorax, cuisse, région présternale) qui entraînèrent la mort malgré les débridements et le sérum.

Fracture du sésamoïde du pouce. — M. PETIT DE LA VILLÉON présente un cas rare de fracture d'un os sésamoïde du pouce. Fracture par choc direct.

Un cas de fracture de Bennett. — M. P. GRESSET, à propos d'un cas de fracture de Bennett, insiste sur la difficulté du maintien de la réduction des fragments et sur l'impotence fonctionnelle prolongée, qui résulte de cette fracture.

Gros kyste végétant de l'ovaire gauche. — M. P. GRESSET communique un cas de gros kyste végétant de l'ovaire gauche compliqué d'ascite hémorragique; malgré la gravité, il intervint, put enlever en totalité le kyste et obtint la guérison.

Amputation de l'avant-bras par section première des os. — M. DUPUY DE FRENELLE préconise l'opération suivante : incision circulaire avec deux débridements latéraux. Dénudation et section des os à la scie. Terminaison par section des muscles au ras de la peau.

Luxation irréductible de la mâchoire. — M. DUFOURMENTEL présente une malade en parfait état qu'il a opérée, il y a deux ans et demi, en réséquant les deux ménisques.

Déviation de la mâchoire par épiphysite hypertrophiante. — M. DUFOURMENTEL présente un malade guéri par orthopédie du condyle.

(SÉANCE DU 6 MAI 1927)

Fractures marginales isolées du tibia. — M. BARBARIN en présente deux cas; l'une antérieure, l'autre postérieure; il montre que ces fractures sont dues à l'hyperflexion et l'hyperextension du pied.

M. JUDET en présente deux cas postérieurs, l'un sans déplacement qui guérit bien, l'autre avec déplacement de 2 millimètres qui guérit avec infirmité de 10 p. 100.

Cancers massifs du sein. Radiothérapie profonde. — M. HALLER envisage deux points, l'un clinique, l'autre thérapeutique. Au point de vue clinique, sur seize cas, il a eu l'occasion d'opérer trois cancers massifs, dont un reste guéri depuis plus de six ans. Au point de vue thérapeutique, il réserve l'opération large aux cas tout à fait au début, sans irradiation ni pré ni post-opératoire. Pour les cas limites, il se demande s'il n'est pas mieux d'irradier avant.

M. AUBOURG montre que le cas de M. Thévenard ne peut être dû à la radiothérapie; il apporte deux faits certainement analogues dans lesquels la tumeur primitive a longtemps passé inaperçue, masquée par les localisations secondaires.

Deux cas de rupture complète du tendon du quadriceps fémoral. — M. SÉJOURNET rapporte deux observations chez un homme de quatre-vingts ans et un adolescent de quinze ans. Le vieillard seul fut opéré. Bien que les résultats aient été favorables de part et d'autre, l'auteur reste partisan de l'intervention chirurgicale.

Comment éviter l'occlusion jéjunale post-opératoire. — M. Victor PAUCHET ferme la brèche méso-colique, après gastro-entérostomie, chaque fois que c'est possible sans danger pour la solidité de l'anastomose. Il fait, de préférence, cette suture dès que les clamps ont été posés, c'est-à-dire avant de commencer la suture de la gastro-entérostomie. Faire usage du fil de lin par points séparés.

Les coxites non tuberculeuses de la hanche. — M. ROEDERER présente une observation de coxite non tuberculeuse chez un enfant de quatorze ans, aboutissant à une destruction partielle du cotyle et de la tête.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 MAI 1927)

Sur un cas de signe de Babinski transitoire au cours d'une démence précoce. — MM. CLAUDE, BOURGUIGNON et BARUK rapportent l'observation d'un jeune homme de vingt ans, atteint depuis deux ans d'hébéphrénie catatonique typique, avec mutisme, négativisme, stéréotypies, et chez lequel ils ont constaté un signe de Babinski très net du côté gauche. Ce signe de Babinski a persisté du mois d'octobre 1926 au mois de janvier 1927. Il s'accompagnait d'un renversement des chronaxies normales comme dans une hémiplégie pyramidale spasmodique. Depuis janvier dernier, le signe de Babinski et les modifications des chronaxies ont disparu simultanément.

Six autres cas de démence précoce catatonique ont été examinés au point de vue électrique. Dans deux de ces cas (soit 3 cas sur 8 avec l'observation ci-dessus), il y avait des altérations irrégulières des chronaxies. Chez un malade, les troubles électriques disparurent au moment d'une rémission.

Sur une variété spéciale de spasme de torsion. Analogies avec les phénomènes de rigidité décérébrée. — MM. CHAVANY et MORLAAS présentent une jeune malade de vingt-deux ans, atteinte depuis cinq ans d'hypertonie des muscles du plan postérieur du corps (principalement muscles de la nuque, du dos et des lombes). Il en résulte un état quasi permanent d'opisthotonos, avec inclinaison latérale droite du tronc et de la tête. Cette hypertonie ne cède pas dans le décubitus dorsal. Elle est cependant renforcée par la station debout et par la marche. Elle diminue quand la malade court.

Ce cas se différencie nettement de la *dysbasia lordotica progressiva* d'Oppenheim; il se sépare aussi de ceux où le spasme de torsion n'est qu'un symptôme au milieu d'un complexe de la série wilsonienne (Ziehen). Il paraît s'apparenter davantage aux phénomènes de rigidité décérébrée que l'on peut observer en clinique humaine (existence de renforcements toniques de la contracture).

Il semble s'agir d'une séquelle encéphalitique, car il existe un hémisyndrome parkinsonien gauche. De nombreuses injections d'alcool, pratiquées dans les muscles contracturés, sont restées absolument sans effet.

M. SOUQUES rapproche ce cas des « maladies de Parkinson en extension ». M. Meige souligne l'analogie avec les torticolis convulsifs. La malade présentée a eu, pendant plusieurs mois comme les malades atteints de torticolis convulsif, des gestes de défense, qui ont aujourd'hui disparu.

Sur un cas de dysarthrie paradoxale. — MM. CHARPENTIER et P. GASTOU présentent un jeune homme de dix-huit ans qui, depuis quatre mois, a été atteint d'un trouble progressif de l'articulation des mots qui, à certains moments, rend sa parole complètement inintelligible. Quand il parle ou qu'il lit, le malade dévie la bouche latéralement et la langue s'immobilise en attitude spasmodique. On ne trouve aucun signe objectif, sauf une légère hyperglycorrachie et de la micropnée. Mais le malade a eu, en 1924, des crises de narcolepsie, et, en 1925, des tics de succion et des spasmes toniques des abaisseurs de la mâchoire. La psychothérapie est restée inefficace, bien que les émotions aient une certaine influence sur le trouble. L'origine encéphalitique est vraisemblable. Un traitement par la scopolamine a provoqué une amélioration.

Ce qui fait le caractère paradoxal de cette dysarthrie, c'est qu'elle disparaît presque complètement lorsque le malade mâche une bouchée assez volumineuse, telle qu'un morceau de pain.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux opérée avec succès. — MM. Cl. VINCENT et DE MARTEL.

Epilepsie du moignon d'origine tétanique et datant de sept ans. Sérothérapie. Guérison. — M. MONIER-VINARD.

Un cas de torsion spasmodique des membres inférieurs avec attitudes spasmodiques fugaces et mouvements athétosiques du membre supérieur droit, sans signes certains d'atteinte pyramidale. — M. Gustave ROUSSY, Mlle Gabrielle LÉVY et M. LUTHY présentent une malade de vingt et un ans, hérédo-syphilitique, chez laquelle, à la suite d'une encéphalopathie de l'enfance, on observe une torsion spasmodique des membres inférieurs avec mouvements athétosiques et attitudes spasmodiques du membre supérieur droit et cécité.

Il n'existe aucun signe pyramidal important, aucun signe cérébelleux ou sensitif. Pas de trouble mental. La face est respectée. La parole est correcte et l'état mental paraît sensiblement normal si l'on tient compte de l'arriération pédagogique liée aux circonstances et à la symptomatologie.

Cette observation met en valeur une fois de plus les relations étroites qui existent entre les phénomènes de spasme et les phénomènes d'athétose. L'interprétation anatomo-pathologique est difficile.

Syndrome de la calotte protubérantielle caractérisé par un double syndrome de Foville. Origine infectieuse probable. — MM. G. GUILLAIN, A. THÉVENARD et R. THUREL.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 MARS 1927)

Un cas curieux d'instabilité thermique à l'occasion de l'effort musculaire. — M. LIACRE.

Corps étranger intranasal. — M. GRAIN.

Adénopathie tuberculeuse suppurée traitée par des injections intraveineuses de manganate calcico-potassique. — MM. MELAMET et PELDSTEIN.

L'œil des hyperthyroïdiens. — MM. LEOPOLD-LEVI et PLICQUE.

L'opothérapie est-elle légitime et efficace? — M. SÉDILLOT.

Les lésions blennorragiques anciennes comme facteur de sénilite précoce. — M. LUYS.

La traction continue dans les rétractions musculaires après fractures. — M. JUDET rapporte l'observation d'un enfant atteint de rétraction des fléchisseurs des doigts à la suite d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Le redressement de la griffe digitale put être obtenu, sans intervention, par l'emploi d'un appareil à traction continue.

A propos de la métatarsalgie. — M. PERAIRE montre les caractères différentiels de ce trouble et de la maladie de Morton.

A propos des ulcus gastro-duodénaux. — M. PAUCHET insiste sur la fréquence des ulcus latents qu'il importe de dépister au plus tôt si l'on veut éviter d'être surpris par un incident soudain et grave, perforation ou hémorragie.

Il importe cependant de savoir que l'hémorragie gastrique peut être symptomatique, non d'un ulcère, mais d'une appendicite ou d'une cholécystite. Il y a, dans ces cas, simple érosion de la muqueuse, justiciable du seul traitement médical. L'auteur appelle d'autre part, l'attention sur la possibilité d'ulcères multiples qui ne sont, le plus souvent, décelables que pièces en main, après gastrectomie, et sur la coïncidence assez fréquente d'ulcus et de tuberculose, bien qu'aucune preuve n'ait été jusqu'à présent fournie de la nature tuberculeuse vraie de ces ulcères.

Diététique et éliminations urinaires. — M. LEMATTE.

Les troubles de l'olfaction dans les névropathies. — M. BERILLON a fréquemment observé chez des sujets atteints d'épuisement nerveux (asthénie psychique et dépression physique) une diminution marquée de l'acuité olfactive. Dans la moitié des cas l'hypoosmie est plus prononcée pour une fosse nasale. Cette dyssymétrie olfactive est à retenir comme manifestation d'un trouble nerveux plus profond.

(SÉANCE DU 26 MARS 1927)

Dyspepsies duodénales prises pour des dilatations ou des ptoses gastriques. — M. René GAULTIER présente plusieurs observations de sujets traités en vain pendant de longues années comme gastropathes. Un examen plus fouillé comportant le tubage duodénal, une radioscopie portant sur tout le tractus digestif, l'étude des fèces, a mis en évidence, dans ces cas, des lésions variées du duodénum. La guérison ou une grande amélioration ont été obtenues par un traitement approprié, soit médical, soit chirurgical (libération d'adhérences périduodénales, gastro-entérostomie).

Constipation dite atonique traitée par la spondylothérapie. — M. J. BAUMANN a obtenu une amélioration importante, dans un cas de constipation opiniâtre avec dolichocôlon, par la méthode d'Abrams, en l'espèce percussion de la colonne lombaire. Comme chez d'autres malades suivis par M. Aubourg les examens radiologiques ont bien mis en évidence le réflexe de contraction intestinale, transformant un transit désordonné en transit par étapes, conforme aux lois physiologiques.

Un cas d'instabilité thermique avec hyperthermie prémenstruelle chez une vagotonique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Jean RAVIER.

Tuberculoses locales traitées par l'extrait bacillaire colloïdal. — M. GRIMBERT présente trois malades ainsi traités, dont deux, atteints d'orchite tuberculeuse fistulisée, sont guéris depuis six mois. La guérison se maintient depuis trois ans pour le dernier malade, jadis porteur de plusieurs fistules costales.

Les ptoses abdominales dans l'art. — M. Roger GLÉNARD.

Traitement des surdités rebelles par l'iode colloïdal. — MM. DELALBRE et BAQUÉ, s'adressant uniquement à l'état général, appliquent avec avantage aux sourds, sans distinction du type de surdité, un traitement iodo-colloïdal.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE NANTES

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1927)

Abcès fétides au poumon. — M. P. PERRIN rapporte deux observations d'abcès fétides du poumon traités par le pneumothorax artificiel. Dans le premier cas, malgré la suppression presque complète de l'expectoration purulente, le malade a succombé. L'autopsie a expliqué cet échec en montrant un lympho-sarcome du médiastin qui comprimait la bronche gauche et avait sans doute favorisé l'apparition de l'abcès.

Le second cas concernait une suppuration pulmonaire récente due à une flore microbienne complexe mais sans anaérobies ni spirilles. A la radio, image cavitaire au niveau de la fosse sous-épineuse gauche. La guérison a été obtenue rapidement et se maintient depuis plus de deux mois bien que le pneumothorax ait été interrompu. A propos de ces deux cas, l'auteur rappelle les indications et la technique du traitement des suppurations pulmonaires par le pneumothorax.

Le traitement des cancers de l'ampoule rectale par la méthode de Neumann et Coryn. — MM. R. GAUDUCHEAU, H. LERAT et FAVREUL.

Le radiodiagnostic en gynécologie. — MM. LEROUX et DANO présentent une étude sur la question du radiodiagnostic en gynécologie par l'emploi du lipiodol. Ils s'attachent en particulier au radiodiagnostic du fibrome et à l'étude de la stérilité de cause tubaire.

Anurie de trente heures consécutive à un cathétérisme des uretères pour tuberculose rénale. — M. MITRY. Après un cathétérisme double des uretères pour tuberculose rénale unilatérale, un homme de quarante-huit ans présente une crise violente de coliques néphrétiques et une anurie ayant persisté trente heures. L'azotémie pendant la crise était de 1g15 ; huit jours après, elle était tombée à 0g59 avec une constante de 0g16; puis, quinze jours plus tard : Ur = 0g21 — K = 0g08. Le rein sain avait un fonctionnement très satisfaisant et la néphrectomie ne fut suivie d'aucun signe d'insuffisance rénale.

Le malade était sujet aux crises de coliques néphrétiques provoquées par l'expulsion de débris caséeux. Il est peut-être permis de penser à une certaine disposition individuelle à l'irritabilité réflexe, cause du blocage bilatéral des reins.

Maladie des tics de Gille de la Tourette — M. MIRALLIÉ. Présentation d'un malade myoclonique sauteur se distinguant du type parfait par l'absence de coprolalie, d'écholalie et d'échokinésie.

Fibromes utérins. (*Présentation de pièces.*) — M. GROSSE.

(SÉANCE DU 8 MARS 1927)

Infarctus du cœur. — M. P. PERRIN présente un infarctus du cœur ayant atteint la face antérieure du ventricule gauche et la presque totalité de la pointe. La coronaire gauche est oblitérée au-dessous de l'origine de l'artère auriculo-ventriculaire. Il s'agissait d'une malade qui, après un début brusque, a présenté une insuffisance cardiaque rapide avec crises répétées d'œdème pulmonaire, agitation, angoisse, chute progressive des tensions artérielles maxima et minima. L'auteur insiste sur l'importance de ce dernier symptôme qui, surtout avec un début brusque et des phénomènes d'angoisse, permet de soupçonner l'existence d'un infarctus myocardique.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

FÉVRIER 1927

Empoisonnement par champignons desséchés. — MM. OLMER et ROUGON.

Endocardite maligne à forme lente. — MM. ROUSLACROIX et Edouard GIRAUD.

Le mesothorium en urologie. (Tumeurs de la vessie et cancers de la prostate.) Applications et résultats personnels. — M. MARTIN-LAVAL.

Syndrome thalamique analgique. — MM. H. ROGER, SIMÉON et DENIZET présentent un homme de quarante-sept ans atteint d'hémiparésie gauche très légère avec hémihypoesthésie survenue brusquement, qu'ils rattachent à un ramollissement du thalamus : main avec doigts fléchis au niveau de leurs premières phalanges, étendus sur les deux autres, attitudes variables suivant les positions, contracture intentionnelle, mouvements athétosiques très discrets, dysmétrie des plus nettes, réflexes de posture plutôt diminués, diminution des sensibilités superficielle et surtout profonde. A signaler l'absence complète de douleurs et d'hémianopsie qui fait discuter aux auteurs le diagnostic différentiel d'avec le syndrome pariétal. Un signe de Babinski bilatéral fait penser à une participation légère des voies pyramidales vraisemblablement par cérébrosclérose lacunaire associée.

Erythroplasie vulvaire. — M. Georges BARDIER.

Leucémie suraiguë à forme myéloïde. — M. G. BARBIER.

A propos du mécanisme de l'hypotension par ponction lombaire. — MM. Marcel ARNAUD et Albert CRÉMIEUX ont étudié sur le cadavre le passage d'une solution de bleu de méthylène par un orifice de ponction dans les parties molles périrachidiennes ; à trois reprises, ils ont trouvé une très faible quantité du liquide (un centicube). Ils ne croient pas que cette déperdition suffise à expliquer l'hypotension qui suit certaines ponctions lombaires, selon la théorie admise par de nombreux auteurs étant donné que le liquide céphalorachidien se renouvelle normalement en totalité en moins d'une heure. Ils émettent l'hypothèse d'une inhibition des organes producteurs de ce liquide, qui produirait secondairement l'hypotension comme, dans certains cas, l'hypersécrétion réactionnelle provoque l'hypertension.

Sépticémie mortelle à staphylocoques. — MM. ROUSLACROIX et Edouard GIRAUD.

Volumineux anévrisme de la crosse de l'aorte presque sans signes physiques ou fonctionnels. — MM. ROUSLACROIX et A. RAYBAUD fils.

Radiographies du cœur après injection lipiodolée des coronaires. — MM. ROUSLACROIX et A. RAYBAUD fils.

Tuberculose rénale ancienne et défense fibreuse. — MM. CHAUVIN et MURARD.

Un nouveau cas de paralysie générale conjugale. — MM. WAHL et ALOMBERT.

Paralysie générale précoce d'origine hérédo-syphilitique vraisemblable. — MM. ROGER, REBOUL, LACHAUD et DENIZET.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DES INJECTIONS DE MORPHINE (1)

Par M. le docteur ALLARD.

La morphine n'est souveraine que contre les douleurs aiguës ou paroxystiques, et, d'autre part, elle supprime cette merveilleuse faculté qu'a l'organisme de s'adapter et de se résigner aux situations les plus critiques (M. Renaud). Et puis il y a le gros risque de la morphinomanie. Sans doute, on peut utiliser de préférence le pantopon dont la nocivité est infiniment moindre et le mécanisme d'action beaucoup plus complexe. Mais il vaut mieux le plus souvent possible ne pas faire d'injection et recourir à un médicament calmant administrable par voie buccale : l'allonal ou isopropylallylbarbiturate de diméthyl-amido-antipyrine se donne à la dose d'un à quatre comprimés par jour; il rend les plus grands services dans toutes les algies, même lorsqu'elles sont liées à une lésion organique profonde. Les travaux de F. Wright, Schall, Tellier, Villaret, Combemale, Vinchon, Sydney Kuh, Chausset, Mounot, Fournier, etc., ont mis en valeur son efficacité dans des affections fort diverses, douleurs fulgurantes du tabes, polynévrites, coliques hépatiques, néphrétiques, zona, névralgies faciales, odontalgies, périostites, abcès, points de côté, tuberculose, cancer, etc. Les recherches expérimentales, physiologiques et pharmacologiques de Pouchet, Wiki, Bardet, Redonnet, etc., ont prouvé que sa toxicité est excessivement réduite et sa zone de maniabilité très étendue. Les nombreuses observations publiées à propos de cet analgésique progressivement sédatif et secondairement hypnogène ont démontré que l'allonal permet souvent d'éviter et même de remplacer la piqûre de morphine. Certes, dans les cas d'insomnies rebelles, d'agitation intense et de délire, il est préférable d'utiliser le pouvoir hypnogène du somnifène, aux indications multiples et à la maniabilité en quelque sorte exceptionnelle; de même dans les symptômes purement nerveux, il vaut mieux recourir au bromure dissimulé sous la forme de sédobrol; au contraire, chez les malades présentant de la douleur, de toute origine et de toute nature, symptomatique ou idiopathique, simple ou compliquée, aucun médicament n'agit d'une manière aussi complète que l'allonal, analgésique renforcé.

LIVRES NOUVEAUX

Organisation et hygiène sociales. Essais d'hominiculture (2), par Jules AMAR, professeur de physiologie du travail au Conservatoire national des Arts et Métiers, membre de l'Académie des sciences de Lisbonne, docteur ès sciences.

Cet ouvrage traite à fond deux questions qui, depuis quelques années sont devenues la préoccupation primordiale du monde civilisé, et en particulier, de tous ceux qui assument la responsabilité de diriger une collectivité : industriels, commerçants, éducateurs.

Le professeur Jules Amar a écrit pour ces derniers peu familiarisés avec une science qui touche à la science médicale, un ouvrage des plus documentés qui les dispensera de lectures surabondantes ou obscures et qui leur permettra d'apprendre ce qu'il est indispensable de connaître pour combattre efficacement les misères de la vie sociale.

Les douze livres de ce traité étudient l'évolution humaine, depuis l'enfance jusqu'à l'âge mûr, d'une race à l'autre, au milieu de la famille, à l'école, au stade, au bureau, à l'atelier. Ils mettent en relief les avantages du service social à l'usine pour la mère et l'enfant, pour la natalité, la prophylaxie. Ils suggèrent des vues sur les causes de la vieillesse et des maladies sociales : tuberculose, syphilis, cancer, alcoolisme, abus des stupéfiants.

Ils seront le guide de tous ceux qui comprennent enfin que la lutte contre ces effroyables fléaux n'est pas seulement l'apanage des médecins, mais qu'au contraire, on n'en viendra à bout que lorsque les masses, bien éduquées, participeront efficacement à la défense.

Tous ceux qui ont conscience de leurs devoirs et de leur responsabilité voudront lire ce remarquable ouvrage.

Hygiène oculaire scolaire (1), par le docteur P. BOUSSI.

Cet opuscule a été composé pour venir en aide aux médecins, aux professeurs et à tous ceux qui s'intéressent à l'hygiène de l'enfance.

Sans viser à l'originalité, l'auteur s'est efforcé de mettre à la portée de tous, les notions indispensables à connaître, pour faire appliquer dans les écoles une hygiène rationnelle de la vue. Il indique les procédés qui permettront d'éviter le développement des vices de réfraction.

Le chapitre ayant trait à la myopie dite scolaire et aux soins que l'on doit apporter au dépistage des troubles visuels a été tout particulièrement développé.

Nous pensons que la lecture de ce travail éveillera l'attention des médecins sur les dangers que courent les enfants quand on ne surveille pas attentivement leurs yeux.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Samedi 18 juin. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Jeannin, président; Tiffeneau, Moussu, Robin et Nicolas. — M. RICAUD. Etude sur l'obstétrique bovine. — M. LEGUILLERMIC. Toxicité de la liqueur de Fowler chez le chien.

Lundi 20 juin. — Jury : MM. Sebileau, président; Gosset, M. Labbé et Heitz-Boyer. — Mme BRODY. Etude de la tuberculose génitale chez la femme. — M. FALLEX. Traitement des sciatiques. — M. FLITTMAN. Appui cranio-facial du docteur Darcissac. — M. LIGGI. Le rôle du calcium dans le métabolisme de l'eau.

(1) *Sud méd. et chir.*, 15 janv. 1927.
(2) Volume 16 × 25 de x-692 pages, avec 11 fig. 1927 (1.190 gr.) Prix : relié, 99 fr.; broché : 90 fr. (hausse : 40 p. 100). — Paris, librairie Dunod.

(1) Prix : 3 fr. 50. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 15 juin. — MM. Huet, 16; Maurer, 17; Wilmoth, 18.

Séance du 16 juin. — MM. Braine et Bloch, 19; Soupault, 14.

Séance du 17 juin. — MM. Reinhold, 16; Lorin, 15; Sénèque, 19.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Heuyer, Jacquet, Rouillard, Tzanck, Chatellier, qui acceptent; Moure, Quénu, Bloch (Jacques), Chirié, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique* (séance supplémentaire). — Séance du 16 juin. — Sont nommés : MM. Thibaut, 132; Raison, 141.

— CONCOURS DE PROSECTEUR DE L'AMPHITHÉATRE DES HÔPITAUX. — *Ecrit.* — Séance du 17 juin. — Question donnée : « Spina bifida. »

MM. Meillère et Raiga, 22; Chevallier, 21; Fèvre, 24; Ameline, 22; Leibovici, 24.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Jury d'admission : MM. Gastou, Lobligeois, Desternes, Proust, Launay, Guillemot, Huret.

— Sont nommés : directeur de l'hôpital Lariboisière, M. Pécheyran, directeur de l'hôpital Laënnec; directeur de l'hôpital Laënnec, M. Cornevin, directeur de l'hôpital Broca; directeur de l'hôpital Saint-Louis, M. Jampy, directeur du groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades; directeur du groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades, M. Tisnes, économe de ce groupe; économe du groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades, M. Mestivier, économe de l'hôpital Cochin; économe de l'hôpital Cochin, M. Vincent, économe de l'hôpital Trousseau; économe de l'hôpital Trousseau, M. Guiol, économe de l'hôpital de San-Salvadour; secrétaire trésorier du bureau de bienfaisance du 13e arrondissement, M. Doumens, économe de la maison de retraite Vineuil-Saint-Firmin; économe de la maison de retraite Vineuil-St-Firmin, M. Flament, économe de la maison de retraite La-Rochefoucauld.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Un concours pour une place d'agrégé de la section de pharmacologie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris aura lieu à Paris le 5 décembre 1927.

Le registre d'inscription sera clos le 5 octobre 1927.

— MONTPELLIER. — Les chaires d'anatomie, et de clinique ophtalmologique sont déclarées vacantes. (*J. O.*, 18 juin 1927.)

LÉGION D'HONNEUR. — Tableau de concours pour le grade d'officier en 1927. — Sont inscrits au titre de la réserve :

MM. les docteurs Ernst, Sézary, Sottas, Thollon, Grangier, Costa, Mouly, Daunic, Andrieu, Janin, Tr éolières, Theulet, Luzié, Gabriault, Louet et Abadie.

(Troupes coloniales.) MM. Talayrach et Gauducheau.

ASSOCIATION AMICALE DES DENTISTES ÉLECTROLOGISTES DE FRANCE. — La réunion de constitution de l'Association aura lieu le jeudi 23 juin prochain, à 20 h. 30 précises, en l'hôtel de la Société de photographie, 51, rue de Clichy, Paris (IXe).

Le docteur Foveau de Courmelles y fera une communication sur « La lumière en odontologie ».

CONGRÈS

LES JOURNÉES THERMALES DE CLERMONT-FERRAND (28-30 mai).

LE CONGRÈS DE L'ARTHRITISME A VITTEL (5-7 juin).

A quelques jours de distance deux réunions viennent de se tenir, l'une à Clermont-Ferrand, sur l'initiative de notre confrère le *Centre médical*, l'autre à Vittel sous les auspices de la Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy et de l'Est, et de la Société de médecine de Vittel. Le but de ces deux réunions était de mieux faire connaître les merveilleuses ressources hydrominérales dont dispose notre pays.

L'an dernier, déjà, Castaigne avait été l'initiateur de la *Journée thermale de Clermont-Ferrand* et il avait remporté un vif succès. Les Journées de 1927 ont été encore plus brillantes si possible.

C'est par Saint-Nectaire que commença la tournée. M. Versepuy y fit une conférence fort goûtée. Puis les visiteurs se rendirent à Royat où MM. Jean Heitz, Laubry et Billard exposèrent les travaux récents sur le traitement des maladies cardio-vasculaires.

Le second jour fut à Clermont-Ferrand une journée de travail. M. Castaigne fit une conférence dans laquelle il montra la part prépondérante prise par l'École de Clermont-Ferrand dans les recherches hydrologiques. Il insista particulièrement sur les « sérums hydrominéraux » et les travaux de M. Billard. MM. Marcel Labbé, Loeper, M. Jeanbrau (de Montpellier) parlèrent ensuite des différentes lithiases rénales. M. Thévenot (de Lyon) traita de la cure des albuminuries à Saint-Nectaire; M. Piéry (de Lyon) fit un exposé très brillant de l'action hypotensive des eaux minérales radio-actives.

Vichy fut le but de la troisième journée. La visite de la belle siation et de ses installations uniques au monde donna la plus belle des conclusions aux travaux des Journées thermales.

A Vittel, le *Congrès de l'arthritisme* fut non moins brillant.

Plus de deux cents médecins, tant français qu'étrangers, avaient répondu à l'appel des organisateurs du Congrès de Vittel. Les travaux se sont ouverts, sous la présidence du professeur Paul Carnot, par un rapport dans lequel le professeur Lœper et M. Debray ont exposé la conception actuelle de l'arthritisme, maladie précipitante. Le professeur Perrin (de Nancy), et M. Paul Mathieu étudièrent ensuite les rapports du foie et de l'arthritisme. Le professeur Merklen (de Strasbourg), passa ensuite en revue les rapports existants entre l'arthritisme et les reins. Tour à tour, les éliminations rénales de l'arthritisme, son milieu intérieur, les troubles métaboliques d'origine néphrétique, les maladies associées à l'état rénal de l'arthritique et les modalités cliniques de la néphrite révélées par les épreuves rénales fonctionnelles ont été passées en revue. Le professeur agrégé E. Doumer (de Lille), discuta le rôle de l'artritisme dans la genèse des maladies de l'appareil circulatoire.

Le professeur agrégé A. Leri et M. Lonjumeau ont fait de l'arthritisme dans ses rapports avec les rhumatismes chroniques l'objet d'un remarquable exposé où les fluctuations qu'a subies au cours des âges la notion de diathèse et celle d'arthritisme ont été bien indiquées. Le professeur Mouriquand (de Lyon), étudia la question de l'arthritisme infantile et son traitement. Le professeur Castaigne exposa la cure de diurèse. Il décrivit les accidents observés pendant les cures mal conduites, les stades physiologiques de l'absorption et de l'élimination de l'eau, la technique générale de la cure de diurèse et les techniques spéciales appropriées à chaque catégorie de malades, enfin l'action biologique intime des eaux dont on se sert pour réaliser la cure de diurèse. Enfin, le vénérable docteur Pierre Bouloumié, dont la verte vieillesse fait l'admiration de tous, et qui fut le grand animateur de ce Congrès, a démontré qu'il était bon de compléter la cure de diurèse par certains adjuvants de cette cure au premier rang desquels il faut placer l'alimentation, les régimes et l'exercice physique, puis les moyens thérapeutiques empruntés à l'électrothérapie, à la photo et à la thermothérapie, enfin à l'hydrothérapie chaude, tiède et froide.

La mise en œuvre, à Vittel, de tous ces adjuvants de la diurèse, jointe à l'action spécifique des eaux, fait de cette cité thermale la station-type de l'arthritisme.

Plus de 35 communications diverses ont accompagné les rapports et suscité des commentaires et des discussions du plus haut intérêt. Parmi les auteurs et les orateurs qui prirent part à ces discussions, il faut citer les professeurs Spillmann et Etienne (de Nancy), les docteurs Mathieu-Pierre Weill, Feuillié, médecins des hôpitaux de Paris, et Emile Abel, médecin des hôpitaux de Nancy, Paul Aimé, M. Guillaumin, chef de laboratoire à la Faculté, Lutringer, Schneider, Grigaut et Etterlen (de Contrexéville), Bertrand (d'Anvers), Besse (de Genève), Sédillot (de Paris), Pierra (de Luxeuil), Françon, Merklen (d'Aix-les-Bains), de Langenhagen (de Plombières), Wetterwald (de Paris), Gay (de Bourbonne-les-Bains), Pescher (de Paris), Tartarin Malachowski (de Paris), Lesieur (de Caen), les docteurs Pierre Bouloumié, Monsseaux, Finck, Amblard, Violle, Lhuillier, Guyonneau, Paillard et Boigey (de Vittel).

De l'ensemble des idées échangées, il résulte que si le mot arthritisme est mauvais, par cela même qu'il ne peut s'appliquer avec son acception étymologique, aux rhumatismes chroniques, maladie essentiellement articulaire, reconnue aujourd'hui de nature infectieuse, la notion d'arthritisme en tant que dyscrasie et maladie par auto-intoxication à tendance précipitante, est à conserver. Elle représente une réalité nosologique et implique un ensemble de mesures d'hygiène et une thérapeutique qui lui sont propres.

Comme à Saint-Nectaire, à Royat et à Vichy, les congressistes ont reçu dans notre belle station des Vosges l'accueil le plus cordial et le plus somptueux, ils en goûtèrent tout le charme grâce à la parfaite organisation due au docteur Boigey, secrétaire général du Congrès de l'arthritisme. L. G.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

DAME VEUVE, très sérieuse, désire place secrétaire chez médecin ou dentiste. — Ecrire HAUSER, 26, rue Damesme, Paris (XIIIe).

SOCIÉTÉ AMÉRICAINE de 1er ord. cherche jeune pharm., méd. ou chim. lis. l'anglais pr visiter en France méd., pharm. et dentistes. — S'adr. pharmacie, 3, r. Scribe, de 10 à 12 h.

SUD-EST. RÉGION AGRICOLE. Seul médecin. Poste à céd. — S'adr. docteur ALARY, 1, rue Favre, Chambéry (Savoie).

DES ORIENTATIONS ET DES TENDANCES
DE LA
CHIRURGIE DU SYMPATHIQUE [1]

Par René LERICHE,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

C'est une tâche vraiment impossible, à l'heure actuelle, que d'exposer les résultats de la chirurgie du sympathique.

Cette chirurgie a été faite jusqu'ici d'une façon trop empirique pour qu'on puisse déjà en juger la valeur réelle. Il est mieux de se borner à en marquer les tendances et les orientations. Elle est en effet en pleine évolution. Elle ne cherche pas sa voie. Elle l'a trouvée. Mais, comme toute méthode nouvelle, elle n'avance que péniblement, en revenant parfois sur ses pas, et en utilisant sans cesse, pour de justes fins, l'analyse de ses erreurs et de ses échecs, plus encore que celle de ses succès. Elle se constitue donc lentement et le moment n'est pas venu d'en faire le bilan.

Elle rencontre d'ailleurs dans sa progression d'énormes difficultés. En chirurgie, de nos jours, les difficultés ne sont plus d'ordre technique. Ce sont presque uniquement des difficultés d'indication. La précision des indications suppose en effet une parfaite connaissance du mécanisme des maladies auxquelles on s'adresse. Quand une méthode naît, et surtout quand elle se propose de redresser des états tissulaires anormaux en provoquant des changements physiologiques, elle se heurte toujours à nos ignorances de physiologie pathologique. Il n'est jamais simple d'arriver à tout connaître d'un groupe de maladies donné. Il en a toujours été ainsi.

Un exemple pris dans l'histoire de la chirurgie, vous le fera comprendre. Songez à ce qu'il en a été de la question, bien banale aujourd'hui, des anastomoses gastro-intestinales, depuis le jour où, en 1881, Wœlfler eut l'idée de coudre le jéjunum à l'estomac pour tourner un obstacle pylorique. Laissez de côté toutes les recherches techniques qu'il a fallu faire avant qu'on ne s'arrête d'un accord unanime à la parfaite gastro-entérostomie postérieure. Ne pensez même pas à tout ce que l'on a dû acquérir touchant le mode de fonctionnement de ces anastomoses, mais songez à toutes les erreurs d'indication qui ont été commises pendant plus de trente ans. Rappelez-vous qu'on l'a essayée avec une parfaite méconnaissance de ses possibilités dans les troubles gastriques des hystériques, des aérophages, des ptosiques, dans les crises gastriques du tabes et chez tant de gens qui n'en avaient pas besoin. Pensez qu'actuellement, quarante-six ans après l'invention de Wœlfler, on ne sait pas encore si la gastro-entérostomie suffit à guérir l'ulcère de l'estomac et à enrayer l'hypersécrétion ou s'il faut lui substituer la résection systématique de l'antre pylorique. Vous comprendrez alors pourquoi il serait vain de s'essayer à juger actuellement la chirurgie du sympathique, dont la renaissance ne date que de dix ans.

Il est de plus très difficile de se rendre compte de ses résultats parce qu'elle s'applique à des maladies peu étudiées jusqu'ici, dont nous ne connaissons encore qu'imparfaitement les types cliniques et les évolutions, dont nous ignorons tout ce qui concerne les causes et le mécanisme, alors surtout que nous ne savons pas grand'chose touchant la physiologie intime du sympathique lui-même, c'est-à-dire touchant la physiologie de la nutrition et de la vie des tissus.

Pour moi, la chirurgie du sympathique n'existera vraiment qu'au jour où nous saurons comment se produit la douleur, où elle passe, de quelle façon naît, vit, et vieillit le tissu conjonctif, comment jouent les mécanismes intimes des vaisseaux périphériques de petit calibre, comment se règlent et se dérèglent les actions capillaires. Or, nous n'en sommes pas encore là. Il s'en faut!

Aussi ne saurait-on s'étonner que l'on ait commis des erreurs d'indication et connu bien des échecs en matière de chirurgie sympathique. Mais il ne faut pas, à cause même de ces échecs, prendre un air sceptique et, s'armant du gros bon sens, qui n'est généralement que le sens commun des ignorants, dire d'un air entendu que la question est réglée, que cette chirurgie ne vaut rien parce que ses résultats ne tiennent pas, les nerfs se régénérant trop vite. Ce serait dire autant d'erreurs que de mots.

Ce qu'il faut se dire, c'est que le chirurgien n'a plus le droit, de nos jours, de n'être qu'un technicien, c'est-à-dire un superbarbier apte à appliquer correctement un procédé de façon à ce que la guérison opératoire s'ensuive. Le chirurgien doit être un pathologiste, un homme aimant à rechercher les mécanismes de ce qu'il observe. Toutes les méthodes chirurgicales nouvelles exigent un patient travail d'analyse pathologique, une étude attentive des exigences des lésions que l'on veut corriger, une exacte connaissance des limites d'action dans lesquelles on se meut.

C'est parce que personne n'avait accompli ce lent travail, sans gloire, que la chirurgie du sympathique, après les brillants débuts que lui avait valus la maîtrise de ses promoteurs, de Jaboulay, de Chipault et de Jonnesco, s'est éclipsée pendant dix ans de l'horizon chirurgical.

Nous ne devons pas refaire la même erreur.

Et c'est pour bien définir l'esprit pathologique dans lequel nous devons travailler cette question que j'ai accepté avec empressement l'honneur que m'a fait M. le médecin-inspecteur Dopter quand il m'a demandé de prendre la parole devant vous.

*
* *

Tout d'abord, une chose doit être posée en principe : la chirurgie du sympathique ne s'identifie pas à la sympathectomie péri-artérielle.

Le sympathique peut être atteint en trois endroits : au niveau des éléments pré-ganglionnaires ; au niveau des ganglions et de leur chaîne ; au niveau des rameaux post-ganglionnaires, c'est-à-dire au niveau

(1) Conférence faite à l'Ecole d'application du Service de santé, au Val-de-Grâce, le 30 avril 1927.

des artères, parce que là seulement ces rameaux sont isolés et peuvent être atteints avec précision.

Il y a en somme trois types d'opérations sympathiques : la section des rameaux communicants, l'ablation d'un ou de plusieurs ganglions, et la sympathectomie péri-artérielle.

Or, malgré les schémas de physiologistes qui pouvaient nous faire prévoir tout autre chose, un fait se dégage de ce que les chirurgiens ont vu dans ces dernières années : Quel que soit le point d'attaque du sympathique, on observe toujours les mêmes modifications de la vaso-motricité. Ramisection, gangliectomie, sympathectomie péri-artérielle, donnent toujours naissance à une vaso-dilatation active dans un territoire donné, avec retentissement plus ou moins marqué sur la circulation générale, de même sens pour les membres et probablement, du moins nous devons le supposer sans que ce soit encore établi, expérimentalement, de sens inverse pour les viscères. Cette vaso-dilatation active s'accompagne d'une augmentation passagère de l'indice oscillométrique, d'une hyperthermie périphérique objective et subjective et d'une hyperleucocytose de type défini.

Ceci dure deux à trois semaines, pas davantage. Et peu à peu la circulation revient à ses valeurs antérieures. Objectivement, la circulation se rétablit telle qu'elle était auparavant; le bain chaud et le bain froid amènent leurs réactions normales. En apparence, rien n'est changé. En est-il vraiment ainsi? C'est très douteux. Nous ne savons pas encore analyser la vie intime des tissus et par suite nous ne savons rien de ce qu'elle est après une opération ayant pour but de la modifier. Mais un fait doit être retenu. Après la ramisection, la température reste pendant des mois, des années, peut-être toujours, plus élevée à la périphérie du côté opéré que de l'autre côté. Au bout de dix-huit mois, j'ai trouvé 2 degrés de différence chez une malade ayant eu une ramisection lombaire, alors que les méthodes d'étude de la circulation avaient montré un retour complet à la normale.

Ajoutons qu'avec la sympathectomie péri-artérielle les effets vaso-dilatateurs sont retardés de quelques heures, à cause d'une vaso-constriction due à l'excitation des plexus pariétaux; qu'ils sont moins durables et moins intenses qu'avec les autres opérations, ce qui ne saurait surprendre, puisque c'est là l'opération minima sur le sympathique.

A ces effets généraux il s'ajoute, suivant les régions, des effets spéciaux, variables avec la destinée des nerfs passant par là, sur lesquels je ne veux pas insister.

Ce que je viens de dire comporte deux conclusions : la première c'est que le choix d'une opération donnée doit être exclusivement déterminé par une exacte appréciation de la topographie des lésions, de leur ancienneté et de leur gravité. Le principe étant d'agir en amont, on peut dire qu'à lésion localisée récente et sans désordre profond, convient la sympathectomie péri-artérielle et qu'à lésion diffuse, ancienne, à grands désordres, doit s'appliquer la ramisection qui frappe plus loin et plus fort.

La seconde conclusion c'est qu'il faut toujours choisir l'opération la plus élective et la moins mutilante. Puisque les effets physiologiques obtenus sont toujours de même essence, quelle que soit l'opération pratiquée, il n'y a pas lieu de sacrifier les organes dont nous ne connaissons pas les fonctions, sous prétexte de commodité ou de plus grande certitude. Je veux dire par là qu'il ne faut pas sacrifier les ganglions. A mon sens, l'ablation des ganglions ne doit presque jamais plus être faite. Je pense même que bientôt, elle ne sera jamais nécessaire. Pour l'instant nous avons encore des ignorances touchant le passage de certaines fibres spéciales : si nous voulons atteindre tel ou tel appareil, il nous faut encore aller chercher leur élément d'innervation là où nous savons qu'il passe à coup sûr. Si nous voulons par exemple agir sur l'asthme, il nous faut encore enlever le ganglion étoilé d'un côté parce que le sympathique bronchique passe par là, mais quand il sera établi que les filets de la sensibilité bronchique cheminent, tous ou presque tous, dans des rameaux communicants déterminés, ou bien tel ou tel rameau périphérique, c'est à l'opération pré-ganglionnaire ou à l'opération post-ganglionnaire que nous devrons recourir, en renonçant au sacrifice ganglionnaire. L'ablation de ganglions n'est plus exigée en somme aujourd'hui que par nos ignorances physiologiques. En principe nous devons nous en abstenir, leur sacrifice expose à de graves mécomptes. Sans doute Jonnesco a pu montrer des malades auxquels il avait enlevé toute la chaîne cervicale des deux côtés, ganglion étoilé compris et qui, apparemment, se portaient fort bien. Mais Jonnesco n'a jamais soumis ses malades à la moindre épreuve fonctionnelle. A cause de cela, ses présentations sont sans valeur : un chien auquel on a enlevé un ganglion étoilé ou les deux, paraît lui aussi normal dans sa cage. Il saute, il mange, il jappe, il se reproduit. Mais au bout de quelques mois faites-le courir. Vous le verrez s'essoufler, manquer de résistance, et s'arrêter. D'un fox, l'ablation du ganglion étoilé fait une sorte de chien d'appartement. Il y a plus; de recherches commencées, mais non terminées, mon collaborateur Fontaine croit pouvoir conclure bientôt que les animaux auxquels le ganglion étoilé a été enlevé résistent moins que d'autres aux infections qui nécessitent un effort cardiaque. Et cela n'est pas étonnant : à l'autopsie, chez le chien après ablation du ganglion étoilé il a trouvé des zones de dégénérescence myocardique non inflammatoire comme en ont vu Branburg et d'autres.

Il est probable qu'après l'ablation des autres ganglions, il y a de même des effets que nous ne savons pas encore discerner. Aussi, tant que nous ne serons pas mieux instruits, devons-nous nous élever avec force contre les chirurgiens qui sacrifient le ganglion à la légère, comme ceux, par exemple, qui pour mieux assurer la conservation du membre inférieur après ligature de l'iliaque externe, se sont crus autorisés à enlever toute la chaîne lombaire, alors qu'une sympathectomie périartérielle aurait eu la même action. De même, nous ne devons pas suivre, à mon avis, ceux qui cherchent à guérir une maladie de

Raynaud en sacrifiant toute la chaîne lombaire d'un ou des deux côtés, sans songer à l'étendue de la mutilation qu'ils pratiquent. Sans doute, cela paraît une grande nouveauté chirurgicale que de montrer dans une société un malade apparemment guéri ayant, entre les mains, toute sa chaîne ganglionnaire collée sur un carton. Mais, je persiste à penser que c'est une action chirurgicale plus méritoire encore de montrer le malade guéri avec ses ganglions intacts collés contre la colonne lombaire.

Je vous en ai assez dit pour vous montrer ce que doit être l'orientation actuelle de la chirurgie du sympathique, dans le domaine technique. Je voudrais, maintenant, vous montrer, par des exemples, les tendances que nous devons avoir vis-à-vis de la pathologie qui paraît relever du sympathique.

* * *

Les maladies auxquelles s'appliquent, à l'heure actuelle, les opérations sympathiques sont très mal connues. Je vous l'ai dit. Nous devons donc, pour chaque cas particulier, faire, avant d'opérer, le bilan des états anatomiques contestables et le bilan des possibilités de redressement de leur situation. Il y a, en effet, des choses qui sont possibles et d'autres qui ne le sont pas. Il ne nous est pas possible, par exemple, de provoquer une vaso-dilatation périphérique devant une menace de gangrène, si l'artère maîtresse d'un membre est complètement bouchée sur une longue étendue de son trajet si les rameaux terminaux sont obturés. C'est possible, au contraire, si son imperméabilité n'est qu'incomplète ou très localisée. Il nous est possible de limiter une gangrène qui n'atteint qu'un ou deux orteils ; il ne nous est pas possible de limiter une gangrène du pied en totalité, car l'étendue même de cette gangrène signifie que les vaisseaux périphériques sont oblitérés ou que la fémorale elle-même l'est au niveau du triangle de Scarpa. Il y a donc, pour chaque cas particulier, nécessité absolue, avant de se décider à une opération sympathique, de bien se représenter ce qui existe et les modifications fonctionnelles qui sont possibles.

Il ne faut pas non plus demander aux tissus ce qu'ils ne peuvent pas donner : il est légitime d'espérer qu'une sympathectomie fera cicatriser en vingt-cinq jours un ulcère grand comme la paume de la main. Mais vous n'avez pas le droit de penser que l'opération vous donnera une cicatrice faite d'une peau normale et saine. Ce ne sera jamais qu'une cicatrice et à la jambe une cicatrice est toujours mal placée. C'est ce à quoi on n'a peut-être pas songé jusqu'ici, quand on a traité les ulcères de jambe.

En somme, il faut, si l'on veut avoir des résultats, se tenir toujours dans le domaine des possibilités, rester sur terre et non vivre dans l'espérance d'un miracle.

Nous verrons cela d'une façon plus précise en examinant quelques-unes des questions importantes que soulève la chirurgie du sympathique.

Je ne vous parlerai pas de ce qui a trait à la douleur et aux maladies vaso-motrices. J'en ai récemment parlé dans une conférence en cours de publication dans la *Presse médicale* (1). Je n'aborderai pas non plus le cas des oblitérations artérielles qui est trop complexe et présente encore trop d'obscurité. Je me bornerai à vous exposer la façon dont, d'après mon expérience actuelle, il faut comprendre le traitement des ulcérations du membre inférieur et de certaines maladies osseuses.

1° ULCÉRATIONS CHRONIQUES DES MEMBRES. — Les ulcérations chroniques des membres, celles des membres inférieurs du moins, sont légion. Elles sont d'espèces très diverses. A dire vrai, ce ne sont pas des maladies, mais des symptômes, et il n'est vraiment plus permis, en 1927, de les mettre toutes dans un chapitre commun. Mais, en réalité, nous ne sommes pas encore assez avancés en pathologie pour nous permettre de les rattacher chacune à leur cause. Essayons pour y voir clair de faire tout d'abord deux grandes catégories. Il y a des ulcérations qui dépendent de lésions nerveuses connues ou latentes et d'autres qui paraissent relever d'un tout autre mécanisme.

Examinons d'abord ce dernier groupe : il comprend des ulcérations post-traumatiques, des ulcérations sur cicatrice (et sur cicatrice de brûlure, en particulier), des ulcérations d'origine artérielle, des ulcérations post-phlébitiques, des ulcérations sur cal exubérant, des ulcérations syphilitiques et enfin des ulcères variqueux.

Il serait vraiment extraordinaire qu'un simple traitement par hyperhémie active puisse convenir en bloc à des cas aussi divers. Pour ma part, je n'ai jamais imaginé qu'une opération sympathique puisse au hasard, être la panacée de maladies si diverses ; il eût été puéril de le penser. Il va de soi qu'une donnée thérapeuthique doit s'adresser à la cause et que, suivant les cas, il faut traiter la syphilis, l'artérite ou la phlébite, raboter les cals exubérants et enlever les varices. En théorie, la sympathectomie ne convient qu'aux autres cas, c'est-à-dire aux ulcérations post-traumatiques, aux ulcérations par thrombo-phlébite périphérique et aux ulcérations sur cicatrice. En pratique, ces différentes espèces sont moins tranchées que ne le laissent supposer les enseignements classiques. La syphilis, en particulier, peut être à l'origine de toutes les espèces d'ulcérations, même de celles qui paraissent le moins syphilitique qui soit. Les meilleurs dermatologistes peuvent s'y tromper et affirmer que la syphilis n'est pas en cause, alors qu'un traitement arséno-benzolé amènera la guérison en quinze jours, ou dire que l'ulcération est syphilitique dans un cas que le traitement spécifique ne réussira jamais à guérir. Quant à la réaction de Wassermann dans ces cas, bien que la faisant toujours faire, je n'y attache aucune importance. Je ne me permets donc jamais de dire qu'une ulcération chronique est trophique sans avoir fait l'épreuve d'un traitement fort et prolongé avec alternance d'arséno-benzol et de cyanure. Un exemple vous fera comprendre la nécessité de cette manière de faire. En 1925, on m'envoie, du Midi de la France un

(1) Voyez : La chirurgie de la douleur, *Presse méd.*, 20 avril 1927, n° 32, et 4 mai 1927, n° 36.

malade ayant deux ulcérations du tiers inférieur de la jambe. Le médecin me disait que tout avait échoué et notamment qu'un traitement par injections intraveineuses de préparations arsénicales et par administration d'iodure n'avait eu aucune efficacité. Ces ulcérations n'avaient pas de caractère spécial et on ne leur trouvait comme cause possible qu'une phlébite ancienne. Par prudence, je fis refaire quelques injections d'arséno-benzol. Les ulcérations restèrent atones. Je me décidai à faire une sympathectomie. Le résultat fut merveilleux. L'aspect des plaies se transforma, la stérilisation fut rapide. Des greffes furent faites et au bout de vingt-cinq jours, le malade rentra chez lui guéri. Un an après, j'écris pour avoir des nouvelles : le malade me répond qu'au bout de trois mois un beau jour, toutes les greffes s'étaient mortifiées sans cause apparente et que les ulcérations étaient redevenues ce qu'elles étaient auparavant, que devant ce résultat, on avait recommencé l'arséno-benzol à haute dose et, qu'en quinze jours, tout avait guéri.

Aussi bien, la règle doit-elle être absolue : quelle que soit l'apparence de la lésion, quelle qu'en soit la cause apparente, toujours un traitement arsénobenzolé à doses croissantes doit être fait et suffisamment prolongé.

Si ces ulcérations résistent, il faut intervenir et, suivant les cas, enlever les varices, réséquer largement un cal exubérant, exciser une artère oblitérée ou une veine phlébitique ou faire une sympathectomie périartérielle. Cette dernière opération fait merveille dans les nlcérations post-traumatiques et, dans les ulcères variqueux. Elle échoue généralement dans les ulcérations syphilitiques pures et dans les ulcérations apparues sur des membres atteints de lymphangite à répétition.

Mais ce n'est pas ainsi, à mon avis, que se pose vraiment la question du traitement des ulcérations chroniques. En dehors du problème de la cause et du traitement pathogénique, il y a un *problème de l'ulcération en soi*. Il est presque toujours possible de faire fermer un ulcère de jambe. Il est plus difficile de le maintenir guéri. Pour toute ulcération de dimensions notables, dans un endroit où la peau n'a pas de souplesse, comme à la jambe, dans sa moitié inférieure, quelle que soit la cause de l'ulcération, les conditions biologiques de l'ulcération elle-même et celles de cicatrisation doivent être examinées en elles-mêmes.

Une ulcération chronique reste ainsi pour trois motifs presque toujours associés et juxtaposés à des causes particulières.

Une ulcération dure : 1° parce qu'elle est consécutive à une nécrose dermo-épidermique relevant d'une ischémie artéritique, ou parfois spasmodique, qui a créé une perte de substance cutanée définitive toujours bien plus grande que l'ulcération apparente ; 2° parce que les conditions circulatoires locales sont mauvaises, ce qui entretient une déplorable nutrition, surtout à la jambe où déjà les conditions de vie des tissus sont médiocres; 3° enfin, parce qu'il y a à sa surface une profonde infection chronique pour toutes sortes de germes.

Nous avons, Fontaine et moi, étudié ces trois facteurs par des procédés variés, par des examens histologiques, par des recherches oscillométriques, par des ensemencements et des cultures. Nous les avons habituellement trouvés associés.

Excisez un ulcère, vous verrez, si vous vous tenez à faible distance de son bord, que la peau, au niveau même de votre tranche de section, est histologiquement de la peau malade, sans glandes, sans poils, avec des vaisseaux rares et sans souplesse. Excisez plus loin, à la limite de la peau apparemment saine, vous verrez celle-ci se rétracter et la perte de substance sera plus grande qu'il ne paraissait, comme si la peau avait déjà été attirée par l'effort de la cicatrisation, comme pour réduire la perte de substance nécrotique. Examinez des coupes, vous verrez que les bords de l'ulcération ont un derme épaissi, empiétant sur un panicule adipeux sclérosé. Dans les interstices de ce derme vous trouverez des travées inflammatoires, des cellules géantes englobant des corps étrangers, des polynucléaires et des microbes libres. Comment s'étonner que cette peau ne puisse pas faire l'effort de cicatrisation qu'on veut lui demander?

Faites des frottis de l'ulcération et vous verrez que le fond de celle-ci est fait d'un réseau de fibrine englobant des polynucléaires morts et des microbes variés. En somme, un ulcère de jambe, qu'il soit variqueux, postphlébitique ou sur cal exubérant, est dans les pires conditions de vitalité et de réparation. Si cependant la cause est supprimée, si les varices sont enlevées, le cal réséqué, vous obtiendrez une cicatrice, mais ne soyez pas étonnés si, un jour venant, vous avez une récidive. J'ai plusieurs fois extirpé des cicatrices obtenues après un traitement plus ou moins long et même des cicatrices d'ulcérations syphilitiques. C'étaient de mauvaises cicatrices, chroniquement enflammées, reposant sur un tissu scléreux, sans souplesse, ayant de mauvais vaisseaux. Histologiquement et biologiquement c'étaient des cicatrices pathologiques, et c'est ce qui nous a conduits, Fontaine et moi, à dire en 1925 que la vraie méthode de traitement des ulcérations chroniques devait, après avoir supprimé la cause, modifier les facteurs de chronicité et de récidive locale, c'est-à-dire changer les conditions circulatoires et nutritives de la peau, stériliser l'ulcération et apporter ultérieurement sur place de la peau saine.

Nos recherches nous avaient conduits à voir que la sympathectomie péri-artérielle, qui transforme les conditions circulatoires périphériques et, par conséquent, la nutrition même des tissus, amène très vite une transformation du sol de la plaie et la disparition de la flore microbienne. Au bout de trois à quatre jours, une plaie atone, après une brève exagération de la suppuration, devient rouge vif et se couvre de granulations très vivaces. Vers le troisième ou le quatrième jour le réseau fibrineux dont je parlais plus haut a disparu, les polynucléaires englobent tous les microbes qui disparaissent de la plaie. Vers le cinquième ou sixième jour il n'y a plus sur place que de grands mononucléaires qui se fixent. La plaie est stérile. En même temps un liseré d'épidermisation apparaît et la cicatrisation marche

dès lors grand train. Sa vitesse, que Mouchet et Guillemin, que Jeanneney et Mathey-Cornat ont calculée, dépasse celle de la cicatrisation normale, telle que l'a mesurée Carrel. Peu à peu elle diminue et les derniers millimètres carrés demandent plus de temps pour se combler que les premiers. Comment s'en étonner quand on songe à l'effort qu'a déjà fourni le liseré épidermique ?

Ceci étant, on pourrait laisser aller les choses et abandonner la plaie hyperhémiée et stérile à sa cicatrisation naturelle. C'est ce qu'ont fait la plupart des chirurgiens qui ont utilisé jusqu'ici la sympathectomie dans ces cas et c'est ce que j'ai fait moi-même autrefois. Je pense que c'est à tort et qu'il faut procéder autrement dès que l'ulcération a des dimensions notables. Nous ne devons pas oublier que, à l'origine de l'ulcération, il y a une perte de substance par nécrose épidermique. Il faut, si l'on veut une cicatrice de bonne qualité, boucher la perte de substance en apportant de la peau nouvelle, dès que la plaie est stérile et que les conditions circulatoires sont bonnes. Pour cela, nous avons de nombreux procédés. Après diverses expériences et après avoir examiné les très beaux résultats qu'a obtenus mon ami Gillies à l'aide de ses lambeaux tubulés, je pense que l'emploi des greffes dermo-épidermiques est le procédé le plus sûr, le plus rapide et le plus économique. Mais il y a divers procédés de greffes dermo-épidermiques. Les grands lambeaux d'Ollier sont trop minces; ils donnent un épiderme fragile, plaqué contre le sol de la plaie. La peau ainsi obtenue est sans souplesse. Elle reste assez vulnérable. Au contraire, les greffes en confetti de Halsted-Davies donnent une peau solide, résistante, d'excellente qualité. Vous savez en quoi consiste cette méthode : sur la surface cutanée, convenablement préparée, on pique la peau avec une aiguille; on soulève ainsi un cône que l'on coupe à sa base dans la zone des papilles avec un bistouri. Le confetti ainsi obtenu est porté par l'aiguille directement sur la couche de granulations stériles de l'ulcère, et l'on recommence les prises aussi souvent qu'il est nécessaire. Ces greffes sont très vivaces. Elles ne ratent presque jamais ; ce sont, au fond, des greffes cutanées totales de petites dimensions. Le damier que forme leur juxtaposition devient peu à peu d'un dessin moins net et au bout d'un an et demi ou de deux ans leur aspect est vraiment satisfaisant. Vous le verrez tout à l'heure sur les clichés que je compte vous projetter.

J'en reviens à la méthode générale de traitement des ulcérations chroniques que nous avons préconisée, Fontaine et moi. Elle comprend dans un premier temps la sympathectomie périfémorale, l'ablation des veines dilatées s'il y en a (par le procédé de Babcock), l'ablation de l'os, s'il est nécessaire, etc., et, dans un second temps, au bout de cinq à dix jours, des greffes dermo-épidermiques dès que la plaie est bactériologiquement stérile. De cette façon, en vingt à vingt-cinq jours de traitement, on a raison d'ulcères rebelles et la récidive est peu à craindre.

Dans les clichés que je vous projetterai tout à l'heure, vous verrez un ulcère variqueux qu'un homme portait depuis 1889. Pendant trente-huit ans cet ulcère n'avait jamais été cicatrisé plus de six à sept mois de suite. Songez aux kilos de pansements et de pommades qu'il a usés, au prix que son ulcère a coûté à la collectivité ! Or, cet homme a été guéri en vingt jours par sympathectomie et greffe, et il reste guéri depuis un an et demi. Je l'ai revu récemment. La peau greffée est souple et de bonne qualité. Je ne crois pas qu'il récidive. Ce simple fait suffirait à montrer que la méthode de la stérilisation des ulcères par sympathectomie suivie d'un comblement par greffes est là meilleure et la plus sûre des méthodes.

Mais, pourriez-vous me dire, ne serait-il pas possible de désinfecter autrement l'ulcération et de greffer sans passer par l'intermédiaire sympathique? Certainement oui. On l'a fait et je l'ai fait longtemps. Mais il me paraît aujourd'hui préférable de toujours améliorer d'abord les conditions circulatoires locales et de changer le dynamisme des tissus.

Il y a plus : les biologistes purs, qui étudient beaucoup présentement le problème des régénérations tissulaires, ont vu que l'élévation de la température locale active la réparation physiologique de l'épiderme et du tissu conjonctif. Or, la sympathectomie péri-artérielle augmente de 2 à 4 degrés la température locale pendant quinze jours environ. D'autre part, depuis Morpurgo, on sait que la sympathectomie exerce une influence d'inhibition sur la réparation des tissus et que, quand le sympathique est coupé, la régénération se fait plus vite que sur un tissu témoin. Dans des expériences qui datent déjà de plusieurs années, j'ai montré avec Haous que, si l'on fait sur les deux oreilles d'un lapin des plaies d'égales dimensions et qu'on enlève ensuite le ganglion cervical supérieur d'un côté, la réparation est plus rapide et plus harmonieuse du côté où le ganglion a été enlevé. Placintianu a retrouvé les mêmes effets; Papilian et Cruceanu, créant des troubles trophiques chez le chien, ont vu la guérison des ulcères se faire vite du côté où l'on avait pratiqué la sympathectomie péri-artérielle, alors que de l'autre côté l'ulcère restait atone.

De récentes expériences de Mlle Locatelli sont plus précises encore : elles ont montré qu'après l'ablation du sympathique tout se répare plus vite : l'épiderme, le tissu conjonctif, l'os, le tissu musculaire strié et ceci se produit même quand, après avoir séparé les tissus de leurs connexions sympathiques, on les soumet à une hypoémie locale au moyen de la ligature des gros vaisseaux sanguins. Il y a chez l'homme des expériences identiques. Quelques chirurgiens, ayant blessé l'artère et s'étant vus dans l'obligation de la réséquer ou de la lier, ont eu la surprise de voir l'ulcération, pour laquelle ils étaient intervenus, évoluer comme après la sympathectomie la mieux réussie. En somme, en faisant des neurotomies sympathiques pour favoriser la réparation des plaies, nous sommes dans la règle biologique et je crois que nous devons persévérer dans cette voie.

Mais, les résultats obtenus sont-ils durables ? Je crois que oui, toutes les fois qu'il n'y a pas à l'origine une syphilis méconnue non traitée ou une infection chronique du membre. Il y a dans la littérature

des statistiques tendant à prouver que, après la sympathectomie péri-artérielle, il y a 70 p. 100 de récidives avant la fin de la première année et qu'un très petit nombre de malades seulement ont des résultats durables. Si l'on traite les ulcères comme je viens de l'indiquer, en faisant dans un premier temps sympathectomie et traitement de la cause et dans un deuxième temps la greffe, la proportion des résultats durables est inversée. Sans doute, on ne peut encore citer des exemples de malades guéris depuis des années, puisque la méthode ne date que de deux ans. Mais certains faits portent en eux une valeur démonstrative. Je ne vous donnerai pas de pourcentage. Rien n'est plus trompeur que ces statistiques qui juxtaposent des cas très dissemblables. Depuis que je suis à Strasbourg, où j'ai suivi presque tous mes malades, soit dix-huit cas, je n'ai eu personnellement que deux échecs : un ulcère sur lymphangite après blessure de guerre ayant longtemps suppuré et un ulcère syphilitique rebelle à tout traitement ayant récidivé après greffe et ayant guéri après reprise du traitement. Dans un cas opéré par un de mes assistants, où l'ulcère était dû à la présence d'un cal exubérant après fracture compliquée, les greffes n'ont pas tenu, mais le cal n'avait pas été abrasé, ce qui était contraire à tout ce que j'enseigne. J'ai, d'autre part, parmi mes malades, un homme qui s'est suicidé au bout de quelques mois après avoir dit à son médecin qu'il préférait se jeter à l'eau plutôt que de vivre en travaillant, ayant perdu l'habitude en sept années d'hospitalisation de subvenir à ses besoins. Je connais aussi un vieillard qui, guéri par des greffes, a fait une petite ulcération à distance de la zone greffée dans un tissu de mauvaise qualité, et encore n'est-il pas certain qu'il n'ait pas provoqué cette ulcération pour se faire hospitaliser. Une autre de mes malades a réulcéré un ulcère qui n'avait pas été greffé, alors que trois autres ulcères qui avaient été, après sympathectomie, comblés par des greffes sont restés guéris. Par contre, je connais plusieurs malades guéris depuis quinze à dix-huit mois. Je ne crois donc pas qu'il faille proclamer la faillite des opérations sympathiques dans le traitement des ulcères. Ce qu'il faut, c'est examiner avec soin ces malades, s'efforcer de faire un diagnostic causal, établir une thérapeutique pathogénique et, finalement, toujours greffer de la peau saine après sympathectomie.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 MAI 1927)

Dystrophie radio-carpienne consécutive à une ostéomyélite chez un nourrisson. — M. LASSERRE (de Bordeaux) (rapport de M. MOUCHET) a observé un cas de dystrophie radio-carpienne chez un enfant de neuf ans, consécutive à une ostéomyélite, survenue à l'âge de cinq jours, avec poignet ankylosé, mal développé, et diminution avec atrophie de la hauteur du carpe.

Occlusion intestinale par diverticule de Meckel. — M. GRÉGOIRE fait un rapport sur une observation de M. GARRIGUE (de Rodez); laparotomie pour tumeur de la fosse iliaque droite prise pour un kyste tordu, issue de liquide sanglant, puis d'une anse intestinale violacée étranglée par un diverticule; anastomose iléo-cæcale et abouchement à la peau du diverticule; guérison.

Kyste dermoïde tordu. — M. GRÉGOIRE fait un rapport sur une observation de M. DELMAS (d'Agen) qui a opéré une jeune fille de treize ans, d'un kyste de l'ovaire tordu; guérison.

Diverticulite aiguë du gros intestin. — M. ROUX-BERGER apporte une observation de MM. DALGER et COURAUD (de la Marine), chez un homme de vingt ans, opéré le troisième jour pour appendicite, les auteurs ont trouvé un appendice sain, et un cæcum présentant de l'œdème, une plaque ecchymotique, sphacélée avec saillie d'un coprolithe; guérison après application d'un Mikulicz.

Kyste de l'extrémité supérieure du fémur. — M. LEBRUN (rapport de M. LENORMANT) a observé, chez un enfant de neuf ans, un kyste solitaire de l'extrémité supérieure du fémur, pris pour une coxalgie; guérison après évidement.

Le traitement des adénopathies accompagnant les cancers de la moitié inférieure de la face. — M. MARQUIS (de Rennes) apporte le résultat de ses opérations pour 74 cancers de la face, de la bouche et des lèvres; il a pratiqué l'évidement de la région carotidienne avec section du sterno-cleido-mastoïdien.

Sur 31 cancers de la langue et du plancher de la bouche, dans 19 cas, les ganglions sont indemnes; dans 7 cas, ils sont cancérisés; dans 5 cas, les ganglions supérieurs seuls sont pris.

Sur 10 cancers des lèvres, six fois les ganglions sont indemnes, deux fois ils sont envahis, une fois les ganglions supérieurs seuls.

Dans 18 autres cas, les ganglions sont indemnes dix fois, ils sont envahis sept fois, une seule fois le groupe supérieur est pris.

Dans certains cas, l'auteur a pu épargner la jugulaire interne mais il sectionne toujours le sterno-mastoïdien.

Les résultats et le pronostic de ces opérations sont très bons.

M. ROUX-BERGER croit qu'il est indispensable d'enlever toujours la jugulaire, et d'opérer sous anesthésie locale.

M. MOURE coupe, lui aussi, le sterno-mastoïdien, mais il n'est pas d'avis de réséquer la jugulaire.

M. LECÈNE pense qu'il faut être très prudent dans l'appréciation des résultats de l'examen histologique des ganglions, et estime qu'il faut suivre avec soin l'évolution clinique de ces cas; les récidives ganglionnaires sont souvent très tardives, aussi, il faut toujours enlever systématiquement les ganglions pour éviter ces récidives.

Sur les greffes osseuses. — M. SCHWARTZ fait une communication suivie de projections sur ce sujet.

Election. — M. LANCE est élu membre titulaire.

(SÉANCE DU 1er JUIN 1927)

Hernie transmésocolique. — M. LEFÈVRE (de Toulouse) [Rapport de M. DESCOMPS] a observé chez un homme de quarante-deux ans présentant un syndrome péritonéal aigu, une hernie du grêle ayant émigré en totalité dans l'arrière-cavité des épiploons à travers un orifice du mésocôlon transverse.

Le rapporteur étudie longuement l'étiologie et le mécanisme de ces lésions assez rares.

Ostéosynthèses pour mal de Pott. — M. PROUST rapporte un travail de M. LAUWERS (de Courtrai) sur 19 interventions pour mal de Pott par la technique d'Halstedt-Polya; aucun appareil n'a été appliqué après l'opération.

Traitement de la stase cæcale par cæco-plicature et cæco-colopexie. — M. OCKINCZYC rapporte un travail de M. HERTZ qui présente les résultats éloignés de 38 opérations.

L'auteur a pratiqué dans 8 cas la columnisation du cæcum, qu'il a associée chez les autres malades à la cæco-colopexie.

L'auteur a observé 14 très bons résultats sur 23 malades revus; les autres ont été améliorés.

Rupture sous-cutanée du tendon d'Achille. — M. BARTHÉLEMY (de Nancy) a opéré une danseuse de quarante ans ayant présenté une rupture du tendon d'Achille. Guérison après suture aux crins.

MM. DUJARIER, MATHIEU, DE MARTEL, apportent des observations semblables.

Sur la signification du nerf présacré; étude expérimentale sur la chienne. — M. LERICHE (de Strasbourg) a cherché à étudier le rôle de ce nerf dont on avait préconisé la section pour les algies pelviennes. De ces expériences il résulte que le nerf est bien un nerf sensitif, et que l'utilité de sa section est confirmée.

Sténoses du duodénum *(fin de la discussion)*. — M. DESCOMPS rappelle les deux sortes de brides duodénales, l'une siégeant sur la deuxième portion, l'autre au niveau de l'angle duodéno-jéjunal, et insiste sur l'utilité de la libération opératoire de ces brides; il faut ouvrir souvent l'angle duodéno-jéjunal, mais pour cela il est nécessaire d'inciser la séreuse et d'aller couper les faisceaux du muscle de Treitz.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 MARS 1927)

MM. GARSAUX, BÉHAGUE et Charles RICHET fils étudient expérimentalement le **mal des altitudes chez le lapin.**

Sur cet animal ils reproduisent aisément toute une série de phénomènes, les uns liés à la décompression (montée), ce sont le gonflement abdominal et la « puce »; les autres dépendant de la valeur de la décompression, troubles thermiques et respiratoires, asthénie; d'autres, enfin, sont dus à la recompression, crises épileptiformes. Ils signalent la possibilité de paralysie de pathogénie encore indéterminée.

Sur la dissociation de l'immunité et de l'hypersensibilité dans la tuberculose expérimentale du cobaye. — M. NASTA. Lorsque l'on détermine chez le cobaye une infection à évolution très lente, et que l'on pratique à des intervalles variables des réinfections même avec de fortes doses (5 centigrammes dans le péritoine et 1 centigramme sous la peau), on constate que l'immunité apparaît avant l'hypersensibilité.

La réaction de Dick au cours de la scarlatine. — MM. R. DEBRÉ et Maurice LAMY ont constaté que deux fois sur trois environ la réaction de Dick est déjà négative dans les tout premiers jours de la scarlatine. Il s'agit là, en réalité, de réactions faussement négatives qui ne traduisent aucunement une immunisation précoce de l'organisme envers la toxine, car il n'existe à ce moment dans le sérum aucune antitoxine décelable.

La plupart du temps, d'ailleurs, cette réaction n'est négative que si on la lit dans les délais habituels, c'est-à-dire au bout de vingt-quatre heures. Lue au bout de quatre à six heures elle est positive, mais en général se négative très rapidement.

Ces réactions transitoirement positives ou même complètement négatives, d'apparence si paradoxale, traduisent en réalité un état d' « anergie » cutanée qui s'installe dès le début de la maladie.

L'immunité envers la toxine qui se manifeste par l'apparition de l'antitoxine dans le sérum n'apparaît que vers le quinzième jour.

Les auteurs tirent des faits observés par eux deux conclusions pratiques : d'une part, ils montrent le peu d'intérêt que présente pour le diagnostic de la scarlatine l'épreuve de Dick; de l'autre, ils indiquent la nécessité d'attendre au moins la fin de la deuxième semaine avant de prélever chez les scarlatineux les sérums destinés à être utilisés dans un but de diagnostic, de prophylaxie ou de thérapeutique.

Recherches sur l'action de l'extrait hypophysaire sur la glycémie. — MM. Marcel LABBÉ et Paul RENAULT, continuant une série de recherches sur l'influence de l'injection des extraits endocriniens sur la glycorégulation, rapportent une série d'expériences relatives à l'extrait hypophysaire.

Rappelant les travaux de Lawrence et Herslet, Moelhg et Ainsler Voegleur, Claude et Baudoin, les auteurs tirent d'une série d'expériences les conclusions suivantes :

L'injection d'extrait hypophysaire (à la dose correspondant à un demi ou un lobe postérieur d'hypophyse) détermine une légère réaction d'hyperglycémie moindre cependant que la réaction obtenue par l'ingestion de 50 grammes de glucose ou l'injection de 1 centimètre cube d'extrait surrénal. L'injection d'extrait hypophysaire modère, dans une faible mesure, l'action hypoglycémiante de l'insuline.

Effets de la vagotomie et de l'excitation des filets thyroïdiens sur l'excitabilité corticale. — MM. H. CARDOT, J. REGNIER, D. SANTENOISE et P. VARÉ établissent, par une série d'expériences, le mécanisme du rapport qui existe entre l'excitabilité des centres pneumogastriques et l'excitabilité corticale.

a. La section des nerfs pneumogastriques au-dessous de l'émergence des filets thyroïdiens n'est pas suivie d'une variation de la chronaxie du gyrus sigmoïde.

b. Au contraire, la vagotomie haute au-dessus de l'émergence des filets thyroïdiens est suivie d'une élévation importante de la chronaxie.

c. La section des seuls filets thyroïdiens provenant du pneumogastrique donne les mêmes résultats (élévation de la chronaxie).

d. Au contraire, l'excitation des filets thyroïdiens est suivie rapidement d'un abaissement important de la chronaxie qui remonte ensuite.

Dans ces conditions, les auteurs estiment que l'appareil thyroïdien intervient comme chaînon intermédiaire dans la relation qu'ils ont mise en évidence entre l'excitabilité des centres pneumogastriques et l'excitabilité corticale.

De l'immunisation antitoxique par voie nasale chez l'homme et du mécanisme de l'immunisation occulte. — MM. G. RAMON et Chr. ZOELLER, poursuivant leurs recherches sur l'immunité antitoxique, ont utilisé en instillations dans les narines des anatoxines concentrées et glycérinées. Chez des sujets à réaction de Schick négative ces instillations ont provoqué un bond antitoxique très marqué passant par exemple de 1/10 d'unité antitoxique à 1, 3 et 5 unités.

Quatre sur six sujets à réaction de Schick positive ont acquis après deux séries d'instillations une réaction négative.

Des résultats analogues ont été obtenus au moyen d'anatoxine tétanique employée sous la même forme chez quatre sujets antérieurement vaccinés. La toxine streptococcique de Dick et la toxine dysentérique ont été également étudiées.

Au point de vue pratique la rhino-vaccination ne saurait pour le moment se substituer à la vaccination par la voie sous-cutanée, sauf peut-être dans certains cas particuliers; des perfectionnements sont à l'étude.

Au point de vue théorique les résultats obtenus permettent

de pénétrer le mécanisme de certaines immunités occultes, l'immunisation se faisant par contact de l'antigène plus ou moins atténué avec les muqueuses du rhino-pharynx.

Le phénomène « d'agglutinabilité transmissible ». — MM. Chr. Zoeller et F. Meersseman ont étudié le phénomène signalé par Cantacuzène et Bonciu; des streptocoques cultivés en présence de produits scarlatineux acquièrent l'agglutinabilité par le sérum de convalescent de scarlatine. Ils ont, chez vingt-cinq convalescents de scarlatine, étudié les rapports entre le virage de la réaction de Dick et l'apparition du pouvoir agglutinant. Le sérum des chevaux vaccinés par la toxine streptococcique agglutine les souches contaminées. Chez les sujets sains le sérum des sujets à Dick positif n'a pas manifesté de pouvoir agglutinant; sur quatre sujets à Dick négatif un seul présentait dans son sérum un pouvoir agglutinant, peu marqué.

L'agglutinabilité a survécu à huit repiquages successifs en bouillon peptoné ordinaire neuf. Les essais entrepris sur d'autres germes que les streptocoques sont restés jusqu'ici négatifs.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 21 juin. — Jury : MM. Duval, président; Jeannin, Lecène et Terrien. — M. Brager. Traitement des rétrécissements blennorragiques. — Mlle Saint-Laurens. Etude sur les calculs biliaires. — M. Queinnec. Le bouton de Jaboulay en chirurgie gastrique. — M. Vernholes. Traitement sur les furoncles et les anthrax de la face. — M. Weill-Spire. Formes cliniques de la môle hydatiforme. — Mlle Ullmann. Un procédé de restauration du cul-de-sac.

Jeudi 23 juin. — Jury : MM. Bernard, président; Jeanselme, Bezançon et Rathery. — M. Juge. Etude sur le traitement des tuberculoses. — Mlle Henry. Les déviations de l'œsophage dans la tuberculose pulmonaire. — M. Mermillod. La période primaire de la syphilis. — M. Pastides. Etude du traitement du lupus par les sels d'or. — M. Popesco. Etude sur le cancer. — M. Pauty. Des différents sports sur l'appareil cardio-vasculaire.

Samedi 25 juin. — Jury : MM. Achard, président; Claude, Nobécourt et Lévy-Valensi. — Mlle Hugo. Essai de bactériothérapie des tuberculoses chirurgicales. — M. Langlaret. La diphtérie à l'hôpital de l'Institut Pasteur. — M. Cornic. A propos de la constipation physiologique. — M. Pierrot. Etude de la glycémie dans la diphtérie. — M. Martin. Etude sur la scarlatine. — M. Carpentier. Traitement des otites chez l'enfant. — M. Couronne. Oreillons et diabète. — M. Prugniaud. Traitement de la paralysie générale.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brindeau, président; Desgrez, Lecène, Tiffeneau, Moussu, Nicolas, Henry, Robin et Coquot. — M. Bauffre. Les abcès de fixation en médecine vétérinaire. — M. Vabran. Torsion de l'utérus chez la vache. — M. Galamez. Fractures du cheval. — M. Cœur. Etude sur les légumineuses toxiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques (édition 1926), par Louis Vidal et Dareau; 8e année. Un vol. de 600 pages

135 × 90. — Prix : relié carton, 12 fr. 50. — L'Office de vulgarisation pharmaceutique, 5, rue de Tracy, Paris.

Aide-mémoire portatif comprenant :

1° Table par indications thérapeutiques des spécialités figurant dans cet ouvrage, facilitant la recherche du produit le mieux approprié au cas donné ;

2° Dictionnaire donnant sur environ 1.200 spécialités pharmaceutiques médicales les renseignements essentiels (composition, formes, posologie, etc.) qui en permettent la prescription sans erreur ;

3° Nomenclature purement nominale des principales spécialités pharmaceutiques médicales, avec noms et adresses des fabricants.

NOTES POUR L'INTERNAT

KYSTES DE L'OVAIRE

SIGNES. DIAGNOSTIC. COMPLICATIONS

DÉFINITION

Sous ce terme l'on envisage, non pas l'ensemble des tumeurs kystiques de l'ovaire mais un groupe de *tumeurs kystiques épithéliales* cliniquement bénignes tirant leur intérêt :

De leur grande fréquence ;

De la possibilité de dégénérescence et de complications graves qui peuvent en transformer le pronostic.

Il en existe **deux grandes variétés anatomiques** :

Les kystes mucoïdes, les plus fréquents ;

Les kystes dermoïdes ;

Pratiquement **confondus en clinique**.

Ils s'observent généralement chez la femme entre vingt-cinq et quarante-cinq ans.

CLINIQUEMENT

Leur évolution est insidieuse et lente.

Le premier symptôme révélateur peut être l'apparition d'une complication.

1° Pendant une première phase, **période de latence**, le kyste petit et pelvien est :

a. Soit une découverte lors d'une laparotomie abdominale ;

b. Soit une découverte d'examen chez une femme qui vient consulter pour de légers troubles des règles.

Examen : Le toucher vaginal combiné au palper montre :

Un utérus normal.

Une tumeur juxta-utérine : petite, lisse, indolente ; rénitente, élastique ; absolument indépendante de l'utérus.

Cette période de latence peut se prolonger des années, cependant progressivement le kyste continue d'évoluer :

2° **Période d'état**. — Quelques petits :

Symptômes fonctionnels. — Amènent souvent la malade à consulter.

a. *Troubles des règles.* — Aménorrhée, dysménorrhée.

b. Troubles vagues et discrets de *compression pelvienne* : pesanteur, constipation.

c. Parfois *troubles nerveux réflexes* : palpitations, anorexie, état nauséeux.

d. Enfin, c'est parfois seule l'*augmentation de volume du ventre*, quand le kyste atteint un certain volume, qui amène la malade à consulter.

Symptômes physiques. — Suivant le volume, le siège du kyste, les symptômes diffèrent.

Kyste pelvien. — La palpation de l'abdomen ne révèle rien.

Le toucher vaginal combiné au palper montre :

Un col utérin dévié, refoulé latéralement.

Au-dessus :

Une tumeur dure, ferme, mobile, avec le col faisant corps avec lui : c'est le corps utérin.

Une autre latérale, lisse, régulière, indolente, arrondie, *plus rénitente que vraiment fluctuante*, grosse comme une pomme, une orange ou plus.

Surtout elle est *nettement séparée de l'utérus* par un sillon ; *elle ne suit pas les mouvements imprimés au col* : c'est le kyste.

Kyste abdominal est plus fréquent peut-être.

Inspection : Le ventre est gros, *pointe en avant.*

En décubitus dorsal l'on note une asymétrie, une *voussure latérale.*

Palpation montre :

Une tumeur. — Forme : soit régulière, lisse, arrondie ; soit irrégulière, bosselée.

On limite nettement *son pôle supérieur, ses bords latéraux*, moins nettement son pôle inférieur qui tend à plonger dans le bassin.

En position de Trendelenburg la tumeur se détache, l'on détermine un *vide sus-pubien.*

C'est enfin une tumeur :

Indolente ;

Mobile en masse, sans se déformer ;

Fluctuante. — Ce signe permet d'affirmer alors sa nature liquide, mais souvent il y a plus rénitence que fluctuation vraie.

Percussion du ventre montre :

Une matité qui :

a. Contrairement à l'ascite, forme *une aire arrondie à convexité supérieure*, limitée en haut et sur les côtés par la sonorité des anses intestinales ;

b. Et *se déplace* avec les mouvements de la malade *sans se déformer.*

Toucher combiné au palper : Le col utérin est élevé, haut situé. Il faut alors :

a. *Rechercher l'utérus*, souvent difficile à trouver. La position de Trendelenburg, en décollant le kyste du détroit supérieur sur lequel il repose, facilite le palper et est souvent nécessaire. L'on insinue les doigts sous la tumeur abdominale remontée et l'on sent l'utérus.

b. *Rechercher les connexions de l'utérus avec la tumeur.* — La mobilisation de la tumeur n'entraîne pas l'utérus, les mouvements imprimés à l'un ne se transmettent pas à l'autre.

c. *Diagnostiquer le côté atteint*, ce qui est parfois difficile, en se basant sur le siège de la tumeur.

ÉVOLUTION

1° « Le diagnostic fait, l'ablation de la tumeur s'impose sans délai » (Lecène).

2° Abandonné à lui-même :

a. Le kyste grossit progressivement, atteindra un volume énorme et va entraîner :

Symptômes fonctionnels. — Dyspnée par refoulement du diaphragme,

Des troubles digestifs,

De la constipation.

Symptômes physiques. — Le ventre distendu présente des vergetures et rappelle à prime abord une ascite. *La recherche de la courbe de matité permettra le diagnostic.*

b. Il va retentir à la longue sur l'état général et entraîner une *véritable cachexie ovarienne.*

c. Enfin, à tout moment de son évolution, une complication peut en changer le pronostic. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr 50 — 6 mois : 25 fr — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 20 juin. — MM. Pascalis, 16; Richard, 19; Talheimer, 17.

Séance du 22 juin. — Question donnée : « Ligature de la fémorale dans le canal de Hunter. — Désarticulation sous-astragalienne. »

MM. Oberlin, 28; Talheimer et Maurer, 21; Sénèque, 23; Wilmoth, 24; Bloch (René), 26; Richard, 27; Charrier, 25; Braine, 29.

Admissibilité : MM. Braine, 48; Oberlin, 47; Richard, 46; Bloch (René), 45; Sénèque et Charrier, 42.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Heuyer, Jacquet, Rouillard, Tzanck, Chatellier, Moure, Quénu, Bloch (Jacques), Chirié.

— CONCOURS DE PROSECTEUR DE L'AMPHITHÉATRE DES HÔPITAUX. — *Ecrit.* — Séance du 21 juin. — Question donnée : « Ligature de l'artère tibiale antérieure au tiers supérieur. — Désarticulation médio-tarsienne par le procédé de Syme. »

MM. Raiga, 23; Meillère et Fèvre, 26; Ameline, 25; Leibovici, 28.

Admissibilité : MM. Leibovici, 95; Fèvre, 91; Raiga, 88; Meillère, 90.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BESANÇON. — Un concours pour un emploi de médecin de l'hôpital Saint-Jacques, à Besançon, s'ouvrira le 24 octobre devant la Faculté de médecine de Nancy.

S'inscrire avant le 15 octobre au secrétariat de l'hôpital Saint-Jacques à Besançon.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil est convoqué en session ordinaire pour le 30 juin 1927.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Lombard, agrégé, est nommé professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie. Chaire vacante, M. Curtillet, dernier titulaire. (*J. O.*, 23 juin 1927.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — POITIERS. — Un concours s'ouvrira le 15 janvier 1928, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

GUERRE. — M. le médecin principal de 1re classe Bailby est nommé médecin inspecteur et admis à la retraite le même jour. (*J. O.*, 21 juin 1927.)

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — Le XXXVIe Congrès français de chirurgie aura lieu à Paris, du 3 au 8 octobre 1927, sous la présidence de M. Paul Bégouin, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès.

1º *Le drainage dans la chirurgie abdominale.* — Rapporteurs : MM. Cadenat (de Paris), et Patel (de Lyon).

2º *Des péricolites et des épiploïtes chroniques.* — Rapporteurs : MM. Lardennois (de Paris), et Silhol (de Marseille).

3º *Indications et résultats de la sympathectomie péri-artérielle dans la chirurgie des membres.* — Rapporteurs : MM. Leriche (de Strasbourg), et Robineau (de Paris).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 1er août, le titre et les conclusions de leurs communications au secrétaire général, 12, rue de Seine, à Paris (VIe).

Extrait du règlement. — Les chirurgiens qui désirent faire partie de l'Association doivent envoyer au secrétaire général une demande signée par deux membres de l'Association. Ces parrains doivent être des chirurgiens habitant la même ville ou la même région que le candidat, ou, à leur défaut, de ses anciens chefs de service.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. — PRIX JEAN DUBREUILH (1.600 fr.). — Question mise au concours : « La rachianesthésie dans le traitement des états de contracture utérine au cours du travail. »

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, franco de port, à M. Frèche, secrétaire général de la Société, 42, cours Georges-Clemenceau. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Les mémoires devront être adressés jusqu'au 31 déc. 1928.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 13e décade, du 1er au 10 juin, 964 décès, au lieu de 1.227 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.030, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, au lieu de 5 pendant la décade précédente (la moyenne est 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 31, au lieu de 18 pendant la décade précédente (la moyenne est 23).

La variole et la varioloïde n'ont causé aucun décès; 1 cas nouveau a été déclaré par les médecins, au lieu de 4 pendant la décade précédente (la moyenne est 0). — Vérification faite, 4 cas de variole ou varioloïde ont été confirmés.

15 cas de varicelle ont été signalés.

La scarlatine a causé 10 décès, au lieu de 7 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 145; il s'élevait à 148 pendant la décade précédente (moyenne 76).

La diphtérie a causé 9 décès, au lieu de 8 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 100, au lieu de 106 pendant la décade précédente (moyenne 79).

LE MONUMENT DE LA MISSION FOUREAU-LAMY. — Le ministre de la Guerre a inauguré aux Invalides une plaque de marbre destinée à commémorer la glorieuse mission Foureau-Lamy qui traversa pour la première fois le Sahara au prix d'héroïques efforts.

Parmi les survivants qui assistaient à la cérémonie nous devons citer M. le médecin inspecteur général Fournial et le docteur Haller (de Vichy) qui, par leur dévouement et leur bravoure, honorèrent le Corps de santé au cours de la glorieuse épopée.

LE POISON DIT D'ÉPREUVE EN AFRIQUE ÉQUATORIALE FRANÇAISE. — Le « Jugement de Dieu » est encore en usage chez certaines peuplades sauvages. Dans l'Afrique équatoriale française il est encore fréquent de constater l'usage de la pratique dite du *poison d'épreuve* considérée par les autochtones comme moyen suprême de disculpation légale.

Lorsque le patient subit l'épreuve contre sa volonté, il y a empoisonnement ou tentative d'empoisonnement et les tribunaux indigènes se trouvent suffisamment armés pour réprimer ces crimes.

Mais la confiance des indigènes est telle dans la vertu magique du poison, leur foi dans ses résultats négatifs en cas d'innocence est tellement inébranlable que beaucoup d'entre eux absorbent de leur plein consentement ou même spontanément la boisson toxique.

Dans ces cas, les individus qui prêtent leur concours à l'épreuve peuvent, en cas de décès de la victime, être poursuivis pour homicide par imprudence, l'intention criminelle faisant nettement défaut. Mais lorsque l'absorption spontanée du breuvage n'a pas entraîné la mort du patient, les juridictions indigènes sont désarmées.

En vue de hâter peu à peu la disparition de cette coutume barbare en corrigeant les mœurs sur ce point, par notre action légale, il a paru nécessaire de conférer à la préparation du breuvage, comme au concours prêté à son administration, le caractère d'un délit de droit commun.

Dans ce but, le garde des sceaux et le ministre des Colonies viennent de faire signer un décret interdisant le poison d'épreuve.

Les contraventions seront punies d'un emprisonnement de deux ans au maximum et d'une amende de 50 à 300 fr. ou de l'une de ces deux peines seulement.

Quiconque aura prêté un concours effectif à l'administration du poison d'épreuve à un être humain, alors même que celui-ci aurait subi l'épreuve spontanément, sera puni d'un emprisonnement de trois ans au plus et d'une amende de 100 à 300 fr. ou de l'une de ces deux peines seulement, même si l'absorption du breuvage n'a pas entraîné la mort du patient.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

SUD-EST. RÉGION AGRICOLE. Seul médecin. Poste à céd. — S'adr. docteur ALARY, 1, rue Favre, Chambéry (Savoie).

DAME VEUVE, très sérieuse, désire place secrétaire chez médecin ou dentiste. — Écrire HAUSER, 26, rue Damesme, Paris (XIIIe).

L'ASSOCIATION DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES DES HÔPITAUX DE MARSEILLE se charge de porter à la connaissance de ses membres les demandes de remplacement et de postes vacants qu'on voudra bien lui signaler.

Ecrire au secrétaire général de l'Association qui centralise les renseignements, M. J. Chosson, 4, rue des Chartreux, Marseille.

REVUE GÉNÉRALE

LA CARDIOCENTÈSE RÉANIMANTE

Par G. BAILLAT,

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse.

(Travail de la Clinique chirurgicale de M. le professeur MÉRIEL.)

L'idée première d'injecter dans le cœur lui-même des médicaments susceptibles de réveiller en lui les contractions abolies n'est pas nouvelle puisque les premières expérimentations datent déjà de trente ans.

L'histoire des injections intracardiaques se divise en deux périodes : une ère physiologique au cours de laquelle les expérimentateurs posent les bases de la méthode et vérifient sur l'animal son efficacité, une ère médico-chirurgicale, ère clinique beaucoup plus récente nous le verrons.

Les premières recherches de Königstein en 1897 passèrent à peu près inaperçues; il intoxiquait au chloroforme des cœurs de grenouilles ou de gallinacés, puis, versant goutte à goutte une solution d'adrénaline, obtenait leur réanimation; il vit déjà tout le parti que pourrait en tirer la clinique et conseilla aux chirurgiens d'appliquer ces recherches aux syncopes chloroformiques. Le 12 mai 1905, à la Société des médecins de Vienne, Winter rapporte le compte rendu d'une longue série d'expériences : il maintenait une circulation artificielle dans le cœur isolé du cobaye, puis arrêtait le cœur par la circulation de doses six fois mortelles de chloroforme, l'établissement immédiat d'un courant d'irrigation avec une solution d'adrénaline provoquait le retour des contractions cardiaques. Sherrington et Sowton avaient d'ailleurs obtenu un résultat analogue à l'aide de la solution de Ringer. Konigstein rappela ses travaux de 1897 et Thessen rapporta les succès frappants obtenus en injectant par la jugulaire, jusque dans le cœur, des solutions d'adrénaline à des lapins chez lesquels des injections intradurales de cocaïne avaient déterminé des syncopes graves. L'explication qu'il fournit de ces faits nous paraît être un argument de valeur pour conseiller l'emploi de l'injection intracardiaque d'adrénaline dans la syncope par rachi-anesthésie. Celle-ci amène, en effet, une chute de tension considérable avec paralysie des centres vaso-moteurs et respiratoires [c'est d'ailleurs pour cela que notre maître le professeur Mériel proscrit depuis longtemps cette anesthésie chez les vieux, les hypertendus, les schockés; cette discrimination lui a permis de rapporter plus de 3.000 cas de rachi-anesthésie avec 2 morts (1)]. Une élévation de la tension suffit à remettre en fonction ces centres, mais seuls les médicaments agissant sur le cœur et les vaisseaux peuvent être utilisés; ceux, comme la strychnine, qui s'adressent aux centres nerveux étant au cours des expériences de Thessen restés sans effets, la circulation abolie ou presque ne suffisant plus à amener au niveau du centre vaso-moteur le tonique qui doit le ranimer.

Gottlieb, sur le lapin, et G. Crile et Dolley sur le chien, ont aussi essayé d'atteindre le cœur par des injections intravasculaires très voisines de lui. G. Crile et Winterstein essayèrent même d'injecter l'adrénaline à contre-courant dans les artères espérant par ce moyen atteindre le ventricule gauche.

L'ère clinique débuta quelques années après. Latzko, le premier, rapporta à la Société des médecins de Vienne en 1910 trois essais datant de 1904; il ne s'agissait pas de syncopes anesthésiques et dans un des cas une survie d'une heure fut obtenue.

Von den Velden n'eut que des insuccès, Ruediger eut en 1913 un succès chez une cardiaque. La même année, Esch obtint la première réanimation au cours d'une syncope anesthésique (protoxyde d'azote), la survie fut de sept heures.

Les essais des médecins allemands sur des blessés schockés ne donnèrent que quelques réanimations passagères (Szubinski, Dörner, Volkmann, Heilman).

A partir de 1919 la méthode sera surtout appliquée aux syncopes anesthésiques et les succès vont aller en se multipliant : le premier fut obtenu par Zuntz (de Berlin). Vogt, Prenzel, Blau font d'intéressantes Revues générales sur la question.

Henschen (de Saint-Gall) publie un travail des plus complets. Toupet, en 1923, rapporte à la Société de chirurgie de Paris quatre observations avec deux guérisons complètes et deux succès partiels. Quelques jours après, Petit-Dutaillis fait dans le *Journal de chirurgie* une excellente étude de la question.

Les thèses de Mailley (Paris 1923), Bernet (Bordeaux 1925) apportent des documents nouveaux.

Enfin, la thèse de Fourcade (Toulouse 1927), inspirée par le professeur Mériel, constitue une excellente mise au point d'une question qui reste encore à l'ordre du jour, puisque sous l'impulsion de Toupet elle est en discussion à la Société de chirurgie de Paris.

Bases pharmacodynamiques. — Si tous les auteurs sont actuellement d'accord pour employer l'adrénaline il n'en a pas toujours été ainsi et tous les toni-cardiaques ont été essayés avec plus ou moins de succès. La *caféine* a été utilisée par Delbet et par Dörner qui ont obtenu une reviviscence temporaire; elle agit en augmentant le nombre des battements et l'énergie des systoles, son action élective sur la fibre cardiaque est ici particulièrement intéressante, mais on l'accuse de provoquer de l'arythmie, des palpitations et des modifications du myocarde au cas où la solution serait poussée dans le muscle, lesquelles simulent une véritable coagulation (Gaglio).

Le *camphre*, utilisée par Gottlieb, a une action à la fois régularisante et renforçante sur les contractions ventriculaires, mais la forme huileuse habituelle pourrait exposer à l'embolie graisseuse.

La *strophantine* a été au début de l'ère clinique employée par les chirurgiens allemands (Von den Velden, Ruediger, Hesse); elle réunit les avantages d'une action à la fois prompte et persistante, elle amène en plus une vaso-dilatation coronaire associée à une vaso-constriction périphérique; le cœur mieux

(1) Prof. MÉRIEL. *Livre jubilaire du professeur Forgue*, 1924.

irrigué peut exercer sur la masse sanguine accrue qu'il reçoit un effort plus efficace. Cependant, son action irrégulière et les lésions myocardiques possibles, si le liquide n'était pas injecté en pleine cavité, en font un médicament dangereux.

La *digitale* est dépourvue d'action immédiate et ne convient pas à la thérapeutique d'extrême urgence que nous étudions.

L'*hypophysine*, qui est pour Falta « une adrénaline douce et affaiblie » (*Congrès médical de Vienne*, 1909), n'est peut-être pas un médicament très actif mais elle tend à élever la pression artérielle et par suite s'oppose à l'action dépressive de la vagotonie. De plus, elle produit la vaso-constriction des vaisseaux thyroïdiens, et les travaux de Garrelon et Santenoise (1925) montrent l'opportunité d'entraver ainsi le fonctionnement d'une glande dont les effets vagotoniques sont ici à redouter.

L'*adrénaline*, par excitation des nerfs accélérateurs du cœur, détermine une contraction puissante de l'organe; elle ajoute à ce pouvoir vaso-constricteur périphérique une action vaso-dilatatrice très marquée sur les artères coronaires ; elle peut, sans danger, être injectée en plein myocarde et, employée à doses modérées, les désordres qu'elle pourrait, pour certains, provoquer au niveau du cœur (tétanisation) ou des vaisseaux (rupture) sont illusoires.

Quant à la syncope adrénalino-chloroformique, décrite par MM. Bardier et Stillmunkès, si elle n'est pas douteuse chez le chien, elle paraît ne pas exister chez l'homme. Il semble que c'est le médicament de choix, d'autant que cette substance ne s'accumulant pas, l'injection peut être répétée si elle devient nécessaire.

La simple excitation mécanique du myocarde par la pointe de l'aiguille pourrait quelquefois déterminer des contractions cardiaques, mais elle est insuffisante, l'observation de Denis Crile le prouve très nettement : pratiquant une lobectomie pulmonaire, le sujet eut une syncope, Crile excita le myocarde avec la pointe du bistouri et le cœur, chaque fois répondait par quelques contractions, puis ce moyen restant inefficace, Crile injecta 10 centimètres cubes de la solution d'adrénaline au millième, les battements devinrent réguliers et la survie fut de 1 h. 15.

Au point de vue physiologique, le déterminisme des défaillances graves du cœur paraît reconnaître soit un processus d'inhibition réflexe, soit un processus d'intoxication.

Dans les syncopes par inhibition, l'injection intracardiaque est remarquablement efficace. Il semble que dans la syncope chloroformique du début, la muqueuse nasale soit le point de départ d'un réflexe d'arrêt cardiaque dont la voie centrifuge est constituée par des fibres du vague. Pour Lucchetti, il s'agirait d'une absorption rapide du chloroforme, quoi qu'il en soit, deux faits anatomiques sont à retenir : l'intégrité de la fibre nerveuse et celle de la fibre myocardique.

Dans les syncopes par intoxication, le toxique employé, quel qu'il soit, produit des lésions véritables des centres bulbaires cardio-modérateur et respiratoire, l'adrénaline a beaucoup moins de chance d'être efficace, surtout si l'on a employé le chloroforme, qui, par action prolongée, est susceptible de produire des lésions du myocarde suffisantes quelquefois pour rendre inutile tout essai de réanimation.

Technique. — Le matériel est simple : une aiguille à ponction lombaire et une seringue de 2 centicubes suffisent. Il est indifférent d'injecter dans le cœur droit ou dans le cœur gauche, aussi peut-on éviter de passer dans le cinquième espace sous le mamelon comme le faisaient les premiers expérimentateurs qui, voulant atteindre le ventricule gauche, blessaient la plèvre et le poumon.

Un seul danger est peut-être à redouter : la blessure de la cloison interventriculaire sur les deux faces de laquelle chemine le faisceau de Hiss et où se trouve aussi le point de Kronecker; on évitera aussi la blessure des vaisseaux coronaires antérieurs. Les recherches de Vogt et de Szubinski, basées sur l'anatomie topographique de Corning, ont démontré que l'aiguille rasant le bord sternal et le bord supérieur du 5e cartilage, dans le quatrième espace intercostal ne risque pas de blesser ces éléments et respecte aussi le poumon et les vaisseaux mammaires internes.

C'est donc à ce niveau que sera pratiquée l'injection après avoir pris les banales précautions d'asepsie; l'aide arrêtera momentanément les manœuvres de respiration artificielle, en expiration, on pousse alors l'aiguille perpendiculairement à la paroi, puis après 2 à 3 centimètres, on dirige légèrement la pointe de l'aiguille vers la ligne médiane, une résistance est perçue c'est le myocarde, puis on a l'impression que la pointe de l'aiguille est libre dans une cavité, l'aspiration de sang dans le seringue montre d'ailleurs que l'on est dans le ventricule, il suffira alors de pousser lentement le liquide d'injection.

Il est, un point de technique indispensable à observer : la nécessité absolue de pratiquer la respiration artificielle avant et après l'injection, l'adrénaline agit sur le moteur cardiaque, mais il faut en même temps assurer l'hématose pulmonaire, ces manœuvres seules peuvent y arriver.

Henschen (*Schw. med. Woch.*, n° 14, 1er avril 1920), recommande d'associer à l'injection intracardiaque, ce qu'il appelle l'infusion cardiaque, c'est-à-dire le remplissage du cœur gauche jusqu'au quantum du volume normal de la pulsation, qui peut être évalué, d'après Fick, de 50 à 75 grammes, d'après Zuntz à 60 grammes. Cette injection doit être pratiquée lentement, dans le ventricule gauche, avec un liquide à la température du corps. On injectera du sérum physiologique, du sérum adrénaliné, ou de la solution de Locke.

Une deuxième manœuvre serait aussi indiquée pour Henschen : la ponction de décharge du cœur droit, véritable phlébotomie ventriculaire droite, le cœur droit est gorgé de sang, paralysé; sa musculature peu puissante pourrait alors ne pas suffire à lancer dans le poumon cet exces de sang, il est par conséquent inutile de l'en débarrasser.

Dès que le cœur s'est remis à battre, il est prudent de renforcer l'action de l'adrénaline par des injections intraveineuses ou sous-cutanées de médica-

ments d'action plus durable (hypophysine, strychnine, huile camphrée, spartéine).

Indications. — L'injection intracardiaque d'adrénaline est indiquée lorsque, en raison de l'arrêt du courant sanguin, il est impossible d'apporter au cœur un excitant chimique par les voies périphériques. Il est naturellement indispensable que les lésions présentées par le malade soient compatibles avec sa survie; il est évident que dans des cas de traumatismes graves, analogues à ceux traités par Szubinski, si l'injection d'adrénaline peut, pour quelques minutes, entretenir des battements cardiaques, ces résultats ne seront pas définitifs et ne pourront que discréditer la méthode.

En médecine interne, Schulze, le premier, eut l'idée de l'utiliser dans les défaillances aiguës et graves du cœur, surtout au cours d'affections cardio-vasculaires ou de maladies infectieuses. Il est allé jusqu'à proposer d'injecter dans le ventricule droit de l'arsénobenzol pour agir directement sur la syphilis pulmonaire!

Dans les phénomènes de choc anaphylactique, la méthode mérite d'être employée : elle agira sur le facteur nerveux précoce en diminuant l'hypertonie vagale qui est pour une grande part dans le déterminisme de ces accidents.

C'est surtout en chirurgie que la méthode a ses indications majeures, la principale est la syncope anesthésique, l'étude physiologique que nous avons fait de la question nous en a déjà montré les raisons. Elle sera utile au cours des chocs traumatiques ou opératoires, comme au cours des accidents d'électrocution.

En pathologie obstétricale, la méthode a été employée avec succès au nouveau-né en état de mort apparente (Garipuy et Paul Mériel). Mais dans tous les cas, il ne faut pas oublier que pour avoir le maximum de chances de succès, l'injection doit être précoce. Batelli a démontré que les centres nerveux ne pouvaient supporter une ischémie de dix minutes, Sand abaisse à trois minutes ce temps de survie; il paraît plus vraisemblable que la limite de tolérance du bulbe est fonction : de la toxicité du sang en stagnation, des modifications des lipoïdes se produisant au cours de la syncope et, enfin, de la résistance variable pour chaque individu.

Résultats (1). — **1° Immédiats.** — I. SYNCOPES ANESTHÉSIQUES. — A. *Syncopes au cours de la rachi-anesthésie.* — Nous connaissons 25 cas traités par la cardiocentèse. Il y eut 20 succès définitifs (Opitz, Gottermann, Toupet [6 cas], Lenormant, Richard et Sénèque, Musotti, Cotte, Gaudart d'Allaines, Baillat et Bertrand, Raul et Cuny, Barbier, Guillet, Simonin [2 cas], Grégoire, Lepoutre).

3 succès partiels (Toupet, Bonniot, Selheim).

2 insuccès (Bonniot, Crile).

La proportion des succès durables est de 80 p. 100.

B. *Syncope chloroformique.* — 18 cas furent traités avec 10 succès définitifs (Guthmann, Baumann, Crile, Walker, De Vega Barrera, Chambard, Astériadès, Léo Baulieu, Pellot, Robineau).

2 succès partiels (Crile, Larrieu).

6 insuccès (Toupet, de Vega Barrera, Astériadès [2 cas], Delbet, Auvray).

Donc 55 p. 100 de succès durables.

C. *Anesthésies à l'éther.* — 6 cas traités, 50 p. 100 de succès durables.

3 succès définitifs (Henschen, Guthmann, Jeanneney et Dax).

2 succès partiels (Guyot, Baillat et Bertrand).

1 insuccès (Baillat et Bertrand).

D. *Anesthésies aux mélanges de Schleich ou Billroth.* — 7 cas traités, 57 p. 100 de succès durables.

4 succès définitifs (Zuntz, Frenzel, Tappeiner, Jeanneney et Princeteau).

1 succès partiel (Guyot).

2 insuccès (Brunings, Latzko).

E. *Chlorure d'éthyle.* — 2 succès (Lenormant, Richard et Senèque, Pillot).

F. *Protoxyde d'azote.* — 3 succès (Esch, Sauvé-Guling, Ball).

G. *Anesthésie régionale.* — 2 succès (Champlin, Kneier).

H. *Anesthésique non précisé.* — 10 cas traités. 7 succès (Volkmann, Vogeler, O'Donavon et Fitz Patrick, Livingston, Guillet, Buzi, Dujarier).

3 insuccès (Latzko, Sauvé, Dujarier).

Donc 75 p. 100 de succès.

II. SYNCOPES DUES AU CHOC TRAUMATIQUE. — 6 cas traités, 5 succès partiels (Szubinski 3 cas, Volkmann, Henschen).

1 insuccès (Volkmann).

III. CAS DE COLLAPSUS GRAVE AU COURS D'UNE AFFECTION MÉDICALE. — 8 cas, 7 succès (Ruediger, Baumann, Bodon, Lereboullet, Lelong et Tourmand, Lauze, Lapasset, Guéniot).

1 insuccès (Kneier).

IV. MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ. — 1 succès définitif (Garipuy et Paul Mériel).

1 succès partiel (Le Lorier).

2° Résultats éloignés. — Dans la plupart des cas les sujets n'ont pas présenté de troubles à longue échéance, nous avons examiné notre opéré cinq mois après sa cardiocentèse; sa tension était de 11,5-8,5 et il put supporter une opération de Schéde, pratiquée par le professeur Mériel. Astériadès, Guthmann, Walker ont revu leurs opérés et n'ont rien constaté d'anormal. Ces résultats ne sont pas surprenants étant donnée l'innocuité anatomique de la piqûre du cœur, il a été souvent impossible de retrouver au cours d'autopsies trace du passage de l'aiguille dans le myocarde (Toupet, Baillat et Bertrand, etc.).

Quelques troubles nerveux ont quelquefois été

---

(1) Dans l'appréciation de ces résultats nous dirons qu'il y a succès définitif lorsque le sujet à syncope a été vraiment réanimé, a repris connaissance pendant un temps suffisamment long pour que l'on puisse affirmer que la mort, si elle est survenue dans les jours qui suivent, n'est pas due à l'accident anesthésique. Il y a succès partiel lorsque, les battements cardiaques étant abolis, l'injection d'adrénaline les a fait apparaître, mais le sujet n'a pas repris connaissance.

constatés (agitation, confusion mentale, etc.), dans les heures qui ont suivi la réanimation, l'adrénaline n'y est certainement pour rien et ces troubles nous paraissent plutôt être une séquelle, passagère d'ailleurs, de l'ischémie encéphalique.

Par conséquent nous pouvons conclure qu'avec cette nouvelle méthode nous possédons un moyen simple, efficace et sans danger de réanimation. Nous ne pouvons que nous associer au vœu de Toupet lorsqu'il demande que toutes les salles d'opérations soient munies du matériel nécessaire à la cardiocentèse. Le professeur Mériel l'a depuis longtemps déjà réalisé dans son service.

Toupet, comme il semblait le craindre n'a pas prêché dans le désert et le bon combat qu'il a mené a déjà porté ses fruits puisque à l'heure actuelle plus de cinquante opérés lui doivent la vie et puisque quelques dizaines de chirurgiens lui doivent d'avoir été épargnés de l'affreuse angoisse que constitue toujours un décès du fait de l'anesthésie.

BIBLIOGRAPHIE (1)

GULING BALL. *Brit. med. Journ.*, 24 avril 1926, n° 3408.
BUZI. *Policlinico*, 30 août 1926, an XXXIII, f. 35.
O'DONAVON et Fitz PATRICK. *Brit. med. Journ.*, 18 sept. 1926, n° 3428.
LIVINGSTON. *Brit. med. Journ.*, 28 août 1926, n° 3425.
GUÉNIOT. *Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 14 mars 1927.
LEPOUTRE. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 27 mars 1927.
Rapport de TOUPET. *Soc. de chir. de Paris*, 26 mars 1927, t. LIII, n° 10.

ACTUALITÉS

GLOSSOPTOSE ET DYSMORPHISME FACIAL

Il arrive souvent, en médecine, qu'une cause unique, mais méconnue, entraîne des troubles extrêmement variés dans leur siège et leurs manifestations. C'est le cas par exemple de ce que le docteur Pierre ROBIN, stomatologiste de l'hôpital des Enfants-Malades, a appelé la *glossoptose*, c'est-à-dire la chute de la base de la langue vers le pharynx buccal dont elle obstrue plus ou moins les orifices.

D'après ce savant spécialiste, beaucoup d'enfants naissent avec une petite malformation, qui consiste en la réduction des dimensions de la cavité bucco-pharyngée, due à un retrait du maxillaire inférieur, entraînant en arrière, par suite de ses attaches, la base de la langue. Notons tout de suite que cette viciation est soigneusement entretenue et même aggravée par la manière défectueuse dont les mères et nourrices donnent au nouveau-né le sein ou le biberon. D'ordinaire, en effet, elles l'installent en travers et presque horizontalement sur leurs genoux, de telle sorte que, par cette attitude même, la chute de la langue s'accentue, forçant le bébé à avaler de l'air, à s'arrêter pour reprendre haleine, le faisant s'engouer, crier, se débattre afin de se soustraire à une gêne qui lui rend pénible la plus agréable des fonctions qu'il ait encore à remplir : celle de boire.

C'est que, en effet, la glossoptose a pour résultat d'obstruer plus ou moins complètement, non seulement le pharynx, mais aussi tous les conduits qui mettent le corps en rapport avec le milieu atmosphérique ; le larynx d'abord par compression sus-glottique, puis les fosses nasales et la trompe d'Eustache. Ce n'est pas tout. Dans le fond de la cavité bucco-pharyngée, viennent passer des vaisseaux sanguins et lymphatiques, des trajets nerveux centripètes et centrifuges et des filets parasympathiques, qui commandent, d'une part, la circulation de la tête, de l'autre, une foule de réactions sensorielles, trophiques et motrices, intéressant simultanément les fonctions encéphaliques et viscérales. Voilà pourquoi M. Pierre ROBIN appelle cette région, d'une importance insigne, *confluent vital fonctionnel.* Il est maintenant facile de comprendre que la compression des artères et des nerfs de ce confluent, tout autant que l'obstruction partielle des voies digestives et respiratoires, puisse entraîner des malaises, des troubles et des affections multiples, sans lien apparent, et qui tous dérivent de cette seule cause originelle, la glossoptose. A titre d'exemple, considérons un enfant atteint de retrait du maxillaire inférieur et par conséquent, glossoptosique. La chute de la langue en arrière gênant le passage de l'air par les fosses nasales, l'enfant respire par la bouche, parce que, en ouvrant la bouche, il ramène la langue en avant et dégage ainsi les fosses nasales. Mais respirer par la bouche n'est point la même chose que respirer par le nez. L'air inspiré se réchauffe au contact de la muqueuse pituitaire, qui, de plus, par sa sécrétion muqueuse et ses cils, retient les poussières, les germes et les microbes que cet air contient toujours en grande quantité, de façon que celui-ci parvient presque pur à la trachée. Arrivé par la bouche, au contraire, l'air se réchauffe mal et se dépouille incomplètement de ses impuretés. De là la fréquence, chez le petit glossoptosique, des rhinites et des végétations adénoïdes, des amygdalites, des laryngites et aussi la prédisposition aux affections pulmonaires. Ce n'est là qu'une preuve, entre beaucoup, de l'influence néfaste et à longue portée de la respiration par la bouche, effet de la glossoptose. On pourrait invoquer un mécanisme analogue pour expliquer maints troubles de l'enfance et notamment les gastro-entérites, lesquelles

(1) Nous n'indiquons dans cette bibliographie, très restreinte, que les références ne figurant pas dans la thèse de Fourcade (Toulouse 1927). Les indications antérieures à ce travail très complet y seront retrouvées.

— Depuis la rédaction de cette Revue, le professeur Hartmann a rapporté à la Société de chirurgie de Paris (séance du 4 mai 1927) deux succès obtenus par Yves Delagénière (1 anesthésie au chlorure d'éthyle, 1 au chloroforme-éther) et un insuccès obtenu par le même auteur au cours d'une crise d'éclampsie. Dans cinq autres cas pratiqués dans son service on n'a eu que des insuccès : chloroforme, 2 (Okinczyc, Garnier) ; éther, 1 (Boppe) ; chloréthyle, 1 (Bergeret) ; anesthésie locale 1 (Huet).

D'autre part, nous avons, avec le docteur Mériel, obtenu une réanimation chez une malade opérée sous rachianesthésie pour rupture utérine, les lésions utérines étaient considérables et dataient de quinze heures; la réanimation a été obtenue à la deuxième injection de 1 centicube de la solution au millième, alors que l'arrêt du cœur avait été constaté par la palpation transdiaphragmatique et que tous les autres procédés (respiration artificielle, massage du cœur) étaient restés inefficaces. La malade a repris connaissance, mais est morte dix heures après l'intervention. L'étendue des lésions observées suffit à expliquer son décès.

proviennent presque toujours de ce fait que l'enfant, ne pouvant respirer que par la bouche, peut difficilement tenir sa bouche fermée pendant qu'il mange, mastique très mal et déglutit des aliments insuffisamment broyés et insalivés, en même temps que de l'air, ce qui le rend aérophage.

Il y a plus encore. De toute évidence, la compression des troncs vasculaires et nerveux du confluent vital nuit à la nutrition et au développement des organes adjacents. Le débit respiratoire étant restreint, l'enfant tend à réduire sa capacité pulmonaire; il se voûte, les épaules en avant, et dort en « chien de fusil » : d'où l'étroitesse du thorax, le décollement des omoplates, les déformations du rachis, et, par suite, l'incomplète ampliation des vésicules pulmonaires, qui constitue une condition favorable à la germination tuberculeuse. Si l'on remarque enfin que les os de la face et du crâne se développent mal pour la raison déjà indiquée, que le nez se déforme, le menton fuit, le frontal se rétrécit ou se bombe, on comprend aisément que M. Pierre Robin qualifie les glossoptosiques de *dysmorphiques;* ce sont, en effet, des enfants ou des adolescents dont les traits du visage s'attestent presque toujours marqués par un défaut visible d'équilibre et d'harmonie. Ce tableau des conséquences proches et lointaines de la glossoptose ne serait pas complet si, l'on omettait de mentionner ses retentissements auriculaires, oculaires, cardiaques et même psychiques. Certains glossoptosiques se montrent lents, paresseux, apathiques, schizoïdes même, par suite peut-être d'une mauvaise irrigation des hémisphères. En tout cas, le traitement fait disparaître ces troubles et, tout dernièrement, M. Pierre Robin, en collaboration avec MM. Laignel-Lavastine et Fildermann, a communiqué, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, l'observation d'une anxieuse vagotonique chez laquelle le traitement eumorphique de l'anomalie maxillaire, en supprimant la glossoptose, a amené la disparition des troubles vagotoniques et une très sensible amélioration de l'état psychique.





Fig (1). — *Avant* Fig. 2. — *Après*
le traitement du docteur Pierre Robin.
(Clichés du docteur Pierre Robin.)

***

Les signes précédemment énumérés permettent presque toujours de dépister la glossoptose. En présence d'un enfant et même d'un adolescent ou d'un adulte, qui respirent par la bouche, dont le menton est fuyant, le maxillaire inférieur atrésié et la face plus ou moins dysharmonique, on peut porter, presque à coup sûr, le diagnostic. Toutefois, on doit aussi songer que la gêne respiratoire peut être d'origine rhino-pharyngienne. L'examen attentif de ces régions fournit à cet égard des renseignements immédiats. M. Pierre Robin a indiqué d'ailleurs le moyen d'établir tout de suite le diagnostic différentiel et ce moyen est des plus simples. Ici, je cite textuellement l'auteur (1) : « Il suffit pour cela de recommander au malade, qui peut être un enfant ou un adulte, de projeter en avant et en haut son maxillaire inférieur de telle sorte que ses incisives inférieures dépassent celles du maxillaire supérieur et de joindre les lèvres... S'il n'y a pas d'obstacle naso-pharyngien, la respiration devient facile et s'exécute aussi bien à l'inspiration qu'à l'expiration, lentement, complètement, sans tirage ni essoufflement. S'il en est autrement, il faut rechercher, en plus, les autres causes d'obstruction pouvant siéger dans les cavités nasales, pharyngiennes et laryngiennes. » Il convient de remarquer que la glossoptose, qui n'est jamais accompagnée de lésions du confluent, peut parfaitement se superposer à ces causes et c'est ce qui explique que l'ablation des végétations adénoïdes ne rétablisse pas toujours, contrairement à l'attente, la respiration purement nasale.

De la petite manœuvre qu'il impose pour établir, chez son patient, l'existence de la glossoptose, M. Pierre Robin a fait la base de son traitement. Il s'agit seulement de rendre permanente cette projection en avant du maxillaire inférieur qui attire le plancher de la bouche, la langue et les masses musculaires s'insérant sur la mandibule et l'hyoïde. Ce résultat est obtenu par l'application, chez l'enfant, et si possible dès l'âge le plus tendre, trois ou quatre ans, d'une série d'appareils, absolument indolores, et construits spécialement pour chaque cas en particulier, appareils qui sont modifiés à mesure que la correction se dessine et se précise; chez l'adulte, celle-ci peut être obtenue immédiatement par une prothèse appropriée. Sans doute, le traitement est quelquefois un peu long chez l'enfant, mais les conséquences s'attestent très vite remarquables. Le petit malade se transforme, pour ainsi dire, à vue d'œil. Une hématose plus parfaite colore son teint et ses muqueuses, une mastication plus facile et plus poussée supprime l'aérophagie, les troubles gastro-intestinaux; les rhinites, angines, laryngites disparaissent, l'enfant augmente de poids, récupère sa gaîté, son activité, et son développement intellectuel profite, non moins que l'harmonie de son visage, du rétablissement de l'équilibre fonctionnel. De malingre et souffreteux devenu vigoureux, le voilà mieux armé pour lutter contre les inévitables infections de l'enfance et faire un adulte solide.

D'ailleurs, contre la glossoptose, qui frappe près de 80 p. 100 de nos enfants, il existe un moyen de prophylaxie, bien mis en évidence par M. Pierre Ro-

(1) *Académie de médecine*, 2 janv. 1923.

BIN, et ce n'est pas là l'un des moindres services que cet éminent spécialiste ait rendu à l'enfance et, on peut dire, à la race. On a vu précédemment que la glossoptose est entretenue et développée par la manière défectueuse dont on allaite les nourrissons, car le bébé qui boit couché rentre son maxillaire inférieur et accentue la chute de la langue en arrière. Pour éviter ces inconvénients, rendre la déglutition et la respiration plus aisées, il suffit de faire boire l'enfant en le tenant droit. Dans cette position, en effet, il a tendance, comme le veau qui tête sa mère, à projeter en avant son maxillaire inférieur et, par conséquent, à dégager les voies respiratoires et à décomprimer le confluent vital. Aussi, comme je l'ai constaté personnellement, l'enfant pousse-t-il mieux, plus régulièrement et sans les petites anicroches qui traversent d'ordinaire cette première période de l'existence. Il est des plus regrettables que cette alimentation *orthostatique*, qui est rigoureusement physiologique, ne soit pas plus souvent mise en usage et constamment imposée par les médecins et les sages-femmes.

Je n'ai pas la prétention de croire que les quelques mots qui viennent d'être dits suffiront à changer une routine séculaire, mais j'ai cru de mon devoir d'appeler l'attention sur les moyens faciles et sûrs de prévention et de traitement d'une malformation grave et très répandue, prévention et traitement que les recherches de M. Pierre ROBIN mettent désormais à notre disposition pour protéger contre ses conséquences, parfois dangereuses, la santé de nos trop rares enfants.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 JUIN 1927)

Variations avec les régimes dans l'élimination du carbone urinaire chez les diabétiques. — MM. A. DESGREZ et H. BIERRY.

Sur la réaction électrique des cellules végétales et ses relations avec l'excitabilité. — M. et Mme LAPICQUE.

Action du bismuth sur le spirochète du sodoku dans l'infection expérimentale du cobaye. — MM. A.-T. SALIMBENI et R. SAZERAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 JUIN 1927)

Il est urgent d'empêcher l'importation des germes varioliques. — M. L. CAMUS. Depuis le mois de septembre, quinze départements ont été directement ou indirectement infectés par des germes varioliques venus du Nord de l'Afrique. Dans la région parisienne plusieurs centaines de personnes ont été atteintes. A l'hôpital Cl. Bernard on a reçu 214 varioleux, 72 sont morts et 21 étaient encore en traitement fin mai. Les femmes ont été deux fois plus atteintes que les hommes. Plus de 50 p. 100 des enfants contaminés ont succombé. La moyenne générale de la mortalité est d'environ un tiers du nombre des malades.

L'Académie a indiqué à M. le ministre de l'Hygiène, au mois de juillet 1926, les mesures qui lui paraissaient efficaces pour empêcher le transport de la variole en France, et a de nouveau appelé son attention au mois de décembre sur la nécessité d'appliquer ces mesures.

En présence des pertes très importantes causées par l'épidémie actuelle et en tenant compte des constatations renouvelées de l'importation en France des germes varioliques, M. Camus pense que le contrôle de l'application des mesures prescrites par M. le ministre de l'Hygiène et spécialement de la vaccination avant l'embarquement s'impose dès maintenant.

M. CAZENEUVE insiste sur le grand intérêt de la communication de M. Camus. Et M. le Président, après avoir consulté l'Académie, annonce que dans quinze jours M. Camus proposera à l'Académie de voter un nouveau vœu à ce sujet.

Rapport sur des demandes de reconnaissance en stations climatiques et hydrominérales. — M. POUCHET.

A propos d'un cas de pancréatite aiguë hémorragique avec bride épiploïque. Opération. Guérison. — M. Paul MULLER (de Belfort). M. de Lapersonne, faisant une infidélité à l'ophtalmologie, présente un très intéressant travail de chirurgie dû à M. Paul Muller.

Les malades atteints de pancréatite hémorragique ne sont pas toujours des lithiasiques biliaires, des alcooliques ou des obèses à foie taré.

La nature infectieuse de l'affection peut, dans certains cas, être douteuse, et il semble que parfois seuls des troubles mécaniques soient à l'origine de la pancréatite (compression, stase duodénale). La symptomatologie est imprécise et le diagnostic n'est presque jamais fait. Un seul signe semble avoir une réelle valeur et ne fait jamais défaut : c'est l'existence de vomissements persistants toujours bilieux et ne devenant pas fécaloïdes. Au point de vue thérapeutique, le drainage presque toujours formellement indiqué peut ne pas être indispensable dans les formes où le pancréas ne présente pas de foyers ramollis et quand l'opération pratiquée de façon très précoce permet de lever un obstacle exerçant une compression avec stase duodénale.

L'auteur rapporte l'observation d'une femme de cinquante-deux ans, antérieurement bien portante, ayant présenté brusquement des douleurs abdominales violentes avec vomissements bilieux qui persistèrent jusqu'au moment de l'intervention. Il trouva une large bride épiploïque allant d'un hypocondre à l'autre. Cette bride, dure, tendue, exerçait une striction sur les anses intestinales. Elle fut sectionnée entre deux ligatures.

La malade, opérée en janvier 1924, a été revue dernièrement et s'est maintenue en parfaite santé.

L'auteur pense que la compression exercée par la bride épiploïque, facteur de stase intestinale ou de compression du pancréas à distance, a été l'origine des troubles pancréatiques et que la section de cette bride a suffi à assurer la guérison sans aucun drainage.

Les arsénobenzènes. Méthodes d'analyse et d'appréciation chimique. — M. Pierre BRETEAU, après avoir fait une étude très complète des arsénobenzols, estime que le contrôle chimique seul ne permet pas de conclure à la plus ou moins grande toxicité de la préparation et que le contrôle physiologique s'impose.

Le strophantus dans la thérapeutique. — M. PERROT apporte un important travail dans lequel il étudie le strophantus au point de vue pharmacodynamique. Il montre, en outre, combien nos colonies sont riches en strophantus, et il demande qu'on intensifie cette culture au Cameroun, notamment, et qu'ou inscrive le *Strophantus gratus* au Codex en préparation.

Sur l'origine profonde des eaux bicarbonatées sodiques. — M. DELÉPINE, au cours de recherches de nappes pétroli-

fères dans l'Allier, a fait des observations qui prouvent que l'origine profonde des eaux bicarbonatées sodiques admise par Armand Gautier est une question de fait et non plus une hypothèse.

S'il est aisé, ajoute-t-il, de se représenter une réaction sur le granit exercée en profondeur par le gaz carbonique et l'eau avec une température élevée, il reste par contre l'énigme de l'origine de ces émissions constantes de gaz carbonique dont la continuité, dit lui-même Armand Gautier, jette de l'obscurité sur l'origine de ces gaz.

Sur les méthodes de dosage des sucres réducteurs appliquées aux humeurs de l'organisme. — M. Bougault.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 MAI 1927)

A propos de la prophylaxie mécanique de la tuberculose. — M. Chr. Zœller mentionne, à l'occasion d'une communication récente de M. Armand Delille, un procédé très simple qui consiste à faire tousser le malade qu'on ausculte dans un quart de soldat étroitement appliqué devant la bouche. Ce procédé évite, à la fois, la projection des gouttelettes infectantes et la souillure des mains et des objets maniés par le tuberculeux.

Côte cervicale et syndrome de compression artérielle. Claudication intermittente du bras. Auriophygmie oscillométrique. — MM. O. Crouzon, Gilbert-Dreyfus et Coste montrent les clichés radioscopiques d'une malade atteinte d'une côte cervicale bilatérale. A droite, on ne note aucun trouble fonctionnel. A gauche, au contraire, il existe une véritable claudication intermittente du membre supérieur, que la constatation d'un souffle sous-clavier et l'étude de courbes oscillométriques permettent de rattacher à un syndrome de compression artérielle.

Lymphogranulomatose. — MM. Crouzon, Bertrand et Lemaire, à propos d'un cas, font l'étude clinique et anatomopathologique complète de ce cas.

La splénomégalie mycosique. — MM. P.-E. Weil, Grégoire et Flandbin. Les auteurs présentent à la Société médicale des rates, des projections microscopiques et des malades opérés de splénomégalies mycosiques.

Leurs recherches ont prouvé que près de 50 p. 100 des splénomégalies primitives étaient produites, à Paris, par un champignon (8 sur 16) et que celui-ci était un Aspergillus.

Ces rates se présentent en clinique sous des aspects multiples, splénomégalies avec ictère hémolytiques, avec anémie, avec syndrome de Banti, avec surtout des hémorragies à prédominance digestive. Leur diagnostic clinique ne peut être fait que par élimination, mais leur diagnostic anatomique est facile dans les rates récentes tout au moins, par la découverte des nodules sidérosiques de Gemna, dont Nanta a donné la signification exacte. Dans les rates anciennes, ces nodules, envahis par la sclérose, manquent souvent et sont difficiles à reconnaître.

Sur six malades opérés, trois ont vu disparaître tous leurs symptômes pathologiques, et la guérison se maintient depuis trois mois dans deux cas, depuis vingt-six mois dans un troisième avec engraissement de 25 kilos.

De ces recherches nouvelles, on peut tirer quelques conclusions :

a. Il existe une splénomégalie ou des splénomégalies mycosiques, qui obligent à remanier les cadres de la nosographie splénique.

b. Cette affection, étant fréquente à Paris, l'épithète de splénomégalie algérienne donnée par Nanta, doit être remplacée par celle de splénomégalie mycosique, en attendant de pouvoir lui donner le nom des divers champignons en cause

c. Cette splénomégalie est la plus fréquente en France comme en Algérie des splénomégalies chroniques primitives.

Pleurésie médiastinale adhésive liée à la présence des bronchectasies. — MM. Rist, Jacob et Soulas présentent deux cas dans lesquels l'aspect radioscopique (ombre en équerre à base diaphragmatique à hypotémie externe, à sommet hilaire), rappelait celui d'une pleurésie médiastine. L'injection intratrachéale de lipiodol a montré que cet aspect était lié à la présence dans l'aire de l'ombre triangulaire, de dilatations bronchiques.

Etude clinique, microbiologique et histopathologique d'un cas de gangrène pulmonaire à spirochètes, à évolution chronique. — MM. Bezançon, Etchegoïn, Azoulay et Bazgan. — La question de la microbiologie de la gangrène pulmonaire est encore controversée. Les auteurs laissant de côté la question de la nature du spirochète observé, veulent seulement prouver la part prépondérante, indiscutable, prise par les spirochètes dans la production du processus. Ils présentent toute une série de microphotographies. Les unes, dues à M. Jeantet, montrent, la présence, dans la paroi de la caverne gangréneuse; d'innombrables spirochètes et, dans la partie centrale la plus mortifiée, de bactéries banales, du type des anaérobies de Veillon, parmi lesquelles le bacille fusiformis et de nombreux leptothrix. Les autres, dues à M. Delval, microphotographies en couleur, permettent de suivre l'évolution du processus anatomique.

Il s'agissait, dans ce cas, d'une forme chronique ayant évolué en deux ans, par poussées successives. Le début avait été brusque, en pleine santé à la fin d'une grossesse. L'enfant, venu à terme, est resté depuis bien portant. La malade n'avait présenté aucune lésion dentaire ni bucco-pharyngée.

Les auteurs insistent sur l'évolution par poussées, séparées par des rémissions. Au cours des poussées il y a augmentation de l'expectoration, augmentation de la fièvre, mauvais état général. Vers la fin de la vie, on peut observer de véritables décharges de spirochètes dans les crachats (plus de 200 par champ). En plus des poussées, il y eut de véritables vomiques de temps à autre, à la suite desquelles la fièvre baissait momentanément. Les hémoptysies ont été fréquentes; il s'est établi peu à peu un véritable état cachectique rappelant la *phtisie*.

L'autopsie a montré, outre la présence de grosses cavernes gangréneuses, l'existence de foyers multiples, plus jeunes, broncho-pneumoniques que l'on peut rattacher à des séries de petites embolies bronchiques gangréneuses. En dehors du processus broncho-pneumonique d'exsudation, puis de mortification, existe un processus extrêmement accentué de sclérose; sclérose autour des cavernes, sclérose autour des bronches. On note enfin, dans ces foyers de sclérose, un certain degré de dilatation bronchique.

L'observation rapportée est la troisième observation française où la présence du spirochète a pu être démontrée sur les coupes. Ces observations montrent que dans un très grand nombre de cas, tout au moins, le processus gangréneux est dû à l'action de spirochètes auxquels viennent se surajouter des aérobies et des anaérobies du type Veillon, parmi lesquels, en plus ou moins grande quantité selon les cas, le bacille fusiformis et le leptothrix.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 JUIN 1927)

M. le Président prononce l'éloge de M. R. Picqué.

Luxation ouverte du coude. — M. Rouvillois fait un rapport sur une observation de MM. Sicard et Lapeirie qui ont opéré un homme de cinquante-huit ans qui, après une chute

de 2 mètres sur la paume de la main, a présenté une luxation ouverte du coude; drainage; guérison; le rapporteur insiste sur le peu d'utilité du drainage dans ces cas de luxations récentes opérées.

Fracture de l'extrémité inférieure du fémur. — M. Clavelin (rapport de M. Rouvillois), dans un cas de fracture diacondylienne de l'extrémité inférieure du fémur, a fait une ostéosynthèse par vis et plaques par voie transrotulienne; résultat fonctionnel éloigné excellent.

Résection de l'estomac et du côlon. — M. Fredet rapporte une observation de M. Picart (de Douai) qui, dans un cas de tumeur énorme de l'estomac ayant envahi le côlon, a fait la résection en bloc de l'estomac et du côlon transverse, par section du côlon de droite à gauche, et gastro-entérostomie par bouton; 25 centimètres de côlon ont été enlevés; les suites ont été très simples.

La patellite des adolescents. — M. Mouchet fait un rapport avec projections sur un travail de MM. Stoltz, Meyer et Weiss (de Strasbourg) qui ont étudié la patellite des adolescents, maladie agissant sur la calcification des os; ils ont opéré et étudié la rotule d'un garçon de vingt-deux ans et ont noté que cet os présentait de l'hypervascularisation, de la raréfaction et de la condensation osseuse.

L'aviation sanitaire à l'armée du Levant. — M. Duguet fait une communication des plus intéressantes avec projections, sur le rôle de l'aviation sanitaire à l'armée du Levant, et les services énormes rendus aux blessés par l'évacuation en avions du champ de bataille même aux centres chirurgicaux de l'intérieur.

Sur les anévrismes artério-veineux (*suite de la discussion*). — M. Chevrier insiste, dans l'étude de ces anévrismes, sur la question des caillots; pour lui, il y a parfois des caillots dans les anévrismes artério-veineux, et il étudie dans sa communication deux points : la transformation avec guérison sans opération de certains anévrismes artério-veineux; et la transformation possible en endophlébite adhésive.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 26 mars 1927)

Existe-t-il une immunité occulte à l'égard de l'infection tétanique? — MM. G. Ramon et Chr. Zoeller n'ont jamais décelé d'antitoxine tétanique apparue spontanément dans le sérum sanguin d'un sujet non vacciné même lorsqu'il a été soumis antérieurement à un traumatisme infecté. Parmi les sujets vaccinés il en est qui s'immunisent plus rapidement et mieux que les autres. Mais il paraît s'agir dans leur cas d'une réactivité naturelle plutôt que d'une réactivité spécifique acquise sous l'influence d'une infection occulte.

D'après les recherches entreprises sur la race jaune et sur la race noire il ne semble pas que le facteur de race puisse modifier l'acquisition de l'immunité antitétanique. Ces sujets ne présentent pas d'antitoxine naturelle et ne se vaccinent ni mieux ni plus rapidement que les sujets de race blanche.

Au sujet de l'action directe ou indirecte des rayons X. Recherches sur les tissus lymphoïdes en survie. — MM. Lacassagne et Gricouroff ont suivi au microscope l'action des rayons X sur des fragments explantés de thymus, de rate, de ganglion lymphatique et de moelle osseuse de lapins nouveau-nés. L'irradiation s'exerçait : 1° soit sur les fragments déjà mis en culture en goutte pendante; 2° soit sur les organes isolés avant leur mise en culture; 3° soit sur le petit lapin vivant dont les organes étaient prélevés de suite après l'irradiation.

Dans tous les cas les résultats ont été semblables : par comparaison avec les témoins, on observait, dans les cultures irradiées, une émigration nulle ou très réduite des éléments lymphoïdes, alors que les fibroblastes croissaient très abondamment. Ces résultats vérifient exactement ceux de l'irradiation *in vivo* quant aux différences de radiosensibilité entre les éléments lymphoïdes et les cellules du stroma conjonctif. Ils confirment l'action cellulaire directe des radiations.

Influence de la polarisation sur la forme de la décharge des condensateurs à travers le corps humain. — MM. Strohl et H. Desgrez. La présente note est destinée à montrer l'effet perturbateur des phénomènes de polarisation sur les décharges de condensateurs à travers le corps humain. Il peut en résulter, dans certaines conditions expérimentales, une inversion du courant dans le sujet, lorsqu'une résistance ohmique se trouve placée en parallèle avec lui. La durée au bout de laquelle le courant est inversé oscille entre 0,2 et 2 millièmes de seconde. Ces faits constituent un nouvel exemple de l'influence de la polarisation sur les phénomènes d'excitation électrique chez l'homme.

(Séance du 2 avril 1927)

Dosage quantitatif de quelques constituants de la bile après l'injection et l'absorbtion de bicarbonate de soude. — MM. P. Carnot et Z. Gruzewska. Après l'introduction dans l'organisme, soit par voie digestive, soit par injection dans le sang, de bicarbonate de soude, on observe une forte augmentation de CO^2 dans la bile et une légère diminution de pigments. La bile vésiculaire, concentrée par séjour dans la vésicule, diffère complètement de la bile fraîche de foie. Après l'absorbtion journalière de bicarbonate de soude par l'animal, on ne trouve dans cette bile que des traces de CO^2, ce qui indique que les carbonates sont résorbés en même temps que l'eau. Vingt jours après le traitement par le bicarbonate, on retrouve encore de fortes proportions de CO^2 dans la bile fraîche; il y a donc lieu de tenir compte du fait dans les cures prolongées par les alcalins et par les eaux minérales.

La bactériolyse tissulaire du bacille de Koch a été étudiée par M. Charles Richet fils. Cet auteur désigne de cette façon la propriété qu'ont certains tissus (foie, rate, muscle) de détruire le bacille de Koch *in vitro* en l'espace de quelques jours. Cette propriété appartient à un principe thermolabile.

Passage de bismuth à travers la barrière vasculo-méningée. — MM. S. Mutermilch, Maurice Delaville et Mme J. Belin montrent que l'urotropine ne semble pas augmenter la perméabilité méningée du lapin aux sels de bismuth. Par contre, des quantités notables de bismuth pénètrent dans le liquide céphalo-rachidien de cet animal, sous l'influence d'une méningite aseptique déterminée par injection intrarachidienne d'un demi-centimètre cube d'émulsion de farine à 10 p. 100 dans l'eau physiologique.

Structure du testicule du singe après vingt-neuf mois de greffe à l'homme. — M. Retterer. Etudiés au microscope, les reliquats se composaient de cordons épithéliaux épars dans une travée conjonctive. Les uns avaient encore une petite lumière circonscrite par un revêtement de petites cellules épithéliales et sans être entourées de membrane propre. Les autres étaient pleins et simulaient des amas de petites cellules qu'on décrit sous le nom de follicules clos. Tant que les cordons épithéliaux sont volumineux et abondants, la greffe exerce une influence générale; à mesure qu'ils se transforment en tissu conjonctif, cette action s'affaiblit.

Action empêchante locale de l'irradiation par les ultra-violets sur les réactions à la tuberculine. — MM. Carnot, Henri Bénard, E. Biancani et Azérad. Les rayons ultra-violets exercent localement une action empêchante sur le développement des réactions cutanées à la tuberculine. Cette

action n'est pas due à une destruction de la tuberculine car cette substance résiste à une irradiation prolongée. On doit invoquer des modifications dans les aptitudes réactionnelles du territoire soumis aux rayons, car l'action empêchante se manifeste même lorsque l'irradiation est antérieure à l'insertion de tuberculine.

Recherches sur la morphologie du virus herpétique. — MM. C. LEVADITI et R. SCHOEN. Au cours de recherches concernant les cerveaux de lapins inoculés par voie transcranienne avec le virus herpéto-encéphalitique *C*, ou avec une souche herpétique *N* isolée récemment, les auteurs ont découvert, dans les neurones de la corne d'Ammon, des formations bien définies paraissant traduire l'évolution intracellulaire d'un microorganisme en relation avec l'agent étiologique de l'infection herpétique neurotrope.

Localisé presque exclusivement dans la zone externe de la corne d'Ammon, le microorganisme apparaît d'abord sous la forme de corpuscules basophiles foncés, de dimensions inégales, souvent entourés d'un halo clair, situés en plein cytoplasma, plus ou moins près du noyau. A une phase ultérieure, ces corpuscules augmentent de volume et deviennent nettement muriformes. On a l'impression d'une grappe de grains arrondis ou ovalaires, accolés les uns aux autres par une substance interstitielle plus basophile. A une phase plus avancée, le parasite revêt un aspect pseudo-kystique.

Les formations observées par les auteurs sont, très vraisemblablement, en relation avec l'évolution cytoplasmique d'un microorganisme qui pourrait être l'agent étiologique de l'infection herpétique encéphalitogène. Le cycle évolutif de ce microorganisme, comportant à sa phase ultime la formation de pseudo-kystes, n'est pas sans offrir des analogies avec celui de l'encephalitozoon cuniculi (Levaditi, Nicolau et Schoen). Toutefois, les affinités colorantes, la morphologie et le siège intracytoplasmique, permettent de l'en différencier. Les auteurs sont enclins à penser que les unités microbiennes filtrables du virus herpétique pourraient s'élaborer dans les pseudo-kystes ; en effet, la dimension de certaines des formations contenues dans ces pseudo-kystes dépassent à peine la limite de la visibilité. Sans préciser la nature du microorganisme, les auteurs proposent de le dénommer neurocystis herpetii.

Adrénalino-sécrétion et choc anaphylactique. — MM. A. TOURNADE et N. HERMAN, après avoir solidarisé deux chiens par anastomose veineuse surrénalo-jugulaire « préparent » le donneur par des injections préalables de sérum de cheval. L'injection déchaînante de quelques centimètres cubes de sérum de cheval dans la veine jugulaire de ce donneur provoque une hypotension considérable. Mais au bout de quelques instants, l'adrénalino-sécrétion s'intensifie. On en a la preuve par l'élévation de la pression et la contracture de la rate du transfusé. L'excitation du splanchnique attenant à la surrénale dont le sang est transfusé, ne provoque plus de phénomène de vaso-constriction nerveuse (chez le donneur) mais exclusivement de l'adrénalino-sécrétion (chez le réactif).

Suractivité adrénalino-sécrétoire compensatrice d'un déficit du tonus neuro-vasculaire. — MM. A. TOURNADE et CHABROL ont réalisé l'expérience suivante : un chien B cède le sang de sa capsule surrénale droite à un congénère A ; B est décapsulé à gauche. La section de son splanchnique gauche détermine une chute de pression et une hypersécrétion d'adrénaline, qui se manifeste chez A par de l'hypertension et de la contracture de la rate.

Action de la synthaline chez le sujet normal et chez le diabétique. — M. F. RATHERY, Mlle LEVINA et M. MAXIMIN ont étudié l'action de la synthaline chez le sujet non diabétique et chez le diabétique. Chez le sujet non diabétique, après l'ingestion simultanée de glucose et de 20 milligrammes de synthaline, on ne constate plus l'hyperglycémie habituelle. Chez le diabétique, la synthaline est parfois sans aucune action, chez d'autres malades on constate une action très nette sur la glycémie, la glycosurie, l'excrétion des corps cétoniques et de l'acide cétogène ; de plus, on note chez certains sujets une élévation du coefficient d'assimilation hydrocarbonée.

Il n'est pas possible actuellement de considérer la synthaline comme pouvant remplacer l'insuline dans le traitement du diabète.

Anaphylaxie passive et anaphylaxie in vitro. — M. F. MAIGNON a extrait du sang de chiens sensibilisés au sérum de cheval, une substance dont l'injection de quelques centigrammes dans le sang ou le péritoine de chiens neufs, transmet l'anaphylaxie passive à l'égard de ce même antigène.

L'addition in vitro de sérum à une solution de cette même substance, donne un mélange dont l'injection intraveineuse produit immédiatement la crise (anaphylaxie in vitro).

(SÉANCE DU 30 AVRIL 1927)

L'épilepsie essentielle convulsive. — MM. TINEL et RAFFLIN présentent un essai de classification des épileptiques suivant la grandeur d'amplitude de variation du pH urinaire. La fréquence des crises et l'état du système neuro-végétatif sont en concordance avec les indications fournies par le pH.

Constantes urinaires dans l'épilepsie. — M. R. RAFFLIN, dans l'épilepsie convulsive « essentielle », a trouvé la relation

$$\frac{PH}{4} + \log \frac{N.\ am}{N.\ total} + \frac{\log Vh}{6} = 3{,}495 \pm 0{,}12$$

vérifiée comme chez les sujets normaux. Seul le pH urinaire a une valeur relative exceptionnellement élevée.

Un cas d'épilepsie psychique et un cas d'épilepsie traumatique présentent des caractéristiques un peu différentes.

Sur l'utilisation d'un antigène alcoolo-potassique dans la gono-réaction de Rubinstein et Gauran. — MM. H. JAUSION, F. MEERSSEMAN et A. PECKER ont songé à utiliser pour la confection d'un antigène gonococcique l'alcoolo-solubilité des produits lytiques obtenus par l'adjonction de potasse caustique aux cultures liquides. Des cultures de quatre jours sont additionnées d'un dixième de solution de potasse à 40 p. 1.000, lysées six jours à l'étuve, réduites au quart par l'évaporation, étendues de dix parties d'alcool méthylique et filtrées sur papier après quarante-huit heures. Cet antigène limpide, mais de coloration brunâtre, est étendu de sept à dix volumes d'eau physiologique pour la réaction.

Des deux techniques sérologiques de Rubinstein et Gauran et de Calmette et Massol, la première a paru donner les meilleurs résultats. Des essais comparatifs avec les deux extraits alcoolo-potassique et aqueux ont été affectués sur 85 sérums de sujets blennorragiens ou non. De cette expérimentation il semble résulter que l'antigène alcoolo-potassique de préparation aisée et de conservation facile présente sur l'extrait aqueux correspondant des avantages nets de spécificité et de sensibilité.

L'encéphalite herpétique du hérisson. — MM. P. REMLINGER et J. BAILLY. Le hérisson est très réceptif à l'encéphalite herpétique. Inoculé dans le cerveau, il contracte la maladie après une incubation de trois à six jours. On retrouve chez lui les principaux symptômes de l'encéphalite du lapin : tremblement généralisé, hésitation de la démarche, mouvements de manège, salivation abondante, bâillement, dyspnée, paralysie terminale, etc. Ces symptômes se présentent toutefois avec un caractère marqué d'atténuation. Ainsi que l'avait noté Carlos Franca à propos de la rage, l'encéphalite du hérisson comporte parfois des rémissions de plusieurs jours, après quoi la maladie reprend son cours. La mort peut se produire

subitement. Il n'a pas été observé d'urétrite herpétique comparable à l'urétrite rabique.

Adrénaline des surrénales et cadavérisation. — MM. G. Mouriquand et A. Leulier montrent que la cadavérisation, d'une durée de vingt-quatre heures, spolie les surrénales de cobaye de la moitié ou des trois quarts de leur adrénaline libre ou virtuelle.

Ce fait expérimental présente l'intérêt d'expliquer les résultats disparates et souvent inexplicables obtenus par le dosage de l'adrénaline dans les surrénales prélevées à l'autopsie. Il explique sans doute aussi la faible teneur de certaines poudres de surrénales en adrénaline.

Influence des sels de calcium et de sodium sur la glycémie du sujet normal et du diabétique. — MM. M. Labbé, Nepveux et Rohacek. Chez le sujet normal et chez le diabétique, l'injection intraveineuse de bicarbonate de sodium ou l'ingestion de ce sel élève la glycémie. Le lactate de sodium produit le même effet. Le lactate de calcium produit une hyperglycémie chez le sujet normal et une diminution de la glycémie chez le diabétique.

Les auteurs discutent le rôle des anions et des cathions, et émettent des hypothèses sur leur influence sur la glycorégulation.

L'accroissement de la charge soufrée de la surrénale par injection de soufre en nature, de sang et d'albumine. — MM. M. Loeper, R. Garcin et A. Lesure montrent que le soufre en nature, injecté dans le péritoine des cobayes, se fixe sur la surrénale. Cette fixation apparaît surtout élevée quand on la rapporte à l'azote total normalement contenu dans la glande. L'injection d'albumine d'œuf et de sang en nature, qui apporte cependant un taux de soufre infiniment moindre, augmente de façon plus considérable encore le coefficient soufré de la surrénale.

Sans doute cette fixation importante du soufre protéique tient à son oxydation moins aisée ou moins rapide et à son élimination moins complète sous forme de sulfate.

Et le fait doit être rapproché de cette constatation déjà faite par les auteurs que le soufre de la surrénale est en grande majorité et presque exclusivement du soufre neutre, aussi bien dans les cellules que dans le pigment.

LIVRES NOUVEAUX

La Contraction utérine et les dyscinésies corrélatives (1), par L.-A. Demelin, ex-professeur en chef à la Maternité, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

En un petit volume, orné de figures presque toutes originales, l'auteur a résumé les nombreux travaux qu'il a publiés sur la question depuis 1888, et les idées personnelles qu'il en a retirées. Il suit la tradition de l'école française, volontiers oubliée de nos jours à l'étranger, et même par ceux de nos compatriotes, qui vont chercher bien loin ce qu'ils ont tout près d'eux.

Livre de science et de pratique à la fois, l'ouvrage se divise en trois parties d'inégale étendue : Anatomie, Physiologie, Pathologie. Sur des bases précises et solides, l'action du

(1) In-8, de 160 pages avec 16 figures dans le texte. — Prix : 16 fr. plus hausse 40 p. 100, soit 22 fr. 40. — Paris, G. Doin et Cie.

muscle utérin pendant l'accouchement, s'appuie et s'éclaire, en plein accord avec les lois générales de la myologie, de l'angiologie et de la névrologie; et aussi, la dystocie particulière, par insuffisance ou par excès de tonicité ou de contractilité. Le chapitre, trop écourté jusqu'à présent dans beaucoup de traités classiques, sous le titre d' « anomalies de la contraction », « inertie » et « contracture », se trouve notablement développé, conformément à son importance clinique. L'étude se complète de vues thérapeutiques sur les divers agents médicamenteux, opothérapiques, etc., qui influencent la fibre lisse dans un sens ou dans l'autre.

Les opérations qui ont pour but d'extraire un enfant vivant et indemne des conséquences, immédiates ou lointaines, attribuables au traumatisme, s'améliorent de déductions primordiales. Dans l'application du forceps, l'exécution des manœuvres podaliques et de l'opération césarienne, le médecin, spécialiste ou non, tirera profit d'une lecture qui lui fera connaître ou lui rappellera des observations prolongées et patientes. On se rendra compte que l'auteur a voulu éviter les écueils de la théorie purement spéculative, autant que ceux de l'empirisme terre à terre. L. G.

La cure de soleil. Pourquoi. Où. Comment la pratiquer (1), par le docteur L. JAUBERT, médecin de l'hôpital Renée Sabran. (Ouvrage couronné par l'Académie de médecine.) [Bibliothèque des connaissances médicales, dirigée par le docteur Apert.]

« Chacun a besoin de savoir aujourd'hui ce que l'exposition au soleil, suivant des règles bien précises, peut apporter l'aide utile aux organismes en voie de croissance, et quel secours peut y trouver, dans certaines circonstances, l'homme malade », nous dit le professeur Leriche dans la préface de cet ouvrage.

Le docteur L. Jaubert était particulièrement désigné par sa longue pratique héliothérapique pour présenter aux médecins, hygiénistes, parents, éducateurs un exposé clair et complet, une mise au point judicieuse et mesurée de ce que peut être la cure de soleil et des services qu'elle peut rendre.

(1) Un volume in-8 jésus. Illustré. — Prix : 12 fr. — Paris, Ernest Flammarion.

Après quelques données sur les origines et l'histoire de la cure de soleil, l'auteur en étudie les bases scientifiques : composition des radiations solaires leurs variations, leur mesure, leurs rapports.

Il expose ensuite les effets de l'insolation sur les êtres vivants d'une part, sur l'organisme humain sain ou malade d'autre part. Ce chapitre de physio-pathologie est le prélude nécessaire qui permettra de prévoir les résultats pratiques des applications héliothérapiques tant dans l'ordre social que dans l'ordre médical. « La lumière solaire est l'agent d'assainissement le plus universel, le plus économique, et le plus actif auquel puisse avoir recours l'hygiène publique ou privée », écrivait Duclaux dès 1885.

Il aborde ensuite les indications et les résultats de la cure de soleil. Il les envisage successivement dans les affections médicales, puis dans les affections chirurgicales en insistant selon les catégories de cas sur le caractère facultatif, ou au contraire, impératif de l'indication. Les résultats sont présentés chemin faisant et appuyés sur le contrôle des examens de laboratoire et des tests radiologiques.

Le dernier chapitre, qui n'est pas le moins important, est consacré entièrement à la mise en pratique de la cure de soleil. L'auteur fait connaître les conditions optima de climat, de saison, d'emplacement. Il étudie ensuite la technique proprement dite de la cure tant au point de vue général que dans ses applications particulières et termine par quelques considérations sur les conditions adjuvantes de la cure et sur les traitements complémentaires.

Ainsi présenté, cet ouvrage, enrichi de nombreuses figures et clichés, ne manquera pas d'intéresser non seulement le public médical, mais encore tout le public éclairé et désireux de rester au courant et qui sait que peu d'auteurs sont aussi qualifiés que M. Jaubert pour parler d'héliothérapie.

L. BABONNEIX.

Les Radiations lumineuses en physiologie et thérapeutique. De l'infrarouge à l'ultraviolet, par A.-C. GUILLAUME. Un volume de 516 pages avec 17 figures. — Prix (France et Etranger) : 40 fr. sans majoration. — Paris, Masson et Cie.

NOTES DE PRATIQUE

ASTHÉNIE GRIPPALE

Pour relever la tension artérielle, XX à LX gouttes de la solution d'adrénaline au millième.

Comme médication stimulante, VIII à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas, ou mieux injection tous les jours de 1 ou 2 centimètres cubes de Vanadarsine injectable. Après une vingtaine d'injections, laisser reposer le malade une à deux semaines, puis renouveler le traitement s'il est nécessaire.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE. — (Hôpital des Enfants-Malades.) — *Cours de vacances.* — Hygiène et clinique de la première enfance, sous la direction de M. le professeur Marfan, du 4 au 23 juillet 1927.

Clinique médicale des enfants, sous la direction de M. le professeur Nobécourt, du 25 juillet au 13 août 1927.

Clinique chirurgicale infantile, sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, du 9 septembre au 1er octobre 1927.

Droit : 250 fr. pour chaque cours. Inscription au secrétariat de la Faculté.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL DE VAUGIRARD (M. le professeur P. DUVAL). — Cours de radiologie clinique du tube digestif, du jeudi 6 au samedi 15 octobre 1927. Droit : 200 fr. S'inscrire à la Faculté.

COURS D'ORTHOPÉDIE de M. Calot, le 1er août, à Berck-Plage, avec exercices pratiques individuels. En une semaine, de 9 h. du matin à 7 h. du soir, enseignement de l'orthopédie indispensable aux praticiens, pour médecins et étudiants de toutes nationalités. Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant au docteur Fouchet, Clinique Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, ou Institut Calot, Berck-Plage (P.-de-Calais).

Droit d'inscription : 150 fr.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — *Cours de perfectionnement* du professeur PORTMANN, avec la collaboration de MM. les professeurs Lagrange, Petges, Réchou et Mauriac; de MM. les professeurs agrégés Dupérié, Leuret, Papin et Jeanneney et de MM. les docteurs Moreau, ancien chef de clinique et Despons, chef de clinique.

Programme du cours (du lundi 4 juillet au samedi 16 juillet 1927). — PREMIÈRE SEMAINE. — *Lundi 4 juillet.* — Matin : séance opératoire. M. Portmann. — Soir : la transfusion du sang : considérations biologiques et applications médicales. M. Mauriac. Médecine opératoire; ethmoïdectomie et trans-maxillo-nasale. M. Portmann.

Mardi 5 juillet. — Matin : examen fonctionnel de l'audition. M. Portmann. — Soir : méthode d'examen et de traitements spéciaux en oto-rhino-laryngologie. Ponctions sinusiennes. Massage nasal et laryngé. Injections de paraffine, etc. M. Portmann. La transfusion du sang : technique et applications chirurgicales. M. Papin.

Mercredi 6 juillet. — Matin : opérations de petite chirurgie oto-rhino-laryngologique. M. Portmann. Consultation oto-laryngologique avec démonstrations cliniques. M. Portmann. Soir : médecine opératoire : anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie. M. Portmann. La chirurgie ganglionnaire dans le cancer des voies aéro-digestives supérieures. M. Jeanneney.

Jeudi 7 juillet. — Matin : séance opératoire. M. Portmann. — Soir ; visite et démonstrations à l'Institution des Sourds et Muets. M. Francoual. Médecine opératoire : antrotomie; évidement pétro-mastoïdien; chirurgie du labyrinthe. M. Portmann.

Vendredi 8 juillet. — Matin : examen fonctionnel de l'appareil vestibulaire. M. Portmann. — Soir : la diathermie en oto-rhino-laryngologie. M. Portmann. Démonstrations de trachéo-bronchoscopie. M. Portmann.

Samedi 9 juillet. — Matin : opérations de petite chirurgie avec démonstrations techniques : adénotomie; amygdalotomie; amygdalectomie; opérations endo-nasales. M. Portmann. — Soir : examens de laboratoire en oto-rhino-laryngologie; indications; prélèvements; biopsies; modes de fixation; examen de pièces. M. Portmann. La radiographie en oto-rhino-laryngologie; incidences. Interprétation des clichés. M. Réchou.

DEUXIÈME SEMAINE. — *Lundi 11 juillet.* — Matin : séance opératoire. M. Portmann. — Soir : les différentes conceptions modernes de la tuberculose. M. Leuret. Médecine opératoire; sinusites ethmoïdo-frontales; sinusites maxillaires. M. Portmann.

Mardi 12 juillet. — Matin : consultation oto-rhinologique. M. Portmann. — Soir : démonstrations de méthodes d'examen et de traitement en oto-rhino-laryngologie : démonstration de trachéo-bronchoscopie. M. Portmann. Valeur séméiologique de l'exophtalmie. M. Lagrange.

Mercredi 13 juillet. — Matin : opérations de petite chirurgie en oto-rhino-laryngologie. M. Portmann. — Soir, médecine opératoire; chirurgie cosmétique et plastique de la face et du cou. M. Portmann. Les dermatoses périorificielles en oto-rhino-laryngologie. M. Petges.

Jeudi 14 juillet. — Matin : séance opératoire. M. Portmann. — Soir : médecine opératoire, ligatures de la carotide primitive; des carotides interne et externe, de la linguale, de l'occipitale. M. Portmann. L'état lymphatico-thymique. M. Dupérié.

Vendredi 15 juillet. — Matin : consultation oto-rhinologique. M. Portmann. — Soir : méthodes d'examen et de traitements spéciaux en oto-rhino-laryngologie; démonstrations d'œsophagoscopie. M. Portmann.

Samedi 16 juillet. — Matin : opérations de petite chirurgie en oto-rhino-laryngologie; consultation oto-laryngologique. M. Portmann. — Soir : médecine opératoire; trachéotomie; thyrotomie; laryngectomie. M. Portmann.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — AMÉLIORATIONS APPORTÉES AUX TRAINS DE VOYAGEURS SUR LE RÉSEAU P.-L.-M. — Parmi les améliorations qui seront apportées aux trains de voyageurs sur le réseau P.-L.-M., en vue de la prochaine saison d'été, il convient de signaler :

La mise en circulation, du 1er juillet au 30 septembre, d'un express de jour toutes classes entre Lyon et la Bretagne :

Aller : Lyon-Perrache, départ 7 h. 45; Nantes, arrivée 18 h. 42; Le Croisic, arrivée 21 h. 27.

Retour : Le Croisic, départ 6 h.; Nantes, départ 8 h. 34; Lyon-Brotteaux, arrivée 19 h. 15; Lyon-Perrache, arr. 20 h.

La mise en circulation, du 1er juillet au 30 septembre, d'un express de jour toutes classes entre Paris, Bellegarde, Evian et Chambéry avec correspondance sur Annecy :

Aller : Paris, départ 8 h. 30; Aix-les-Bains, arrivée 18 h. 13; Annecy, arrivée 20 h. 05; Chambéry, arrivée 18 h. 45; Bellegarde, arrivée 18 h. 30; Evian, arr. 21 h. 02.

Retour : Evian, départ 9 h. 35; Annecy, départ 11 h. 22; Aix-les-Bains, départ 12 h. 47; Bellegarde, départ 12 h. 20; Chambéry, départ 12 h. 18; Paris, arrivée 22 h. 05.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 23 juin. — MM. Bloch et Oberlin, 14; Richard, 18; Braine, 14.

Séance du 24 juin. — MM. Richard, 64; Braine, 62; Oberlin, 61; Bloch, 59.

Sont nommés : MM. Richard et Braine.

— Concours de l'internat. — Liste, par ordre alphabétique, des candidats autorisés à se présenter au concours de l'internat en médecine (année 1927) :

Mlle Abricossoff, MM. Adida, Advenier, Aïdan, Alavoine, Alivisatos, Allard, Amiard, Amid, André, Anglade, Antonelli, Ardin, Ardouin, Arnal, Arnaud, Arnon, Arondel, Mlle Arrighi de Casanova, MM. Arsonneau, Asselin, Attaix, Aubert, Aubin, Auclair, Audemar, Augereau, Aujay, Auzépy, Avril, Aymard, Ayrignac,

Mlle Baguette, MM. Balmelle, Baqué, Barateux, Barbara, Bardin (Ferdinand), Bardin (Pierre), Barneville, Barré, Barrier, Barthélemy, Barthes, Basset, Baudelot, Baumann, Baussan, Beauchesne, Béchet, Mlle Begaud, MM. Belêtre, Bellière, Bénaerts, Benassy, Benech, Benoist, Benzaquen, Bérard (Fernand), Bérard (Pierre), Bérardier, Béraut, Bergenstein, Mlle Berger, MM. Bernard (Paul), Bernard-Griffiths, Beuzart, Billet, Billiard, Mlle Bizou, M. Blanchard, Mlle Blanchy, MM. Blanquine, Bloch (Léon), Bogoraze, Boidot, Bolgert, Bompart (Etienne), Bonhard, Bonnet (Gabriel), Bonnet (Pierre), Bonnet (Raymond), Bons, Bonté, Boquien, Mlle Bordachar, MM. Bordier, Bosc, Bosquet, Mlle Boucabeille, MM. Boudin, Bourdial, Mlle Bourdin, MM. Boureau, Bourguignon, Boutet, Bouvier, Boyer, Brandy, Bréhier, Mlle Bresson, MM. Bretey, Briault, Bridot, Brisset, Brisard (Pierre), Brizard (André), Brulin, Bruneau, Brunet, Bruneton, Bufnoir, Butaud,

Cabrit, Mme Cachera, Mlle Cahen, MM. Caillaud, Cailleux, Caïn, Caména d'Almeida, Camus, Capandji, Carbonell, Carlotti, Casalis (Bernard), Casalis (Paul), Catalette, Mlle Cathier, MM. Catonné, Cautru, Chabrol, Chadourne, Mlle Chapiro, MM. Chapon, Chaput, Chartol, Chauveau, Chérubin, Chevalier, Cheynet, Chomet, Mlle Chuit, M. Clavel, Mlle Cligny, MM. Coen (Albert), Cofino, Cohen (Asdriel), Cohen-Bacri, Cohen-Doloro, Colin, Collart, Mlle Colombu, MM. Comar, Conso, Constantoulakis, Contiadès, Cord, Cossa, Coste, Cottet, Couallier, Courtial, Courtois, Couty, Cros, Cuvillier,

Damon, Dansaert, Dany, Mlle Danzig, MM. Darnis, Dausse, David (Jean), David (Maurice), Debon, Debuire, Decante, Defaix, Delaborde, Delaby, Delafarge, Delaporte, Deliencourt, Mlle Delon, MM. Delorme, Demirleau, Demoly, Demoulin, Deschamps, Deslandres (Jean), Deslandres (Maurice), Desormeaux, Dessirier, Devaux, Mlle Develay, MM. Douady, Douvry, Draillard, Mlle Dreyfus, MM. Drouhard, Dublineau, Dubois (Jean-Louis), Mlle Ducosté, MM. Dufet, Dufour, Dulot, Dumas, Mlle Dupont, MM. Dupuy-Dutemps, Durel (Maurice), Durel (Pierre), Durieux, Durrbach, Durrmeyer, Dutray, Duvernoy,

Elbaz, Even,

Fabre (Georges), Fabre (Jean), Mlles Fagnière, Falguière (Blanche), MM. Fau, Fauvert, Favre (François), Mlle Fayot (Marguerite), MM. Fayot (Robert), Felsenswald, Ferrand, Ferrière, Feuillastre, Fichet, Ficonetti, Fiehrer, Filliozat, Filloux, Fischbacher, Fleury, Fort, Fortin, Fournié (Francis), Frain, Franco, Fron,

Gabriel, Gadaud, Gallot, Gandy, Garnier (Jean), Gasné (André), Gasné (Pierre), Gastaud, Gaston, Gaucher, Gaudin, Mlle Gautheron, MM. Gauthier, Gavois, Gérard, Giard, Gibert (Edouard), Gibert (Théophile), Gilbrin, Mlle Gillard, MM. Ginestet (de), Giorgi, Mlle Girardeau, MM. Gloppe, Gluck (Coloman), Gluck (Léopold), Goidith, Golé, Goliger,

Gopoevich, Gorecki, Gorodiche, Gorrichon, Gourdon, Goutallier, Graffin, Grand, Grangé, Grasset, Griveaud, Grollet, Grozieux de Laguerenne, Mlle Guéry, MM. Guibé, Guichard, Guillemin, Guilloux, Guybert de la Bausserie, Guyon, Guyot (Jean),

Haïk (Henri), Haïk (Maurice), Mlle Hallard, MM. Hambourg, Hamelin (Robert), Hamon, Hayon, Hébert (Jean), Hébert (Roger), Mlle Heimann, MM. Hennion (Pierre), Henrion (Jacques), Hepp, Hermabessière, Herman (Pierre), Hermann (Pierre-Emile), Mlle Herr, MM. Hervy, Hesse (Didier), Hesse (Jean), Hirsch, Ho-Dac (Di), Hodanger, Horovitz, Mlle Houzeau (Germaine), MM. Houzeau (Pierre), Hubert, Huguenin, Huret (Gabriel), Hurez (André), Hyronimus,

Iliovici, Illaire,

Mlle Jacob, MM. Jalley, Jame, Mlle Jammet, MM. Jaudel, Jeanne (Henri), Mlle Jeannocopoulo, MM. Jehiel, Jodin, Joly, Jomain, Jonard, Joseph, Jouis, Judet, Jullien (Robert),

Katz, Mlle Kaz (Irène), MM. Klotz, Koang, Kotchoura, Kreyts, Kyriaco,

Labesse, Lacaille, Lacaze, Lachter-Pachter, Lacoste, Lacurte, Laffaille, Lafitte, Laflotte, Lançon, Mlles Landowski, Lang (Charlotte), MM. Lang (Robert), Langlois, Langre (de), Laouénan, Lapeyre, Lapiné, Laquerrière, Lardat, Lardennois, Lardier, Mlles Lassery, Lataste, MM. Laude, Lauprêtre, Laurent, Le Baron, Lebel, Lebenthal, Leblanc, Leboulanger, Mlle Lebourlier, MM. Lebovits (Joseph), Lecadre, Mlle Lecocq, M. L'Eculier, Mlle Le Dicuron, MM. Lefebvre (Marcel), Lefranc, Le Garrec, Le Guay, Lellouch, Le Loupp, Lemaire, Lemaître, Mme Le Maux, MM. Lemoine, Lepage, Lepart, Mlle Lepine, MM. Leroy (Jacques), Leroy (René), Leroy (Robert), Leven, Lévy (Emmanuel), Mlle Lévy (Françoise), M. Lévy-Klotz, Mlle L'Hoir, MM. Lieffring, Limasset, Loisel, Mlle Loriot, MM. Loup, Louvet, Lucas,

Macé de Lépinay, Maës, Mahieu, Maire (Jacques), Mlle Maire (Lucette), MM. Maison, Maksud, Maleplate, Mariau, Marie (Julien), Marie (Robert), Marion, Maroger, Martin (Charles), Martin (Jean), Martin (René-Henri), Marx, Masquet, Masselin, Masset, Masson (Pierre), Massot (Henri), Mathis, Mauric, Mlle Mayo (de), MM. Megnin, Meidinger, Meillaud, Mlle Melnier, MM. Melun, Mencière, Menjot, Mercier, Merger, Mérigot, Merle, Messimy, Meyer, Mézard, Mezger, Mialaret, Miget, Milhiet, Milleret, Mimin, Monine, Monnier, Monod, Mlle Montauzon (de), MM. Moricard, Motz, Moutard, Mme Moyse-Chrétien, MM. Moyse (Pierre),

Nadji, Naggiar, Nazarian, Néron, Nicolas, Nomblot,

Odinet, Mlles Odru, Oguse, MM. Olivier-Henry, Oppenot, Ortéga,

Palma (de), Palmer, Mlle Parent, MM. Parienté (de), Parlié, Parmentier, Patey, Patte, Paul, Pautrat, Peney, Pérachon, Périer, Perlès, Perrault, Perrin (René), Pescarolo, Petit (Louis), Petit (Pierre), Phalippou, Pichon, Mlle Pichot, MM. Picot, Piel, Pigache, Mlle Pinel, M. Piollet, Mlle Pithon, MM. Poilleux, Poinceau, Poisson, Polacco, Postel, Potiquet, Pouey, Pougin, Mlle Poulain, MM. Prat, Prost, Pruneau, Prunet, Puyaubert, Puymartin, Pyt,

Quériault, Quivy,

Rachelsberg, Racine, Raoul-Duval, Raymond, Reboul, Regaud, Reliquet, Reyt, Ribadeau Dumas, Richard, Mlle Riom, MM. Ripert, Rist, Mme Robert (Odette), MM. Robert (Paul), Robert (Paul-Romuald), Robert (Yvon), Robin, Robine, Rogès, Rollet, Mlle Ronget, MM. Roquejeoffre, Rouart, Rouher, Roulin, Rouquès, Rousseau (Gaston), Rousseau (Georges), Rousset, Roy (Louis), Royer de Véricourt, Rudaux, Rudler,

Saingery, Sallet, Salomon, Sambron, Sanz, Saraudy, Saullière, Schapiro, Schatz, Schmitt, Schwartz, Schwob, Sée, Segrestaa, Seguinot, Seidmann, Sergent (André), Sergent (Honoré), Sévin, Sidi, Sliosberg, Mlle Smirnoff, MM. Soleil, Soria (de), Souilhé, Sourice, Stérin, Stoclet, Stuhl, Sustendal.

Tabuteau, Tacquet (Maurice), Taquet (Léon), Tardif, Tavennec, Tellier, Terrenoire, Testu, Thévenard, Thiboumery, Thiery, Thoizon, Thomann, Thomas (Robert), Thorel, Tixier, Toulemonde, Tournand, Touzard, Trivas (Mme), MM. Trocmé, Trubert, Tschudnowsky, Tubiana, Turpault,

Vaissié, Mlle Valentin, MM. Vandenbosche, Van der Elst, Vannier, Vaudour, Vautrin, Verger, Mlle Versini, MM. Veslot, Vétillard, Viala (Pierre-Jean), Vialle (Pierre), Victor, Mlle Vidal, MM. Vidal-Naquet, Villechaize, Vinceneux, Voignier, Voillemin,

Wechsler, Weill (Adrien), Mlles Weill (Suzanne), Weiss, MM. Werner, Wester, Weyl, Wirz,

Zagdoun, Zhà, Zitzerman.

— La première séance aura lieu le mercredi 29 juin.

— CONCOURS DE PROSECTEUR DE L'AMPHITHÉATRE DES HÔPITAUX. — *Question de dissection prolongée.* — Séance du 22 juin. — Question donnée : « Nerf maxillaire supérieur. »

MM. Fèvre, 27; Meillière, 30; Raiga, 27; Leibovici, 28.

Question de dissection extemporanée. — Séance du 25 juin. — Question donnée : « Le creux de l'aisselle. »

MM. Meillière, 29; Leibovici, 28; Raiga, 30; Fèvre, 27.

Sont nommés : MM. Leibovici, 151; Meillière, 149.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Le Conseil de la Faculté a proposé dans sa dernière assemblée :

Pour la chaire de thérapeutique : M. le professeur agrégé Loeper.

Pour la chaire d'anatomie : M. le professeur agrégé Rouvière.

Nous sommes heureux de féliciter bien sincèrement les nouveaux élus et d'adresser nos particulières et très affectueuses félicitations à notre vieil ami Maurice Loeper.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 27 juin. — Jury : MM. Sebileau, président; Hartmann, Delbet et Couvelaire. — M. DUFIEUX. Contribution à l'étude de l'ostéoradionécrose tardive du maxillaire inférieur. — M. BONNIER. Adaptation de l'appareil de marche aux fractures ouvertes. — M. VADDER (DE). Contribution à l'étude de l'obstruction duodénale chronique par la corde mésentérique. — M. GARNIER. Etude des indications et de la technique des butées ostéoplastiques. — Mme BAC. La survie dans les ruptures de l'aorte abdominale. — M. COHEN. Des incisions du col utérin pendant l'accouchement. — M. SUREAU. L'opération césarienne suivie de l'extériorisation temporaire de l'utérus. — M. JEAN. L'obstétricie en 1925. — M. JOANNON. Thrombo-phlébite oblitérante du sinus caverneux. — M. J. CHRYSSIKOS. Quelques corrections plastiques de l'auvent nasal.


IODOGENOL
PEPIN

DES ORIENTATIONS ET DES TENDANCES
DE LA
CHIRURGIE DU SYMPATHIQUE [1]

Par René LERICHE,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

J'ai mis tout à l'heure dans une catégorie à part *les ulcères consécutifs à des lésions nerveuses.* Que faut-il en penser ?

On a opéré par sympathectomie un certain nombre d'ulcérations symptomatiques de tabes, de syringomyélie, de spina occulta. Malgré les succès dont ont parlé Kappis, Kummel, Muhsam, je pense que la sympathectomie n'a rien à faire dans ces cas. Je ferai exception pour les ulcérations consécutives aux traumatismes médullaires, parce que j'ai vu guérir et rester guérie après greffe et sympathectomie une ulcération de ce genre, au niveau de la région du tendon d'Achille. Nous sommes mieux armés contre les ulcérations consécutives à des lésions des nerfs périphériques. Je crois avoir démontré en 1920 que les accidents trophiques consécutifs à une section nerveuse tiennent à des réflexes vaso-moteurs créés par les névromes de cicatrisation du bout supérieur. Les troubles disparaissent et des ulcères guérissent temporairement si l'on sépare le névrome des tissus voisins; et, de même, si on le résèque. Le vrai traitement d'une ulcération après blessure nerveuse consiste donc à rétablir la continuité physiologique du nerf intéressé. Mais cela n'est pas toujours possible, même si la suture ou la greffe réussissent anatomiquement. Si les cylindraxes ne passent pas par le bout inférieur, s'il est resté un névrome, l'ulcération a bien des chances de récidiver. Dans ce cas, la sympathectomie paraît retarder l'échéance de la récidive et dans certains cas la recule pendant des années, au point qu'on puisse parler de guérison. J'ai fait dix-sept fois des reconstitutions nerveuses par greffe et sept fois la sympathectomie péri-artérielle dans de tels cas, après section du sciatique. J'ai eu de nombreuses récidives, mais je connais des guérisons de quatre à cinq années. Il me semble que cela seul suffit à légitimer ces essais. D'ailleurs, en dehors de cela on ne peut rien, sinon amputer, ce qui ne met pas sûrement à l'abri d'un ulcère du moignon, à moins d'amputation très haute.

Je voudrais, en outre, insister sur un point : au membre supérieur on réussit presque toujours à guérir des troubles trophiques, même quand la suture ne réussit pas. Je vous en donnerai un exemple tout à l'heure. Au membre inférieur, on ne réussit jamais si le pied n'est pas en bonne position. C'est que dans le mécanisme de production des troubles trophiques, le traumatisme, et plus spécialement le traumatisme répété, joue un grand rôle. Quand le pied est en équinisme, et surtout quand il est en varus, quand les orteils en griffes frottent le sol, le trouble trophique est fatal au niveau des points de flexion anormaux. Je suis tellement convaincu de l'importance de la position du pied dans la genèse des troubles trophiques, que, si nous nous retrouvions dans des conditions identiques à celles où nous nous sommes trouvés de 1914 à 1918, je ferais d'emblée une arthrodèse à tous les malades atteints de section du sciatique que j'aurais à opérer primitivement.

Je veux terminer ce paragraphe en vous donnant un exemple de l'utilité de la sympathectomie dans les troubles consécutifs aux sections nerveuses : Villardell a récemment publié le cas suivant : Un jeune homme se coupe accidentellement le cubital. Des troubles trophiques apparaissent. On fait une suture du nerf. La plaie opératoire guérit par première intention, les troubles trophiques guérissent en vingt jours, mais ils récidivent avec une très grande rapidité; le cinquième doigt se gangrène, puis s'élimine. Il reste sur la main une vaste ulcération torpide que l'on traite pendant huit mois de toutes sortes de façons sans succès. Rien ne réussissant, Villardell fait une sympathectomie humérale, l'ulcération guérit en vingt et un jours et depuis deux ans et demi reste guérie.

Je pense donc que la sympathectomie péri-artérielle est un excellent mode de traitement des troubles trophiques consécutifs aux sections nerveuses, mais il ne faut l'employer que là où elle peut être utile. Il est inutile de la pratiquer chez des malades dont le pied est dans une mauvaise position qui ne peut être corrigée, qui ont de vastes plaies chroniquement infectées depuis des années; les indications de la sympathectomie ne sont pas celles de l'amputation.

Des troubles consécutifs aux sections nerveuses, je rapprocherai ceux qui se voient *sur des moignons d'amputation.* Le mécanisme est le même dans les deux cas. C'est toujours le névrome du bout supérieur qui crée un trouble circulatoire; celui-ci, le traumatisme aidant, finit par amener l'ulcération trophique, c'est-à-dire un point de nécrose dermo-épidermique. Le névrome supprimé, l'ulcération guérit; s'il se reforme, elle récidive. Le cas suivant fait la démonstration expérimentale de ce rôle du névrome dans les moignons d'amputation. Je vois en décembre 1922 un homme dont le sciatique avait été coupé par un éclat d'obus en 1914 et qui avait, depuis 1915, des troubles trophiques que rien ne guérissait. En 1918, on l'avait amputé au tiers inférieur de la jambe et l'ulcération avait récidivé peu après. Il avait, en outre, des douleurs et des troubles vaso-moteurs. Au lieu de lui faire une sympathectomie ou de le réamputer, je pratiquai à l'hôpital Desgenettes de Lyon une découverte du sciatique. Je réséquai un névrome supérieur volumineux et je raccordai ce bout supérieur avec le bout inférieur déshabité, à l'aide d'une greffe morte. L'ulcération se cicatrisa très rapidement, et depuis 1922 ce malade est demeuré guéri. Cela fait actuellement cinq ans.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 50, p. 829.

Erratum. — Dans la première partie de la conférence de M. Leriche (n° 50, 22 juin 1927) il s'est glissé un certain nombre de coquilles que nos lecteurs auront eux-mêmes rectifiées.

Page 833, col. 1, à la 7e avant-dernière ligne, au lieu de greffes dermo-épidermiques, lire : greffes dermo-épidermiques du type Halsted-Davies.

Page 833, col. 2, au milieu du 3e alinéa, au lieu de Haous, lire : Jean Haour.

D'habitude, dans un moignon d'amputation, il n'y a pas de nerf à réparer, et s'il n'y a pas un gros névrome je me borne à une sympathectomie péri-artérielle. Récemment j'ai essayé une section de la chaîne lombaire pour un ulcère ayant plusieurs fois récidivé et j'ai obtenu un bon résultat. Par la sympathectomie péri-artérielle seule, j'ai vu guérir trois malades de façon stable et j'ai eu une récidive rapide. Un de mes malades a été suivi deux ans et demi après guérison. Mathey-Cornat a réuni six autres cas pour lesquels on trouve des guérisons constatées au bout d'un an et des récidives plus ou moins rapides. Aujourd'hui, où la sympathectomie est mieux connue qu'autrefois, je pense qu'il faut dans ces cas procéder de la façon suivante : dans une même séance, ablation du névrome, cautérisation électrique du bout du nerf, sympathectomie péri-artérielle et ablation de l'ulcération de façon à supprimer le sol scléreux, peu propice à la cicatrisation sur laquelle on mettra les greffes dans un second temps. J'ai opéré ainsi l'an dernier deux malades qui ont bien guéri.

Pour en terminer avec les ulcérations d'origine nerveuse, il me reste à vous dire deux mots du mal perforant plantaire. C'est une maladie de nature inconnue. Je crois qu'elle est symptomatique d'une affection nerveuse non encore manifestée. J'ai vu récemment un malade auquel Madelung avait fait une désarticulation du pied plusieurs années auparavant pour un mal perforant plantaire. L'observation portait qu'on n'avait pu déceler aucun signe de tabes. Or, ce malade qui est revenu nous trouver avec une ulcération sur son moignon, a maintenant une disparition complète de ses réflexes rotuliens et un signe d'Argyll. Le mal perforant plantaire me paraît donc justiciable, non pas d'une sympathectomie, mais d'un traitement arsénobenzolé longtemps prolongé.

2° Maladies osseuses. — Nous venons de voir sur quelles basses de physiologie pathologique il fallait établir la part de la chirurgie sympathique dans le traitement des ulcérations chroniques. C'est avec le même esprit qu'il faut aborder le traitement de certaines maladies osseuses par la sympathectomie.

A priori, connaissant les effets physiologiques de la sympathectomie, on peut penser que les interventions sympathiques doivent avoir une puissante action sur le système osseux. L'os, en effet, n'est pas ce qu'il paraît. Dans l'esprit de tout le monde, c'est le seul de nos tissus qui nous donne la notion d'éternité, puisque c'est le seul que la mort ne fasse pas disparaître. En réalité, ce que nous appelons l'os et ce qui survit à la mort n'est qu'une sorte de réserve calcique intra-tissulaire, dans laquelle l'organisme vivant puise constamment pour ses besoins. Malgré ses apparences stables, l'os se fait et se défait avec une extrême facilité. C'est par l'intermédiaire du sang que l'organisme y puise ce qui lui est nécessaire. Le tissu osseux ne se maintient intact qu'en présence d'un certain état d'équilibre circulatoire. Si le débit circulatoire diminue, sans qu'il y ait stase, l'os se densifie. S'il y a stase veineuse, il subit une profonde décalcification, puis la transformation adipeuse. Si, au contraire, la circulation devient plus active, s'il y a hyperhémie, l'os se raréfie, se ponctue de rouge en restant bien vivant.

Mais, et voici où les choses nous intéressent davantage, cette augmentation de la circulation au niveau de l'os n'atteint pas que le tissu osseux : le périoste, le tissu conjonctif voisin, eux aussi, sont, dans le même temps, hyperhémiés. Leurs fibres font retour à l'état embryonnaire. Leur trame se gonfle, s'épaissit. Or, c'est un fait que quand le tissu conjonctif est dans cet état au voisinage d'un os congestionné, tout se passe comme si les matériaux calciques pris à l'os par le sang s'y déposaient. Tout cela est encore bien mystérieux, mais ce sont là des constatations de fait sur lesquelles nous avons attiré l'attention, Policard et moi. Nous devons en retenir qu'à l'état normal, hyperhémie osseuse et raréfaction sont liées comme raréfaction osseuse et ossification endo-périostiqué.

Ceci connu, il est permis de comprendre pourquoi les opérations sympathiques et la sympathectomie périartérielle, en particulier, peuvent être indiquées dans certaines maladies osseuses. En somme, elles déclanchent tout justement les états circulatoires qui favorisent la réparation osseuse. Expérimentalement, la sympathectomie périartérielle fait tout d'abord raréfier l'os. Cela est très visible sur certaines radioscopies. Secondement elle accélère la formation du cal au niveau d'une fracture produite en vue de l'étude. Fontaine, dans mon laboratoire, l'a constaté, comme Uffreduzzi, Palma, Meirano, Stropeni. Quinze jours environ après une ostéotomie du tibia chez le chien, auquel Fontaine avait fait immédiatement après la fracture une sympathectomie périartérielle, l'os était solide alors que du côté opposé, pris comme témoin et non sympathectomisé, le cal n'avait pas encore commencé d'apparaître. Chez l'homme, il en est ainsi. Je l'ai noté avec une extrême netteté dans un cas de fracture des os de l'avant-bras. Gaudier a fait la même remarque tout récemment à propos de fractures de jambe récentes. Dans les *retards de consolidation*, Kappis, Wertheimer, Roubachef ont vu aussi une activation favorable. Stropeni, dans trois cas de retard de consolidation, a obtenu trois guérisons très rapides. Hugo Grove a cité un fait du même ordre. J'ai moi-même, dans sept cas de retard de consolidation ou de pseudarthrose, obtenu quatre fois une guérison très rapide.

Cela ne veut pas dire que la sympathectomie doive devenir le mode normal de traitement des pseudarthroses. Celles-ci sont toujours justiciables en premier lieu d'une intervention directe sur le foyer, d'une ostéosynthèse ou d'une greffe. Mais, quand ces méthodes ont échoué, quand la consolidation ne se fait pas, la sympathectomie doit être essayée, parce qu'elle peut rapidement provoquer la formation d'un cal. Je ne suis pas loin de penser qu'il y aurait avantage à l'employer systématiquement dans certains cas au moment même où l'on fait une ostéosynthèse ou la greffe, afin de favoriser la consolidation.

C'est dans le même esprit qu'il faut utiliser les opérations sympathiques dans les *ostéoporoses traumatiques*, bien qu'il y ait là quelque chose de paradoxal. Ces cas ne sont pas rares, mais ils sont fréquemment méconnus. Ces ostéoporoses sont

consécutives à des heurts sans fracture, plus spécialement au niveau du carpe ou du tarse. L'accident a eu peu d'importance, quisqu'il n'y a eu ni plaie, ni fracture. Et voici qu'au bout de quelques jours apparaissent des douleurs de plus en plus vives lors des mouvements et à la pression. Au premier abord, il n'y a rien d'objectif et facilement on traite ces malades d'exagérateurs ou de simulateurs. Mais si on les radiographie au bout d'un à deux mois, on est frappé de découvrir sur les os une décalcification étendue, remontant parfois très loin et dépassant de beaucoup la zone traumatisée. Faites alors déshabiller complètement votre malade. Regardez comparativement le côté droit et le côté gauche. Nous serez frappé de constater une atrophie musculaire notable, diffuse elle aussi, atteignant par exemple la cuisse, la fesse et même le dos pour un traumatisme du tiers inférieur de la jambe. Faites l'oscillométrie et vous constaterez un grand écart entre la maxima et la minima et un indice oscillométrique élevé. Que s'est-il passé? J'imagine que le traumatisme a violemment retenti sur les terminaisons nerveuses périphériques et a provoqué une forte réaction vaso-dilatatrice qui n'a pas cédé. Sous l'effet de ce trouble vaso-moteur persistant, les muscles ont fondu et les os se sont raréfiés. L'immobilisation est alors néfaste et le massage insupportable. Si on abandonne les choses à elles-mêmes, la main se fige, le pied se rétracte et une infirmité définitive s'installe. Dans ces cas, les opérations sympathiques font merveille : sympathectomie périartérielle si le trouble est très périphérique, localisé à la main ou au pied et peu ancien, ramisection s'il est diffus. Je n'en citerai que deux exemples.

Dans les premiers mois de mon arrivée à Strasbourg, on me montra un jeune homme de vingt ans, immobilisé dans un plâtre depuis trois mois avec le diagnostic d'arthrite tuberculeuse du poignet. Tout était douloureux, trop douloureux pour une tuberculose et le poignet était sec, sans fongosités, sans le moindre œdème. Tout avait commencé quatre mois auparavant par un choc violent sur le poignet. L'impotence avait été progressive et les douleurs rapidement vives. Je demandai des radiographies. Tout était décalcifié au niveau du carpe, du radius et du cubitus et des métacarpiens. Il n'en est pas ainsi dans une tuberculose de quatre mois. Je fis une sympathectomie péri-artérielle et le malade fut au bout de huit jours renvoyé chez lui avec une attelle plâtrée de soutien. Il revint un mois après, ayant spontanément supprimé son plâtre, ne souffrant plus du tout et ayant récupéré déjà une notable partie de ses mouvements. Au bout de deux mois la radiographie montra une récalcification osseuse presque complète. Un mois plus tard, ce jeune homme partait pour faire son service dans les équipages de la flotte et il l'a fait intégralement dans l'année qui suivit, sans avoir un jour de maladie.

Autre exemple : un Polonais de quarante-cinq ans, travaillant dans une usine, reçoit en novembre 1925 un choc violent sur le pied gauche. On fait le diagnostic de fracture probable du calcanéum, et on immobilise quelque temps au lit. En 1926, à deux reprises, il essaye de reprendre son travail, mais il ne peut y parvenir. Les douleurs sont violentes dans le pied et dans la jambe. Les articulations tibio-tarsienne et sous-astragalienne sont bloquées par la douleur. Dix mois après l'accident, le malade est toujours couché. Au hasard, on essaie une sympathectomie péri-artérielle. Le résultat est nul et c'est alors qu'on m'adresse le malade. Je constate un état douloureux intense de tout le membre inférieur. Le moindre effleurement au-dessous du genou arrache des plaintes, presque des cris. Aucun mouvement du pied n'est possible. La jambe et le pied sont cyanotiques. Il y a une atrophie notable du pied, de la jambe, de la cuisse, de la fesse et du dos. La radiographie montre une décalcification étendue du pied et du tiers inférieur de la jambe. Le 22 novembre 1926, je fais une ramisection lombaire. Dès le soir, la douleur a disparu, le membre est chaud, très chaud; il a 3 degrés de plus que de l'autre côté et n'a plus de cyanose. Tous les mouvements sont possibles. Seize jours plus tard, le malade se lève pour la première fois depuis huit mois. Il s'appuie sur le pied sans souffrir. L'état s'améliore progressivement, l'os se récalcifie et fin mars 1927, le malade part guéri en Pologne, ne gardant qu'un peu d'œdème en voie de régression. Je le répète, ces cas ne sont pas rares. Il est bon de les connaître et de les étudier avec soin, parce qu'ils ouvrent des champs nouveaux à la thérapeutique. Dans ce domaine l'analyse de la physiologie pathologique des accidents a donc encore conduit à une thérapeutique sympathique efficace.

Dernière question : *Faut-il faire entrer dans la chirurgie du sympathique la tuberculose ostéo-articulaire?* A priori, cette idée de Gundermann n'est pas illogique. Les sympathectomies sont un moyen puissant d'hyperhémie active. Leur action est de même sens que celle de l'héliothérapie. De ce fait, on peut donc théoriquement en espérer quelque chose. Mais, pratiquement, je crois que dans la tuberculose ostéo-articulaire (mis à part la question de terrain), tout est dominé par la notion de la destruction osseuse et de son remplacement par une substance caséifiée qui fait que du moins chez l'adulte, les conditions de la réparation conjonctive sont très difficiles à réaliser, et qu'une simple hyperhémie passagère n'y peut réussir. Aussi, à mon avis, la sympathectomie péri-artérielle ne peut-elle être qu'un faible adjuvant des autres modes de traitement et, par suite, ses indications ne peuvent être qu'exceptionnelles. J'ai essayé la sympathectomie péri-artérielle dans sept cas. Elle ne m'a paru utile qu'au poignet et au tarse, quand il s'agissait de lésions peu évolutives et peu suppurées. Au niveau du genou elle est sans action. S'il y a des abcès froids, elle semble leur donner un coup de fouet, elle aggrave donc l'évolution. Nulle part elle ne peut permettre de se passer de l'immobilisation, du soleil ou de la résection. Mais, dans les cas que l'on est obligé d'opérer, si on l'associe à l'évidement osseux et à la résection typique, elle a une très heureuse action ; elle accélère la réparation conjonctive, et facilite la guérison anatomique et fonctionnelle. Je l'ai employée après résection du poignet et de

l'astragale. Je crois qu'elle a abrégé la durée du traitement.

J'en ai fini avec les exemples qui m'ont paru illustrer le mieux ce que je vous disais en commençant des tendances et de l'orientation de la chirurgie du sympathique.

Méthode physiologique puissante, elle a trouvé sa voie le jour où elle s'est associée à l'étude des mécanismes pathologiques et des processus de guérison. C'est pour cela qu'il faut lui faire confiance et qu'on peut en attendre encore plus dans l'avenir qu'elle n'a donné jusqu'aujourd'hui.

ACTUALITÉS

L'ADRÉNALINE

(PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES)

L'adrénaline est un principe actif que presque simultanément en 1900, Takamine et Aldrich réussirent à extraire de la médullaire surrénale et dont ils donnèrent la formule globale. Furth, Jowet puis Pauly en 1903 réussirent à en établir la formule développée. Les difficultés de préparation de cette substance dont on n'obtient une quantité appréciable qu'en traitant une masse énorme de tissu surrénal firent rechercher une préparation par synthèse. On y réussit en partant de la pyrocatéchine.

Propriétés physiques et chimiques. — On prépare par synthèse une adrénaline racémique, une adrénaline dextrogyre et une lévogyre; cette dernière est vingt fois plus active que la dextrogyre et est la plus proche de l'adrénaline extractive.

La formule développée qui peut s'écrire

$$(OH)^2\text{-}C^6H^3\text{-}CHOH\text{-}CH^2\text{-}NHCH^3 \text{ (Aldrich)}$$

est constituée par un noyau aromatique à deux groupements phénoliques en position ortho (1, 2) : pyrocatéchine auquel se fixe une chaîne latérale éthanol-méthylamine.

C'est au noyau aromatique que, pour Tiffeneau seraient attachées les propriétés vasoconstrictrices, propriétés que renforceraient les groupements phénoliques.

L'adrénaline est une poudre d'un blanc grisâtre, formée de fins cristaux sphériques ou prismatiques, d'une saveur légèrement amère et engourdissant la langue.

Elle ne se dissout guère dans l'eau qu'à chaud et cristallise par refroidissement. Elle est soluble dans l'alcool, dans les acides étendus avec qui elle donne des sels. Le chlorhydrate est l'habituelle forme d'emploi thérapeutique.

Elle est insoluble dans les autres solvants habituels et donne en présence de perchlorure de fer une coloration vert émeraude qui sert à la caractériser, coloration qui vire au jaune par l'acide chlorhydrique, au rouge par les alcalins et l'ébullition.

Les solutions d'adrénaline exposées à l'air prennent une coloration rose par formation d'oxyadrénaline qui est d'autant plus abondante que la réaction acide fait défaut.

Malgré cette instabilité, les solutions aqueuses d'adrénaline peuvent sans décomposition être stérilisées par ébullition.

Propriétés physiologiques. — Indépendamment de son action concomitante sur d'autres organes et appareils exercée de façon directe, l'adrénaline porte surtout son action sur le système nerveux végétatif; c'est avant tout un *excitant du grand sympathique*; son action se fait également sentir, mais avec moins de puissance sur le système vague.

Action sur la circulation. — L'administration d'adrénaline *modifie le sang :* le *nombre des hématies augmente*, peut-être du fait de la vaso-constriction puis il s'abaisse au-dessous de la normale qu'il rejoint enfin; toutes ces modifications sont passagères; l'hémoglobine suit une courbe parallèle; le nombre des hématoblastes augmente; à aucun moment on ne trouve d'hématies nucléées. On note aussi une *hyperleucocytose*, peut-être proportionnelle à la gravité de l'atteinte des capsules surrénales, constituée d'abord par des polynucléaires puis par des mononucléaires, finalement par des éosinophiles.

La coagulabilité du sang est augmentée.

Dans le sérum : on note l'*hyperglycémie,* d'un mécanisme discuté mais souvent due semble-t-il à l'insuffisance glycolytique des tissus; il y a donc antagonisme entre l'adrénaline et l'extrait pancréatique.

L'atropinisation ou la vagotomie double suppriment la glycosurie qui est l'habituelle conséquence de l'administration d'adrénaline; on peut donc au moins en partie la rattacher à l'action du pneumogastrique.

Action sur le cœur. — L'action sur le cœur s'exerce par le sympathique, peut-être aussi par l'intermédiaire du vague; elle s'exerce cependant aussi de façon directe sur le cœur puisqu'on la constate sur le cœur isolé.

Le cœur est d'*abord ralenti puis accéléré*; les *systoles sont renforcées,* on constate parfois des extrasystoles et un rythme alternant. Cependant dans les cas de blocage du cœur, Routier, et aussi Danielopolu et Danulescu ont vu le blocage disparaître.

Les dimensions du cœur normal ne changent pas; on voit, au contraire, à l'examen radiologique, le cœur des mitraux ou des aortiques se dilater. De grosses doses d'adrénaline répétées donnent des hémorragies myocardiques et provoquent des épanchements péricardiques, parfois de l'œdème pulmonaire.

Grande circulation. — Tension artérielle. — L'adrénaline produit une *vasoconstriction énergique* qui est son effet cardinal d'où résulte une *hypertension* plus ou moins prolongée qui suit en général de l'*hypotension secondaire*; pour certains auteurs, cette hypertension existerait d'emblée. Il semble qu'il faille, en réalité, faire intervenir des facteurs accessoires : état thermique du malade : l'adrénaline est hypotensive chez les malades fébriles; fraîcheur de la préparation médicamenteuse : la vieille adrénaline est hypotensive.

Il ne semble pas, d'ailleurs, que les effets hypertenseurs du médicament dépendent de la seule vasoconstriction.

L'adrénaline est un constricteur des petits vaisseaux.

Action sur la circulation coronaire et la petite circulation. — Vis-à-vis des coronaires, l'adrénaline semble posséder des propriétés vasodilatatrices.

Vis-à-vis de la circulation pulmonaire, le désaccord règne entre les auteurs; d'après les recherches de J.-P. Langlois et Desbouis, l'*action semble varier suivant la dose* : vasodilatation pour des doses faibles, vasoconstriction plus intense encore que dans la grande circulation pour des doses fortes.

Action sur l'appareil respiratoire. — Certains auteurs ont signalé l'accélération respiratoire parallèle à l'accélération cardiaque. Langlois, Garrelon et Rey ont étudié les effets de l'adrénaline chez l'animal chloralosé; l'administration d'adrénaline produit une apnée prolongée; si lorsqu'elle a cessé, on renouvelle l'injection, l'apnée se reproduit mais plus brève et s'abrège à chaque injection renouvelée jusqu'à s'annuler.

Après section du pneumogastrique, l'adrénaline provoque l'augmentation d'amplitude des mouvements respiratoires.

L'adrénaline possède une *action bronchodilatatrice* par action sur les muscles de Reisessen.

L'action sur les échanges respiratoires semble varier selon le mode d'administration du médicament; ils sont augmentés par l'injection et diminués par l'ingestion.

Action sur le système nerveux. — L'adrénaline semble posséder une *action générale dépressive* sur le système cérébromédullaire; l'injection intraveineuse produit chez l'animal de l'abattement, l'excitation préanesthésique diminue; Mathieu a noté également la diminution de l'excitabilité du pneumogastrique cardiaque.

Action sur le tissu musculaire libre. — Sur la musculature de l'appareil gastro-intestinal, l'action de l'adrénaline est diversement interprétée selon les auteurs; il semble cependant que les doses très faibles produisent de l'inhibition et les doses plus fortes de l'excitation. Elles provoquent la contraction des muscles de la vessie et de l'utérus et celle des muscles horripilateurs.

L'adrénaline est un mydriatique dont l'action disparaît par section du sympathique.

Action sur la nutrition générale et sur les sécrétions. — Le mécanisme en est encore obscur; néanmoins on constate une *action antitoxique générale*, une *action empêchante sur les phénomènes de choc* et *sur les phénomènes de fatigue musculaire*.

Les effets de l'adrénaline sont mal connus en ce qui concerne la sécrétion salivaire, la sécrétion biliaire et la sécrétion pancréatique; elle augmente la leucopédèse gastrique. Sur la surrénale, les effets varient avec les doses : *stimulation par les petites doses, suppléance par les fortes doses*, mais il faut se garder d'oublier que cette suppléance n'est jamais que *partielle*.

Mode d'action. Elimination. — L'un et l'autre sont mal connus.

L'origine de l'adrénaline paraît être dans la couche médullaire de la surrénale, mais les travaux de Gley et de Quinquaud donnent à penser qu'elle n'en est pas un produit de sécrétion bien que la teneur en adrénaline du parenchyme augmente lorsqu'on excite les fibres sympathiques. Peut-être, est-elle une hormone, peut-être un produit de désintégration. En dépit des données classiques, ces auteurs n'ont pu mettre en évidence aucune adrénalinémie physiologique.

Ceci ne fait que rendre plus obscur son mode d'action qui varie peut-être suivant la voie d'administration en qualité aussi bien qu'en intensité.

Les seules notions, actuellement précises, sont que l'adrénaline, quel que soit le mode d'administration, est toujours très toxique. Elle l'est moyennement par voie buccale bien que ni le suc gastrique, ni le suc pancréatique ne semblent la modifier.

Le foie possède, au contraire, sur elle un pouvoir d'arrêt et de destruction intenses et agit probablement par oxydation.

L'injection intraveineuse et aussi l'injection sous-cutanée laissent à l'adrénaline toute sa puissance et toute sa brutalité.

La voie rectale la modère moins que la voie buccale, mais plus que la voie sous-cutanée, sans doute parce qu'une partie de l'adrénaline, résorbée par la circulation hémorroïdale, échappe à l'action du foie.

Quoi qu'il en soit, l'adrénaline parvenue dans le milieu sanguin ne semble y subsister en nature qu'un temps extrêmement bref; elle est probablement, même hors du parenchyme hépatique, l'objet d'une oxydation dont nous ignorons les derniers termes.

Il est donc actuellement impossible de dire quelles sont sa forme et sa voie d'élimination.

Malgré le nombre et l'importance des recherches qui lui ont été consacrées, en ces dernières années, l'adrénaline est donc encore mal connue.

L'empirisme raisonné en a montré cependant les nombreuses applications qui en font un des plus précieux agents de la thérapeutique moderne.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 7 MAI 1927)

Immunisation expérimentale par la voie digestive contre le bacille paratyphique B. — M. Ph. Lesbre démontre la possibilité de vacciner le lapin par la voie digestive, et sans adjonction de bile, contre le bacille paratyphique B au moyen d'un antigène formolé mécaniquement concentré en endotoxines actives.

De l'immunisation antidiphtérique par voie nasale chez l'enfant. — MM. Lesné, Marquézy, Lemaire et Monmi-

GNANT ont étudié depuis décembre 1926, chez 124 enfants, la vaccination préventive contre la diphtérie, par les instillations nasales d'anatoxine de Ramon. Ils ont apprécié l'immunité par l'épreuve de la réaction de Shick. Ils ont pratiqué des instillations de III à IV gouttes dans chaque narine pendant huit jours consécutifs avec reprise pendant huit jours après huit jours de repos. Chez d'autres les instillations ont été faites tous les trois ou quatre jours jusqu'à extinction de la réaction de Shick.

Au bout de 20 jours, 11,2 p. 100 ont un Shick négatif,

—	30	42,7 p. 100	—
—	40	37 p. 100	—

La réaction de Shick devient donc négative après quarante jours dans plus de 90 p. 100 des cas, et après soixante jours dans 98 p. 100 des cas.

Il apparaît donc que l'anatoxine diphtérique peut être absorbée par la muqueuse nasale et que la vaccination par cette voie peut être envisagée. L'immunisation, par voie nasale, nécessite une durée exactement semblable à celle de la voie sous-cutanée. Il n'a jamais été noté le moindre incident au cours de ces expériences.

Ces résultats sont encore trop récents et trop peu nombreux pour préconiser pour le moment au moins, dans la pratique de la vaccination antidiphtérique, la voie nasale au lieu de la voie sous-cutanée. Leur intérêt semble avant tout d'ordre doctrinal et confirme la théorie de l'immunité acquise par les porteurs de germes en dehors de toute manifestation morbide.

Action de l'aldéhyde formique sur le cœur et la pression sanguine. — MM. Olympia VECCHIU et J. GAUTRELET, par une série d'expériences sur le chien, démontrent qu'avant tout le formol injecté dans les veines à doses physiologiques provoque le ralentissement et l'augmentation de l'amplitude du cœur par excitation du pneumogastrique à point de départ bulbaire. La baisse de pression trouve là également pour une grande part son origine. Il résulte aussi notamment de la diminution de la durée de la chute de tension après section sous-bulbaire de la moelle que les centres vaso-moteurs interviennent dans le mécanisme de l'hypotension due au formol; mais étant donné que même après section des pneumogastriques, section sous-bulbaire de la moelle et destruction des centres vaso-moteurs médullaires, on observe encore une chute de pression, il convient sans aucun doute de reconnaître à l'hypotension due au formol également une origine périphérique.

MM. LEMATTE, G. BOINOT, E. KAHANE ont étudié sur la farine de lentilles **divers procédés de dosage du soufre**.

Ils ont constaté que la méthode de A. Balland, par digestion dans une solution de carbonate de soude, évaporation puis calcination ne fixait que 20 à 40 p. 100 du soufre présent.

L'emploi de l'acide nitrique ordinaire (Dté = 1,32) occasionne des pertes pouvant dépasser 50 p. 100.

Enfin, ils ont obtenu d'excellents résultats par l'emploi d'un mélange d'acide perchlorique et d'acide nitrique fumant (Dté = 1,49) qui offre de plus l'avantage de la commodité et de la rapidité.

M. S. ZLATOGOROFF a communiqué des réeultats des travaux de l'Institut bactériologique à Kharkoff (Zlatogoroff et ses collaborateurs, Kudrjavtzewa et Palante). Dans une première communication, l'auteur a exposé ses **expériences sur la filtrabilité du streptocoque**. Il a répété les expériences du docteur Ramsine et il n'a pu confirmer les résultats obtenus par ce dernier à savoir que la toxine de Dick contient des formes filtrantes de streptocoque. L'auteur arrive aux conclusions suivantes : 1. il faut conserver à l'étuve le filtrat de contrôle (les cultures de choléra des poules) au moins sept à huit jours; 2. les souris blanches contenant, à l'état normal, des streptocoques comme « les microbes de sortie », ne peuvent pas servir d'animaux d'expérience pour déceler la présence des streptocoques.

Dans une autre communication, le professeur Zlatogoroff a présenté les **résultats de ses travaux sur l'étiologie de la scarlatine.** L'auteur a démontré que les filtrats des matériaux scarlatineux, dépourvus de toxine et de résidus streptococciques donnent dans les expériences sur les singes et sur les lapins un ensemble de symptômes cliniques, sérologiques et anatomo-pathologiques ressemblant à la scarlatine. L'auteur s'est proposé d'obtenir ce virus filtrant en culture pure et dans ce but, il s'est servi du milieu liquide Tarozzi-Noguchi. Il a pu constater la formation de granulations dans les conditions d'anaérobiose stricte. Ces granulations sont de deux catégories : les unes inhérentes au milieu et provenant de l'analyse des particules d'organes, les autres formant des diplocoques extrêmement petits de 0,05 à 0,1 µ : ces derniers ne se rencontrent qu'à l'endroit ensemencé et permettent de faire jusqu'à onze repiquages.

Les granulations « indifférentes » ont sans doute induit en erreur certains observateurs qui les considèrent comme des microbes. « Les diplocoques », qui ont été signalés par di Cristina, Caronia et Sindoni, sont des corpuscules vivants. L'auteur a pu constater que les corpuscules modifient la réaction du milieu. Le pH passe de 7,5 à 6,2. Ils ne peuvent être réensemencés après chauffage à 60°. Enfin, le milieu avec les corpuscules reproduit chez le lapin le tableau typique de la scarlatine expérimentale. Ces corpuscules ne se rencontrent ni dans le sang normal ni après ensemencement de produits non scarlatineux.

— Société de biologie de Marseille (séance du 26 avril 1927) :

Sur quelques huiles d'insectes. — M. Jean TIMON-DAVID.

Les épiploïtes envisagées au point de vue anatomo-clinique. — MM. J. SILHOL et ROUSLACROIX.

Signification de la réaction iodophile du protoplasma et de quelques autres constituants des tissus. — M. Marc ROMIEU montre que la coloration par l'iode des graisses, de la myéline, des hématies des mammifères, jusqu'ici inexpliquée, et d'un grand nombre de cellules où elle avait fait conclure à la présence du glycogène, doit être attribuée à l'affinité des lécithines pour l'iode qu'il a reconnue et signalée sous le nom de réaction iodophile des lécithines. Cette réaction, voisine par sa teinte de la réaction de Cl. Bernard a été fréquemment confondue avec elle. L'auteur indique les caractères différentiels qui permettent de distinguer les deux réactions et d'éviter ainsi de graves causes d'erreur en histochimie.

Méthode de détection histochimique des lécithines. — M. ROMIEU. Dans cette note l'auteur indique la technique à suivre pour appliquer à la détection histochimique des lécithines la réaction de l'iode qu'il a signalée et qui lui a permis d'étudier la répartition et la localisation de la lécithine dans un grand nombre d'organes ou de tissus avec plus de sûreté et de facilité que par la méthode de l'acide osmique ou du bleu de Nil.

(SÉANCE DU 14 MAI 1927)

Du temps de résorption de la boule d'œdème intradermique dans les troubles locaux de la circulation (artérites oblitérantes des membres, syndrome de Raynaud, troubles vaso-moteurs). — MM. Jean HEITZ et VIOLLE ont étudié le test d'Aldrich et Mc Clure dans différents troubles de la circulation artérielle locale.

Ils ont pu confirmer le fait, récemment signalé dans deux mémoires américains, que le temps de résorption est très raccourci dans les membres affectés de lésions artérielles.

Sur dix malades chez qui les oscillations étaient très dimi-

nuées ou abolies aux membres inférieurs, neuf présentaient un temps de résorption très court par rapport à celui existant aux membres supérieurs.

Dans un cas d'anasarque où les oscillations n'étaient abolies qu'à un des membres inférieurs, le temps de résorption se montrait également raccourci aux deux membres, fait en rapport avec la présence de l'œdème : en pareil cas, le test est inutilisable.

Dans trois cas de syndrome de Raynaud, le temps de résorption n'était raccourci qu'au voisinage de l'ulcération.

Dans les troubles vaso-moteurs purs (où les oscillations reprenaient leur amplitude par l'épreuve du bain chaud), la durée de la résorption restait tout à fait normale.

Il apparaît donc que la recherche du temps de résorption mérite de garder, à côté de l'oscillométrie, une place dans l'étude des troubles de la circulation des membres. Elle est particulièrement précieuse lorsque des troubles sont limités aux réseaux artériolaires de l'extrémité.

Influence des matières minérales sur le métabolisme des hydrates de carbone dans le diabète sucré. — MM. Léon Blum et E. Aubel rappellent leurs recherches publiées en 1921 dans lesquelles ils n'ont constaté aucune action de fortes doses de bicarbonate de soude ou de potassium, de chlorure de calcium sur la glycémie et la glycosurie chez des diabétiques soumis à un régime constant.

Influence des toxiques sur la vitesse de sédimentation des globules rouges. — MM. H. Claude, Lévy-Valensi, A. Lamache et Daussy ont étudié l'action des toxiques sur la sédimentation des globules rouges.

D'une façon habituelle, chez l'animal, l'injection sous-cutanée de toxiques divers (morphine, gardénal, somnifène), accélère notablement la vitesse de sédimentation.

En clinique, dans deux cas d'intoxication aiguë par le véronal et par l'alcool, ils ont retrouvé l'accélération de la vitesse de sédimentation qui redevenait normale, lors de la guérison.

Les auteurs suggèrent que cette méthode serait susceptible de servir comme test de guérison humorale.

L'action préventive de l'anatoxine diphtérique vis-à-vis de l'infection diphtérique par la trachée chez l'animal d'expérience. — M. Nechtchadimenko montre le grand avantage de l'anatoxine diphtérique qui donne chez le lapin, une immunisation active beaucoup plus solide que le mélange toxine-antitoxine.

Modèle schématique reproduisant les conditions physiques de l'excitation électrique chez l'homme. — MM. André Strohl et Henri Desgrez décrivent un modèle constitué par des condensateurs et des résistances associés en série et en dérivation qui réalise approximativement les phénomènes d'excitation électrique à travers le corps humain. Ils ont ainsi pu préciser le mécanisme d'excitation par les courants de dépolarisation et vérifié que l'effet de capacité produit une diminution apparente de la chronaxie que l'on peut faire disparaître par l'emploi de lampes à deux électrodes.

Modifications des paramètres de l'excitabilité des zones motrices de l'écorce cérébrale sous l'influence du chloroforme. — M. et Mme A. Chauchard montrent que l'anesthésie chloroformique entraîne dans l'excitabilité de la substance grise et de la substance blanche du cerveau des modifications qui consistent en une augmentation de la rhéobase et de la chronaxie allant, pour l'écorce, jusqu'à l'inexcitabilité. Quand on cesse l'anesthésie, l'état normal est long à se rétablir.

L'usage du chloroforme est donc contre-indiqué dans les recherches quantitatives sur le cerveau.

Sur les excitations par des courants progressifs dans lesquels on introduit des lacunes. — M. Miguel Ozorio de Almeida, M. et Mme A. Chauchard ont constaté que l'introduction de lacunes dans le courant progressif permet d'arriver au seuil avec des pentes très inférieures à la pente limite du courant progressif continu. On obtient des excitations de fermeture et des excitations d'ouverture. Dans certains cas on peut avoir une excitation avec une intensité légèrement audessous de l'intensité rhéobasique.

Pourcentage des groupes sanguins chez le nourrisson. Comparaison avec le groupe sanguin de la mère. — MM. Robert Debré et Maurice Hamburger apportent une statistique montrant que la distribution des groupes sanguins du nourrisson est analogue à celle de l'adulte par la prédominance des groupes IV et II (Moss) et la rareté du groupe I. Cette statistique diffère de celle qui a été établie pour les mères, car le nourrisson n'est pas obligatoirement du groupe maternel. Pour expliquer ces différences, les auteurs font jouer un rôle au caractère récessif que présentent parfois les agglutinogènes (loi de Mendel), ainsi qu'à l'influence paternelle dans l'hérédité du groupe sanguin.

Les groupes fœto-maternels se montrent identiques dans 60 p. 100 des cas étudiés, il existe donc, quant à la transfusion du sang de la mère à l'enfant une incompatibilité apparente 40 fois sur 100. Les auteurs insistent sur l'incompatibilité biologique qu'ils distinguent de la précédente : la non concordance des groupes n'indique pas, en effet, l'incompatibilité réelle, car il existe des cas où les globules rouges maternels appartenant à un certain groupe ne risquent pas d'être lysés par le plasma de l'enfant dont le groupe est différent.

En tenant compte de ces éventualités, les auteurs sont amenés à rétablir qu'il n'y avait incompatibilité biologique que dans 24 p. des cas étudiés.

Ces résultats confirment la règle qui veut qu'une étude préalable de l'isoaglutination soit pratiquée avant toute transfusion de la mère à l'enfant.

Localisation précoce de l'érythème morbilleux dans la zone cutanée où a été pratiquée une intradermo-réaction de Dick. — MM. Robert Debré, Henri Bonnet et Maurice Lamy ont observé à plusieurs reprises, au début de l'apparition de l'exanthème morbilleux, une sorte de réapparition d'une réaction de Dick, faite quelques jours auparavant, et qui avait été positive. Ce phénomène n'apparaît que chez les sujets chez lesquels la réaction, faite antérieurieurement, a donné un résultat positif. Les auteurs notent qu'il ne s'agit pas en l'espèce, d'une tache érythémateuse uniforme, comme dans la classique réaction de Dick, mais plutôt d'une zone non homogène, paraissant formée de macules plus ou moins confluentes très analogues à l'exanthème morbilleux lui-même. Ils pensent, tout en discutant l'hypothèse d'une réapparition de réaction de Dick, qu'il s'agit d'une localisation précoce et élective de l'exanthème morbilleux sur un point des téguments précédemment irrité. Ce phénomène est à rapprocher de celui qui a été signalé déjà concernant l'apparition précoce de l'éruption morbilleuse sur des téguments soumis à l'héliothérapie ou à d'autres causes d'irritation locale (Woringer, Godlewski).

Influence de la réaction du milieu sur la sensibilité de la recherche de la tyrosinase. — M. L.-H. Dejust. I. Pour rechercher une tyrosinase *avec le maximum de sensibilité*, il convient de se mettre dans un milieu de réaction très exactement déterminée.

II. Cette réaction varie avec l'origine de la tyrosinase. On sait depuis longtemps qu'il en est de même pour la thermostabilité de ce ferment.

III. Lorsqu'on recherche une tyrosinase nouvelle, il importe de pratiquer cette recherche dans une série de milieux de réactions échelonnées.

Cette notion de l'étroitesse et de la spécificité de la zone sensible semble avoir échappé à ceux qui tentèrent de déceler la présence de la tyrosinase dans les tissus animaux, la peau, en particulier.

Rien ne permet, cependant, de préjuger qu'elle conduira à un résultat positif.

Réaction séro-intestinale et équilibre nerveux végétatif. — MM. J. Gautrelet et D. Kalomiris. Il existe un certain parallélisme entre l'état vagotonique d'un sujet et l'hypertonie intestinale provoquée par son sérum sur l'intestin et inversement entre l'état sympathicotonique du sujet et l'hypotonie ou l'absence de réaction de l'intestin vis-à-vis du sérum. Les recherches ont porté sur 26 malades les plus divers et semblent traduire dans le sang, suivant le cas, la présence de substances vago ou sympathomimétiques. Elles rendent, sans doute, compte des divergences des auteurs quant à la présence de l'adrénaline dans le sang.

Sur la culture du bacille acido-résistant de Johne. — M. A. Boquet montre que le bacille acido-résistant de Johne se développe bien dans le milieu de Sauton à l'asparagine additionné d'extraits de bacilles de la fléole. Ces extraits bacillaires sont indispensables à la culture du bacille de Johne (Tivort et Ingram), mais ils peuvent être remplacés par les lipoïdes du bacille de Koch solubles dans l'acétone et, dans une certaine mesure, par des gommes bactériennes et le lactate de fer.

Elimination du cobalt par le rein chez l'homme. — M. J.-M. Le Goff, après avoir injecté chez deux sujets 24 milligrammes de chlorure de cobalt, a recueilli l'urine pendant les seize heures qui suivirent cette opération et y a dosé le cobalt, soit par électrolyse, soit par pesée à l'état de cobaltinitrite de potassium.

LIVRES NOUVEAUX

L'année médicale pratique (1), publiée sous la direction de C. Lian, agrégé, médecin des hôpitaux. — Préface du professeur Sergent.

L'*Année médicale pratique* est devenue l'auxiliaire indispensable de la plupart des médecins qui se demandent maintenant comment ils pouvaient arriver à se passer de ce petit volume annuel.

En effet, qu'on soit un maître ou un praticien, il est impossible de se souvenir exactement dans quel journal et dans quel numéro on a trouvé telle ou telle donnée nouvelle de diagnostic ou de traitement. Ou encore, on a lu sur un même sujet plusieurs articles confus ou contradictoires, et l'on ne sait que conclure.

Quel plaisir de penser qu'il suffit d'ouvrir son petit volume de l'*Année médicale pratique* pour trouver, par ordre alphabétique sur chaque maladie, appendicite, artérites, asthme, etc., etc., les notions nouvelles de l'année exposées en une ou deux pages par un spécialiste compétent.

Ne pas avoir sur son bureau l'*Année médicale pratique*, c'est se résigner ou bien à perdre son temps à fouiller des piles de journaux, ou bien à s'enliser dans des notions médicales périmées.

L. G.

(1) Sixième année, 1 vol. in-16, 258 pages, 16 fig. Prix : 24 fr. Paris, Lépine, 3, rue Vézelay.

NOTES POUR L'INTERNAT

KYSTES DE L'OVAIRE

SIGNES. DIAGNOSTIC. COMPLICATIONS [1]

COMPLICATIONS

Classiquement divisées en :

Mécaniques,
Infectieuses,
Dégénératives,
Obstétricales.

En réalité, deux sont fréquentes et graves :

La transformation maligne,
La torsion.

I. **MÉCANIQUES.** — 1° *Torsion.* — Se voit surtout dans les kystes à long pédicule, peu volumineux, bien mobiles.

C'est souvent un diagnostic d'urgence difficile.

Cliniquement. — Deux types.

A. **Torsion aiguë.** — Peut être le premier symptôme révélateur. Elle est :

Soit spontanée,

Soit provoquée par un effort, un traumatisme, un accouchement.

Début brutal rappelant les grands drames abdominaux.

Une douleur déchirante en coup de poignard parfois syncopale, localisée d'abord, puis bientôt diffuse.

Des symptômes de réaction péritonéale réflexe : nausées, vomissements, angoisse.

Etat dans les heures qui suivent :

Symptômes fonctionnels. — Douleur persiste, diffuse.

Arrêt des matières et des gaz très inconstant.

Symptômes généraux. — Le facies est angoissé.

Le pouls rapide.

Mais *la température normale.*

Symptômes physiques. — Inspection : ventre souvent un peu ballonné.

Palpation : une *défense musculaire sous-ombilicale* empêchant toute palpation profonde.

Toucher : un col déplacé.

Une tumeur latérale dure, tendue, atrocement douloureuse.

Evolution : 1° L'intensité de la réaction péritonéale force généralement à *intervenir d'urgence.*

Le kyste est volumineux, violacé.

Sa guérison est la règle.

2° Non opéré.

a. Souvent tout rentre progressivement dans l'ordre, la douleur s'apaise.

Mais le *ventre reste douloureux*, le *kyste plus gros* se fixe par des adhérences.

b. Dans d'autres cas le pédicule se sphacèle, mort survient par rupture et *péritonite.*

B. **Torsion chronique.** — Lente, incomplète.

Fréquente et souvent méconnue en clinique.

Elle se constitue PAR POUSSÉES, chacune caractérisée par une *crise douloureuse* avec état nauséeux pendant quelques jours.

Une augmentation de volume du kyste, chaque fois plus gros, plus tendu, plus fixé.

Finalement. — Tantôt le kyste se bloque, fixé par de multiples adhérences qui rendent l'intervention difficile.

Tantôt une torsion aiguë vient obliger à une intervention d'urgence.

2° *Rupture.* — Complication classique mais rare, presque toujours greffée sur une autre complication.

Il en est deux formes cliniques :

a. **Rupture extrapéritonéale.** — Avec ouverture dans un viscère creux, *rectum*, vessie plus rarement;

b. **Rupture intrapéritonéale.**

a. *Quand le kyste est suppuré.* — La rupture détermine une péritonite aiguë généralisée.

b. *Quand le kyste est aseptique.* — La rupture est :

Tantôt insidieuse : pouvant passer inaperçue;

Tantôt brutale : caractérisée par une douleur en coup de poignard avec réaction péritonéale, nette.

L'évolution est variable.

a. *Certains kystes fluides* ont un pronostic bénin, le liquide épanché se résorbe spontanément.

b. *La rupture des kystes mucoïdes gélatiniforme et aréolaire* est plus grave car elle engendre souvent :

a. Soit un *pseudo-myxome du péritoine* ou maladie gélatiniforme.

b. Soit des *greffes* péritonéale et intestinale qui peuvent donner de nouveaux kystes.

Greffes difficiles à distinguer cliniquement de métastases malignes d'un kyste dégénéré.

c. Enfin certains kystes dermoïdes non dégénérés peuvent donner également de *pseudo-métastases* dont la structure est identique à celle du kyste principal, il s'agirait alors de fragments multiples d'une même tumeur (Forgue).

3° *Compressions* : Sont plus des symptômes de ses complications. S'observent surtout :

1° **Dans les kystes pelviens enclavés dans le bassin.** — Ce sont :

a. Tantôt des *troubles vésicaux* : disurie pollakyurie, rétention d'urine.

b. Tantôt des *troubles rectaux* : constipation, obstruction chronique donnant à la langue des signes de stercorémie.

c. Tantôt des *douleurs* par compression sacrée à type de névralgie sciatique.

d. Tantôt de l'*œdème des membres inférieurs.*

e. Tantôt enfin des compressions de l'URETÈRE surtout dans les kystes inclus dans le ligament large, donnant :

Parfois une *hydronéphrose* plus anatomique que cliniquement décelable.

Parfois une *urémie sèche* par sclérose rénale progressive.

D'où l'intérêt de la constante d'Ambard, du dosage de l'urée sanguine chez ces malades, qu'il faut systématiquement rechercher.

2° **Dans les gros kystes abdominaux.** — *a.* La compression des URETÈRES au détroit supérieur peut amener une *anurie progressive.*

b. La compression INTESTINALE, des signes d'obstruction chronique.

c. Le refoulement du diaphragme, la compression des GROS VAISSEAUX, des phénomènes d'*asystolie.*

II. **INFECTIEUSES.** — Rares, mais graves.

La ponction autrefois était une cause fréquente.

Actuellement : il s'agit d'infection par voie lymphatique ou par voie sanguine et souvent d'origine intestinale.

Elle se présente en clinique sous deux aspects.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 50, p. 838.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Fleurus 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Composition écrite.* — Séance du 29 juin. — Question donnée : « Artère axillaire sans histologie. »

Pathologie médicale. — Séance du 30 juin. — Question donnée : « Etude clinique du rétrécissement mitral pur. Symptômes, évolution, complications. »

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Séance du 27 juin. — Question donnée : « Interprétation de cliché : Pneumothorax à droite, présence de liquide avec brides, caverne droite, à gauche, tuberculose diffuse, surtout à la partie moyenne. »

MM. Joly, 15; David, 12; Moutard, 10; Marchand, 8; Chaperon, Le Goff, Truchot et Kahn, 9; Piot, 14.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Menger et Bardin, internes titulaires; Chagnaud, interne provisoire.

La question écrite a été : « La paume de la main. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du clinicat* — Composition des jurys :

Clinicat médical, thérapeutique et propédeutique. — MM. Achard, Bezançon, Carnot, Vaquez et Sergent.

Clinicat chirurgical et clinicat de thérapeutique chirurgicale. — MM. Delbet, Hartmann, Lejars, Gosset et Duval.

Clinicat oto-rhino-laryngologique et Clinicat urologique. — MM. Legueu, P. Duval, Sebileau, Cunéo et Gatellier.

Clinicat obstétrical et Clinicat gynécologique. — MM. Couvelaire, J.-L. Faure, Brindeau, Jeannin et Brocq.

Clinicat des maladies cutanées. — MM. Jeanselme, Sicard, Hutinel, Sézary.

Clinicat ophtalmologique. — MM. Terrien, Strohl et Velter.

— LILLE. — *Concours du prosectorat.* — Epreuve pratique : « Artères du cerveau (injections, coupes). — Sinus de la dure-mère. — Veine ophtalmique. »

Epreuve écrite : « Anatomie et physiologie des nerfs de la langue. »

Epreuve orale : « Les piliers du diaphragme. »

Epreuve de médecine opératoire.

Le concours s'est terminé par la nomination de M. Minne, aide d'anatomie.

L'UNIVERSITÉ DE LOUVAIN a fêté, le 28 et le 29 juin, le cinquième centenaire de sa fondation. Le mardi 28, a eu lieu la séance académique jubilaire et l'inauguration de la « Cité universitaire » du parc d'Arenberg; le mercredi 29, la messe pontificale et le *Te Deum* en l'église collégiale de Saint-Pierre, l'inauguration de l'Institut du cancer et de la clinique psychiâtrique de l'Université.

Le cortège universitaire a présenté une rare splendeur. L.L. M.M. le Roi et la Reine des Belges assistaient aux cérémonies. M. Joseph Bédier, de l'Académie française, a parlé au nom des délégués français parmi lesquels on remarquait les professeurs Balthazard et Jean Lépine.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades.) — *Cours de vacances sur les notions nouvelles en pédiatrie* (juillet-août 1927). — *Lundi 25 juillet.* — 10 h. 30 : M. Lereboullet. L'angine diphtérique et son traitement actuel; — 17 h. : M. Babonneix. La poliomyélite aiguë.

Mardi 26 juillet. — 10 h. 30 : M. Lereboullet. Les laryngites aiguës et le croup; — 17 h. : M. Babonneix. Hérédo-syphilis et système nerveux.

Mercredi 27 juillet. — 10 h. 30 : M. Bidot. Urologie cli-

nique; — 17 h. : M. Babonneix. Les encéphalopathies infantiles et le mongolisme.

Jeudi 28 juillet. — 10 h. 30 : M. Lereboullet. Les syndromes endocriniens moins la thyroïde; — 17 h. : M. Janet. Les syndromes thyroïdiens.

Vendredi 29 juillet. — 10 h. 30 : M. Lereboullet. Le diabète infantile; — 17 h. : M. Paraf. Les chorées.

Samedi 30 juillet. — 10 h. 30 : M. Janet. Les vomissements périodiques de l'enfance; — 17 h. : M. Paraf. Pneumococcie et pneumonie aiguë.

Lundi 1er août. — 10 h. 30 : M. Bidot. Coprologie clinique; — 17 h. : M. Paraf. Tuberculose aiguë.

Mardi 2 août. — 10 h. 30 : M. Tixier. L'hérédo-syphilis et son traitement; — 17 h. : M. Duhem. Physiothérapie chez l'enfant.

Mercredi 3 août. — 10 h. 30 : M. Tixier. Les rayons ultra-violets en pédiatrie; — 17 h. : M. Paraf. Tuberculose du médiastin.

Jeudi 4 août. — 10 h. 30 : M. Duhem. Radiographie du cœur et des plèvres; — 17 h. : M. Pichon. Le rhumatisme infantile et ses complications cardiaques.

Vendredi 5 août. — 10 h. 30 : M. Tixier. Les anémies et l'hémophilie; — 17 h. : M. Hutinel. L'asthme infantile.

Samedi 6 août. — 10 h. 30 : M. Duhem. Radiographie du poumon et du médiastin; — 17 h. : M. Pichon. La scarlatine et ses formes malignes.

Lundi 8 août. — 10 h. 30 : M. Tixier. La méningite tuberculeuse; — 16 h. : M. Hutinel. La dilatation des bronches.

Mardi 9 août. — 10 h. 30 : M. Pichon. La rougeole et ses complications respiratoires; — 16 h. : M. Mathieu : Encéphalite épidémique.

Mercredi 10 août. — 10 h. 30 : M. Prétet. Les réactions sérologiques en pédiatrie; — 16 h. : M. Hutinel. Les néphrites chez l'enfant.

Jeudi 11 août. — 10 h. 30 : M. Lebée. Diagnostic et traitement des pleurésies; — 16 h. : M. Mathieu. Les colites chez l'enfant.

Vendredi 12 août. — 10 h. 30 : M. Prétet. Les septicémies de l'enfant et leur diagnostic bactériologique; — 16 h. : M. Hutinel. La méningite cérébro-spinale.

Samedi 13 août. — 10 h. 30 : M. Lebée. La coqueluche; — 16 h. : M. Pichon : L'épilepsie et les médications actuelles.

On est admis au cours sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 250 fr.

Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Un certificat sera délivré à la fin des cours aux personnes régulièrement inscrites au secrétariat de la Faculté.

HÔPITAL COCHIN. — Un cours de perfectionnement sur les maladies des voies urinaires, aura lieu du 19 septembre au 1er octobre, sous la direction de M. le docteur Maurice Chevassu.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Bayle, à l'hôpital Cochin.

Inscriptions à la Faculté de médecine. Droit : cours de Cochin, 500 fr.; cours de médecine opératoire, 200 fr.; cours de chirurgie expérimentale, 250 fr.

DÉMONSTRATIONS DES TECHNIQUES RÉCENTES DE SÉMIOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GASTRO-ENTÉROLOGIQUES. — Le docteur René Gaultier, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, fera du lundi 25 juillet au samedi 30 juillet, de 10 à 11 h., à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie, une nouvelle série de démonstrations pratiques de gastro-entérologie. Il exposera successivement : la gastrotonométrie clinique, l'analyse fractionnée du chimisme gastrique, le tubage duodénal et les méthodes de coprologie clinique.

Droit d'inscription : 150 fr.

S'inscrire près de la surveillante de la salle Magendie, à l'hôpital Saint-Antoine, ou par lettre chez le docteur René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe).

XXe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES. — Le XXe voyage d'études médicales aura lieu du 1er au 10 septembre 1927, sous la direction scientifique de M. Paul Carnot, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, et de M. Harvier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hospice de Bicêtre, directeur scientifique adjoint. Il sera organisé par M. René Gayet, ancien interne des hôpitaux, et se déroulera dans la partie orientale des Pyrénées, de Lamalou (Hérault), à Luchon (Haute-Garonne).

Itinéraire du XXe V. E. M. — Premier jour (1er septembre) : Concentration à 11 h. à Balaruc. Visite de Balaruc. Dîner et coucher à Lamalou. — Deuxième jour (2 septembre) : Visite de Lamalou. Visite de Banyuls. Dîner et coucher répartis à Banyuls et au Boulou. — Troisième jour (3 septembre) : Visite du Boulou et de La Preste. Visite d'Amélie-les-Bains, dîner et coucher. — Quatrième jour (4 septembre) : Visite de Molitg. Visite de Vernet-les-Bains, dîner et coucher. — Cinquième jour (5 septembre) : Visite de Thuir. Dîner et coucher à Font-Romeu. — Sixième jour (6 septembre) : Visite des Escaldes. Visite d'Ax-les-Thermes, dîner et coucher. — Septième jour (7 septembre) : Visite d'Ussat-les-Bains. Visite d'Aulus, dîner et coucher. — Huitième jour (8 septembre) : Visite de Salies-du-Salat. Visite de Barbazan, dîner et coucher. — Neuvième jour (9 septembre) : Luchon). — Dixième jour (10 septembre) : Matinée à Superbagnères. Déjeuner de clôture.

L'itinéraire ci-dessus est susceptible de modifications de détail. Les trajets Balaruc-Lamalou, Lamalou-Narbonne et Barbazan-Luchon se feront en chemin de fer. Tout le reste du parcours sera effectué en auto-cars. A cause des difficultés de logement, le nombre de places sera limité à 88.

Le V. E. M. (voyage d'études médicales) est exclusivement réservé aux médecins et étudiants en médecine en fin d'études. Quelques médecins pourront être accompagnés de leur femme ou de leur fille, au prorata des places disponibles.

Le prix du voyage est fixé à : 1.150 fr. pour les adhérents des pays à change haut; 750 fr. pour les adhérents des pays à change bas.

Ce prix comporte la totalité des frais, du point de concentration : Balaruc, au lieu de dislocation, Luchon (voyage en chemin de fer en 1re classe, auto-cars, hôtels, pourboires, etc.).

Une réduction de 50 p. 100 sera accordée sur les chemins de fer français, du lieu de la résidence ou de la gare frontière au lieu de concentration, et du point de dislocation au lieu de résidence ou à la gare frontière.

Les demandes d'inscription peuvent être adressées dès maintenant à M. René Gayet, secrétaire général, 54, rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris (VIIIe).

IVe CONGRÈS INTERNATIONAL

DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

(Varsovie, 30 mai-4 juin 1927.)

C'est sur l'heureuse initiative de la Belgique que fut organisé, en 1921, à Bruxelles, le Ier Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. Ce Congrès répondait à l'évidente nécessité, ressentie par tous ceux qui avaient pris part au soulagement des misères engendrées par la grande guerre, de coordonner les efforts de toutes les nations en vue d'une plus parfaite organisation du Service de santé aux armées.

Depuis lors, tous les deux ans (à Rome en 1923, à Paris en 1925), le Congrès a tenu des sessions dont le succès croissant a démontré l'utilité de ces réunions où sont discutées les questions d'intérêt technique dans le domaine de la médecine militaire. L'ensemble des nations a pu bénéficier ainsi des progrès réalisés par chacune d'elles.

Cette année, c'est la Pologne qui avait été invitée à recevoir les délégués internationaux. Le choix de Varsovie comme siège du IVe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires était un juste hommage rendu au vaillant pays qui, après les dures souffrances de la guerre, avait su, grâce à l'inlassable dévouement de ses médecins et à une parfaite organisation sanitaire, barrer la route de l'Europe aux dangereuses épidémies venues de l'Est.

Il serait difficile de dire qui a ressenti la plus vive satisfaction de cette grande manifestation de solidarité humaine : légitime sentiment de fierté de nos amis de Pologne, profondément touchés de l'honneur qui leur était fait; reconnaissante admiration des 300 congressistes étrangers, représentants de 35 nations, qui ont pu constater à la fois le bel effort produit par ce grand peuple ressuscité et la magnifique réalité de la légendaire hospitalité polonaise.

La place nous manque ici pour décrire la solennité des réceptions et l'éclat des fêtes quotidiennes qui accompagnèrent les travaux du Congrès. Les nombreux participants en garderont un souvenir tout émerveillé. La séance d'ouverture, tenue le 30 mai à 10 heures dans la superbe cour vitrée de l'Ecole polytechnique de Varsovie, réunissait toutes les autorités scientifiques, sociales et politiques de Pologne. Le maréchal Pilsudski, président du Conseil des ministres, l'honorait de sa présence. Après les discours de bienvenue du général docteur Ruppert, président du Comité d'organisation du Congrès, du général Konarzewski, vice-ministre de la Guerre, de MM. Piestrzynski, chef de l'Office général de la santé publique, et du docteur Baczkiewicz, président de la Chambre centrale des médecins, le vice-amiral Chambers, président de la délégation anglaise et doyen des délégués étrangers, se faisait l'interprète de toutes les nations participant au Congrès pour saluer la Pologne et la remercier de son généreux accueil.

Une touchante cérémonie réunissait ensuite les délégations étrangères auprès de la tombe du soldat inconnu sur laquelle, en une minute de pieux recueillement, M. le vice-amiral Chambers, délégué britannique, et M. le médecin inspecteur Savornin, chef de la délégation française, déposaient une splendide couronne.

Avec une souriante bonne grâce, M. Moscicki, président de la République, qui avait bien voulu accorder son haut patronage au Congrès, recevait les délégations officielles au Zamek, ancien château royal superbement restauré, et le soir M. le Président du Conseil et Mme Pilsudska accueillaient au palais de la Présidence les 2.000 congressistes en un raout d'une pittoresque et brillante animation.

La tâche du Congrès commençait le lendemain 31 mai à l'Inspectorat général de l'armée, dont les vastes locaux avaient été réservés aux séances de travail.

Quatre questions avaient été mises à l'étude.

PREMIÈRE QUESTION

Service de santé en campagne. Les évacuations dans la guerre de mouvement.

Pays rapporteurs : Brésil, Pologne.

Dans son rapport, M. Carlos Eugenio Guimaraes, major-médecin de l'armée brésilienne, montre que le Service de santé doit pouvoir s'adapter en toutes circonstances à la guerre de mouvement, qui présente le maximum d'imprévu pour les dispositifs sanitaires, les moyens de transport, le ravitaillement et les modes d'évacuation.

Il faut tenir compte des prévisions militaires, des variations de temps et de terrain, des conditions d'avance ou de recul. Le rapporteur expose les différences entre une guerre européenne et les opérations militaires dans une ville comme le Brésil où les moyens de transport doivent être légers et variés.

MM. Garbowski, lieutenant-colonel médecin, et Sawadowski, commandant médecin de l'armée polonaise, insistèrent à leur tour, dans leur rapport, sur la nécessité des évacuations rapides et l'utilité de prévoir à cet égard des réserves de personnel et de moyens de transport et d'hospitalisation au corps d'armée et à l'armée. Ils étudient les rôles différents des diverses formations sanitaires de campagne et montrent l'importance des liaisons entre les divers échelons du Service de santé et le commandement.

Ces rapports furent suivis d'intéressantes communications : M. le médecin principal Spire, professeur à l'Ecole supérieure de guerre (Paris), montra l'**influence primordiale du terrain sur les évacuations dans la guerre de mouvement**, tant dans l'offensive qu'en cas de repli, et proposa les principales solutions à adopter dans chaque cas; M. le médecin principal de 2e classe Schickelé (France), étudia la **question des divers types de brancard à employer dans les évacuations à grande distance**; M. le médecin professeur Philippi Caccia, médecin-chef de l'hôpital de Bologne (Italie), recommanda, pour les **évacuations dans la guerre de mouvement en montagne**, l'emploi des téléfériques; M. le lieutenant-colonel médecin G. Nadolski (Pologne) envisagea les **obstacles du terrain dans les évacuations** et l'utilité de l'établissement de plans précis d'accord entre les médecins et les états-majors; M. le médecin en chef de la marine Oudart (France) attira l'attention sur les difficultés d'**évacuation par mer**. M. le major général H. P. W. Barrow (Grande-Bretagne) présenta des observations générales sur les **divers systèmes d'évacuation**; M. le colonel professeur Tewfik Salim (Turquie) montra le retentissement de la plus ou moins grande facilité du ravitaillement sur le problème des évacuations et signala la nécessité d'une meilleure application de la **Convention de Genève**; M. le pharmacien en chef de 2e classe Saint-Sernin (marine française) proposa l'emploi, en cas de nécessité urgente, d'un **carburant médical** pouvant remplacer l'essence pour les autos sanitaires; M. le capitaine pharmacien H. Discry (Belgique) présenta un ingénieux **brancard métallique pliant**; M. le lieutenant-colonel médecin V. Anastasiu (Roumanie) et M. le vice-maréchal docteur Munro (Grande-Bretagne) insistèrent sur l'intérêt de l'aviation sanitaire; et M. le médecin principal Spire, professeur à l'Ecole de guerre (France), mit clairement au point cette importante question du **transport des blessés par avion** qui rend actuellement de si grands services au Maroc et en Syrie et qui est réalisé d'une façon permanente à l'intérieur du territoire.

Association de la Presse médicale française.

Après discussion des rapports et des communications relatives à cette question des évacuations dans la guerre de mouvement, les conclusions suivantes ont été adoptées par l'assemblée plénière du Congrès :

1° Dans la guerre de mouvement l'influence des conditions tactiques, de la nature du terrain, des intempéries, prend une importance telle qu'il devient impossible et qu'il serait nuisible de rechercher un schéma précis de fonctionnement.

2° L'idéal à poursuivre pour le traitement des blessés doit comporter comme but l'adaptation de tous les moyens dont on peut disposer à l'avant, compte tenu des conditions variables de milieu. En ce qui concerne les moyens de traitement, leur mobilité et leur légèreté deviennent une nécessité. Pour les moyens d'évacuation, tous les types sont à utiliser, réglementaires ou improvisés : brancard, autos sanitaires, autos-chenilles, voitures hippomobiles de types divers, téléfériques et avions.

3° La tactique sanitaire dans la guerre de mouvement devra tendre à n'affecter aux grandes unités de combat que le minimum de formations de traitement et de transport, et à conserver à l'échelon de l'armée des réserves importantes.

4° L'aviation sanitaire devra assumer un rôle de plus en plus important dans l'évacuation en guerre de mouvement, et parfois elle restera la solution indispensable. L'organisation de l'aviation sanitaire, sortie de la période d'essai, devrait être étudiée dès le temps de paix par l'étude de l'adaptation des avions de transport aux fins sanitaires. Les moyens téléfériques devront assumer un rôle important dans l'évacuation en guerre de mouvement de montagne. L'organisation des moyens téléfériques devra être étudiée dès le temps de paix par l'étude de l'adaptation des téléfériques en guerre.

5° Il est de plus en plus indispensable que les directeurs des services de santé et leurs états-majors spéciaux soient aptes à résoudre les problèmes variables posés par la guerre de mouvement. Seule une connaissance approfondie et continuellement entretenue par l'étude de cas concrets en liaison avec le commandement, non seulement des conditions tactiques, mais encore du Service d'état-major, permettra de les mettre en mesure de trouver rapidement la solution logique et réalisable applicable aux différentes éventualités.

DEUXIÈME QUESTION

Chirurgie. Séquelles des traumatismes du crâne et leur traitement.

Pays rapporteurs : GRÈCE, POLOGNE.

Le premier rapport, établi par le docteur PAPASTRATIGAKIS, ancien chef du service de neuro-psychiatrie d'Athènes, et le docteur AISOPOS, médecin-major chef du Centre chirurgical d'Athènes, envisageait les **séquelles nerveuses, névrosiques et psychiques des traumatismes cranio-cérébraux et leur traitement**. D'après les rapporteurs, il faut tenir compte dans ces séquelles : 1° du traumatisme causal; 2° des prédispositions individuelles.

La symptomatologie comporte : 1° des syndromes atopiques (épilepsie, névroses et psychoses); 2° les manifestations organiques relevant d'une lésion localisée. Anatomiquement, on distingue : 1° les lésions directes : méningites et encéphalites; 2° les lésions associées : infectieuses ou inflammatoires; 3° les lésions indirectes : par atteinte du labyrinthe ou des glandes endocrines. L'intensité des troubles n'est pas toujours proportionnelle à la gravité et à l'étendue de la blessure. Le pronostic dépend de l'ancienneté du traumatisme, de la localisation et de la nature de la lésion. Il est généralement favorable pour les troubles subjectifs, plus sérieux pour les lésions en foyer et pour les psychopathies nées sur un fond de dégénérescence. Le traitement est symptomatique (thérapeutique nerveuse) ou causal (chirurgie, physiothérapie).

Le deuxième rapport, présenté par M. le professeur R. WEGLOWSKI, médecin principal, chef de l'hôpital régional 6 à Lwow, traite des **séquelles chirurgicales proprement dites des traumatismes craniens et leur traitement**. Le professeur Weglowski étudie dans ce rapport : 1° les *pertes de substance cranienne et cérébrale*. Il préconise le traitement chirurgical précoce et très soigneux pour éviter les cicatrices vicieuses; 2° les *corps étrangers intracérébraux* qui, généralement, s'enkystent. Les corps étrangers, souvent silencieux, peuvent provoquer des troubles dépendant de leur localisation. Leur extraction est délicate; 3° les *abcès cérébraux posttraumatiques* dont il importe de découvrir l'existence pour les opérés et les drainer largement et dont le pronostic est toujours grave; 4° l'*épilepsie posttraumatique* qui se rencontre chez 8 à 10 p. 100 des blessés craniens et pour laquelle Weglowski préconise le traitement chirurgical.

D'importantes communications relatives à cette question ont été faites par de nombreux chirurgiens et neurologues :

1° **Aperçu général des notions actuellement admises sur les séquelles des traumatismes craniens.** — M. le médecin-major de 1re classe MAISONNET, professeur au Val-de-Grâce. Tableau d'ensemble où l'auteur expose les opinions généralement admises en France où il signale le danger des cranioplasties au niveau des zones sensitivo-motrices du cerveau.

2° **Du traitement chirurgical des séquelles des traumatismes cranio-cérébraux.** — M. le médecin principal WETZEL insiste sur l'importance de l'intervention primitive, sur la nécessité d'ouvrir la dure-mère en cas d'hématome intraméningé et sur l'intérêt du traitement radiothérapique prévenant la formation du tissu fibreux.

3° **A propos des séquelles des traumatismes du crâne et de leur traitement.** — M. le médecin-inspecteur ROUVILLOIS, ancien professeur au Val-de-Grâce. Ces séquelles, dit Rouvillois, peuvent être en grande partie évitées par le traitement correct de la plaie cranienne.

4° **Les suites éloignées des blessures du crâne.** — M. le médecin-major de 1re classe BILLET, professeur à la Faculté libre de Lille. D'après une statistique personnelle de 175 blessés, Billet confirme les conceptions actuelles sur la mortalité tardive, l'évolution des troubles moteurs et sensoriels, l'épilepsie et les troubles mentaux.

5° **Les séquelles tardives des blessures du crâne.** — M. le médecin-major de 1re classe LACAZE, professeur agrégé au Val-de-Grâce, conclut de ces observations que le pronostic fonctionnel comme le pronostic vital des blessés du crâne doit toujours être réservé.

6° **Grand kyste intracérébral dix ans après une plaie transfixiante du cerveau. Crises d'épilepsie subintrantes, hémiplégie, état confusionnel, guérison après intervention.** — M. le médecin-major COURBOULÈS, professeur agrégé à l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon. Même dans les cas très graves, la chirurgie n'est pas désarmée et peut obtenir par des interventions répétées et prudentes, la guérison du blessé.

7° **Troubles physiopathiques tardifs des organes des sens consécutifs aux blessures du crâne.** — M. le médecin-major de 1re classe WORMS, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire. Il existe chez les blessés du crâne des troubles physiopathiques analogues à ceux décrits au niveau des membres. Ils sont en relation avec la sphère d'innervation trigémello-sympathique et peuvent intéresser les organes des sens, le squelette et les parties molles de la tête.

8° **Hypertension céphalo-rachidienne dans les contusions du crâne.** — M. le médecin-major de réserve CANTONNET, ophtalmogiste de l'hôpital Beaujon. L'hypertension du liquide céphalo-rachidien, qui est de règle chez les traumatisés cra-

niens, peut déterminer de la stase papillaire, d'où la nécessité d'examiner le fond d'œil de ces blessés.

9° **Les séquelles sensorielles, oculaires des fractures du crâne par projectile.** — M. le médecin-major de 1re classe BERTEIN. L'auteur établit une distinction entre les séquelles visuelles des fractures du crâne par blessure et les séquelles des fractures du temps de paix. Le mécanisme et la pathogénie en sont différents.

10° **Séquelles des traumatismes du crâne et leur traitement.** — M. le médecin colonel F. CACCIA, professeur agrégé à la Faculté de Bologne. Il faut tendre à la guérison aseptique des blessures cranio-encéphaliques pour la bonne cicatrisation et la récupération fonctionnelle nerveuse. L'auteur recommande la cranioplastie et le traitement chirurgical de l'épilepsie.

11° **Sur les séquelles des traumatismes craniens et leur traitement.** — M. le médecin général BUTOIANU, professeur à Jassy et M. le médecin-major C. STOIAN (Roumanie), insistent, eux aussi, sur l'intérêt du traitement opératoire initial. Ils ne sont pas partisans des cranioplasties étendues.

12° **Les blessures de la tête par rapport à l'œil.** — M. le médecin lieutenant-colonel ROSENKAUCH (Cracovie) envisage les différents mécanismes des blessures de l'œil et leurs conséquences pour la fonction visuelle.

13° **La symptomatologie des séquelles tardives des blessures cranio-cérébrales.** — M. le médecin-major V. DE BERDARDINIS (de Rome) considère qu'il est difficile d'établir des cadres cliniques bien définis des troubles subjectifs et pense qu'il n'y a pas de rapports évidents entre eux et l'importance de la blessure du crâne.

14° **L'intérêt médico-légal des séquelles tardives des blessures du crâne.** — M. le médecin-major de 1re classe FRIBOURG-BLANC, professeur agrégé au Val-de-Grâce, rapporte 3 cas de complications graves très tardives de blessures du crâne, dont 2 morts brusques et inattendues, neuf ans et douze ans après le traumatisme. Il tire les conséquences médico-légales de ces complications tant au point de vue du pronostic que de l'appréciation du taux d'invalidité.

15° **Les syndromes de la commotion cérébrale, de la contusion et de l'émotion en pathologie de guerre.** — M. le professeur agrégé André LÉRI, médecin de l'hôpital Saint-Louis (Paris), montre la nécessité de différencier chez les traumatisés du crâne le syndrome commotionnel, le syndrome contusionnel, et le syndrome émotionnel, et décrit la symptomatologie de ces états comportant des pronostics très différents.

16° **Les séquelles nerveuses éloignées des traumatismes craniens** — M. CROUZON, médecin de la Salpêtrière, rappelle les signes du syndrome subjectif des trépanés et attire l'attention sur les troubles labyrinthiques qui s'y associent souvent. Il envisage la fréquence et l'origine de l'épilepsie, des lésions en foyers et des troubles mentaux.

17° **Etude des causes et essai de pathogénie de l'épilepsie traumatique.** — M. P. BÉHAGUE, ex-chef de laboratoire adjoint des maladies du système nerveux, apporte des hypothèses fort intéressantes sur la pathogénie encore si discutée de l'épilepsie traumatique. Il envisage l'intervention du système sympathique troublé dans le déclenchement des accidents convulsifs.

18° **Quelques considérations anatomo-cliniques sur les suites éloignées des blessures du crâne.** — M. G. GUILLAIN, professeur de clinique des maladies nerveuses, et Y. BERTRAND, chef de laboratoire de la clinique des maladies nerveuses (de Paris). Après avoir attiré l'attention sur l'aspect clinique actuel des troubles présentés par les anciens traumatisés craniens, les auteurs émettent l'opinion que tout traumatisme sérieux amène une altération profonde des éléments anatomiques du cerveau avec parfois processus d'encéphalite non suppurée voisin de certaines gliomatoses.

Après discussion, les conclusions générales suivantes ont été adoptées :

1° L'expérience de la guerre a montré que, parmi les séquelles des traumatismes craniens, l'épilepsie, les névropsychoses, les névroses, les troubles physiopathiques, etc., se développent chez les individus prédisposés.

2° Cette catégorie de sujets doit être éliminée de l'armée, même pendant la guerre, comme éléments nuisibles.

3° L'expérience ayant montré que les suites les plus favorables des traumatismes craniens se rencontrent chez les blessés qui ont évité l'infection et que, d'autre part, les cas les plus graves s'observent parmi ceux qui ont subi une suppuration prolongée, il faut utiliser pendant la guerre des méthodes de traitement permettant la guérison des blessures par première intention.

4° Parmi les séquelles des traumatismes craniens, l'épilepsie prend une place prépondérante au point de vue de la fréquence et de la gravité. La nécessité s'impose de faire des recherches sur la pathogénie de ce syndrome.

TROISIÈME QUESTION

Médecine. Etiologie et prophylaxie de la grippe.

Pays rapporteurs : DANEMARK, POLOGNE.

1° **Rapport du médecin aide-major Jurgens**, de l'armée danoise. Le rapporteur montre que le cocco-bacille de Pfeiffer ne peut être considéré comme l'agent spécifique de la grippe. Il ne représente qu'un germe d'association à l'égal du pneumocoque et du streptocoque. Le germe spécifique de la grippe est probablement un virus filtrant. Les microbes d'association jouent un rôle important dans les complications de la grippe qui sont dangereuses, tant au point de vue du pronostic individuel qu'au point de vue épidémiologique.

M. Jurgens attire l'attention sur l'importance capitale de l'isolement des malades, surtout dans le milieu militaire où les facilités de contagion sont grandes.

2° **Rapport du colonel médecin Léon Karwacki**, professeur agrégé à Varsovie. La grippe, dit l'auteur, n'est une entité bien définie que sur le terrain épidémiologique; au point de vue clinique, le tableau de cette affection est moins précis et le diagnostic différentiel avec le catarrhe saisonnier est souvent difficile.

Les recherches étiologiques sont rendues difficiles, en dehors des périodes d'épidémie, par les divergences d'opinion qui font considérer les formes sporadiques tantôt comme une grippe atténuée, tantôt comme une affection d'étiologie différente.

Comme le rapporteur danois, Karwacki rappelle que le rôle spécifique du bacille de Pfeiffer n'est plus admis et que les propriétés pathogènes de ce germe sont analogues à celles du streptocoque et du pneumocoque.

Le virus grippal est sans doute un virus filtrant, mais sa morphologie est encore très discutée et l'ignorance où nous sommes gêne les études épidémiologiques et l'action prophylactique.

La prophylaxie doit être basée avant tout sur l'isolement précoce des malades et sur l'amélioration de l'hygiène des casernements. Les vaccinations préventives contre les germes qui compliquent la grippe ont une efficacité prouvée par les statistiques.

Les communications suivantes ont été présentées au sujet de l'étiologie et de la prophylaxie de la grippe :

L'anergie grippale. — M. le médecin-inspecteur DOPTER, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé du Val-

de-Grâce, et M. le médecin-major JAUSION, professeur agrégé au Val-de-Grâce, montrent l'existence d'une anergie grippale analogue à celle que provoquent la rougeole, la coqueluche et la variole. Cette anergie peut accélérer une tuberculose en évolution ou réveiller une bacillose latente, et exalter la virulence des germes rhino-pharyngés qui peuvent déterminer des pneumopathies, des méningites ou l'encéphalite épidémique. Peut-être cette anergie est-elle liée à la déficience vago-sympathique.

Considérations sur l'épidémiologie et la prophylaxie de la grippe. Essai d'explication des contaminations massives. Prophylaxie des complications par un vaccin formolé. — M. le docteur COSTA, médecin inspecteur de réserve, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

A propos de la prophylaxie de la grippe, de la nécessité d'un plan de mobilisation contre les épidémies. — M. le docteur DUJARRIC DE LA RIVIÈRE.

Sur la filtrabilité du bacille de Pfeiffer. — M. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE.

Sur quelques aspects des relations de la grippe et de la diphtérie. — M. le docteur LEREBOULLET.

Sur la prophylaxie vaccinale de la grippe. — MM. Jean MINET et A. BENOIT.

Etiologie et prophylaxie de la grippe. — Médecin inspecteur SACQUÉPÉE, inspecteur permanent d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée française.

Traitement prophylactique des complications de la grippe. — Médecin-major GUIBERT, médecin des hôpitaux militaires, médecin traitant à l'hôpital militaire Bégin (de Paris).

A la suite de ces communications, les conclusions générales suivantes furent adoptées :

1° L'absence actuelle d'éléments décisifs de diagnostic bactériologique spécifique, jointe à l'incertitude fréquente du diagnostic clinique, rend particulièrement difficile l'action prophylactique, tout spécialement lors de toutes premières atteintes d'une manifestation épidémique. Il serait désirable que des échanges de vues sur cette question soient poursuivis toutes les fois qu'il apparaîtra opportun;

2° La grippe semble due à un virus filtrant, siégeant spécialement dans le mucus rhino-pharyngé et dans les produits d'expectoration. Ce virus est susceptible, sans doute par le mécanisme de l'anergie, de favoriser grandement la sortie de très nombreux germes et en particulier de ceux qui provoquent des complications;

3° La transmission directe de la grippe par les véritables semeurs de germes que constituent les tousseurs, est le mode à peu près exclusif de la dissémination de la maladie. Cependant, accidentellement, il est vraisemblable que la contagion peut se faire par voie indirecte;

4° Dans les corps de troupe, le dépistage et l'isolement très précoce sont à la base de la prophylaxie. Le dépistage précoce est impossible sans la collaboration étroite et éclairée du commandement à tous les degrés. L'organisation de chambres d'isolement est des plus utiles. Parmi les nombreuses mesures complémentaires adaptées aux possibilités, l'organisation rationnelle de la visite médicale à l'infirmerie, la destination très rapide donnée à chaque malade, l'espacement des lits dans les chambres, le desserrement des effectifs, l'allègement du travail journalier, s'inscrivent parmi les plus recommandables;

5° A l'hôpital, l'isolement individuel réalisé strictement, ou par des moyens de fortune de tous les malades présentant des complications doit être poursuivi inlassablement. L'emploi des vaccins destinés à la lutte contre les complications infectieuses de la grippe semble devoir continuer à retenir l'attention. Il y a lieu de réaliser chez le personnel médical et soignant affecté au traitement des grippés la protection de la bouche, des narines et des yeux (masques).

QUATRIÈME QUESTION

Pharmacies : les arsénobenzols, méthode d'analyse et d'appréciation chimique.

Pays rapporteurs : LETTONIE, POLOGNE.

1° **Rapport du colonel pharmacien Blumentals**, inspecteur pharmacien militaire (de Riga). Le rapporteur préconise la méthode de contrôle et de préparation des arséno-benzols du docteur F. de Myttenaere. De toutes les méthodes de détermination de l'arsenic employées dans les laboratoires, celle admise dans la dernière édition de la Pharmacopée russe lui paraît la plus propre à donner rapidement des résultats suffisants.

2° **Rapport de M. M. St. Weill**, directeur de l'Institut pharmaceutique de Pologne et M. le docteur W. POPLAWSKI, lieutenant-colonel, pharmacien chimiste. L'indice DM^1 d'un dérivé de l'arsénobenzol dont le néosalvarsan est le type paraît être en relation avec la toxicité du produit examiné.

Cet indice de réfraction varie suivant l'origine du produit examiné. Il existe cependant des usines différentes dont les réfractions donnent des produits semblables. On peut admettre que la réfraction permet en général de discerner l'origine du produit examiné.

Les courbes obtenues par la détermination des indices de réfraction de la couche supérieure des solutions à 10 p. 100 des produits toxiques, établies de la même manière, c'est-à-dire en rapport avec le temps écoulé après l'exposition de la solution à l'air, diffèrent en général des courbes des produits non toxiques, provenant de la même fabrique.

La détermination des indices DM^1 — SK^2 (SM^2) ainsi que de celui de la réfraction peut, dans une certaine mesure, contribuer à établir l'identité et la toxicité des produits examinés. Cette détermination peut également guider l'appréciation chimique d'une façon relativement rapide et facile.

Donc, pour faciliter la détermination de l'identité et de l'innocuité des arsénobenzols dont le néosalvarsan est le type, il serait indiqué que les fabricants de ces produits fassent savoir sur demande : *a.* quelle quantité d'arsenic contient leur produit; *b.* quel est leur indice approximatif DM^1 et SK^2; *c.* quel indice de réfraction approximatif initial possèdent les solutions à 10 p. 100 de leur produit.

A la suite de ces rapports, des communications ont été faites par le colonel pharmacien THOMANN (de Berne) sur le **dosage de l'arsenic dans les arsénobenzols**; par le docteur MOUNEYRAT (de Paris) sur le **contrôle de la pureté, de la toxicité et de l'activité thérapeutique des arsénobenzènes**; par le pharmacien lieutenant-colonel CERBUOLESCU (de Roumanie) sur le **néosalvarsan**; par le capitaine pharmacien BENEVUTO (de Lima), de l'armée brésilienne, sur les **arsénobenzols**; par le pharmacien principal BRETEAU, professeur au Val-de-Grâce, sur le **contrôle chimique des arsénobenzols**, et par le pharmacien-major professeur agrégé LAUNOY (de Paris), sur la **différence de résistance de quelques races de trypanosomes aux composés arséniques**.

Les rapports de MM. BLUMENTHAL, WEILL et POPLAWSKI furent longuement discutés par M. BRETEAU et M. LAUNOY et les conclusions furent très combattues. Ces conclusions tendaient à l'adoption des indices de MYTTENAERE comme test et mesure de la toxicité des produits.

Après un long débat M. BRETEAU présenta au nom de la délégation française et d'accord avec M. LAUNOY, un certain nombre de résolutions qui, après quelques retouches de forme, complétées par des suggestions de MM. THOMANN et BENEVUTO (de Lima), furent adoptées à l'unanimité.

Conclusions. — Aucune méthode chimique ne permettant actuellement d'apprécier avec suffisamment de sûreté la toxicité des arséno et novarsénobenzènes, il est recommandé de continuer les recherches sur ce point. La recherche des indices DM[1] et DM[2] ne doit pas être considérée comme une mesure suffisante de la toxicité. Le Congrès exprime le vœu que les différents gouvernements s'entendent pour l'adoption des méthodes chimiques d'essais et de dosages des arsénobenzènes.

Tout novarsénobenzène proposé pour un usage médical doit avoir une teneur en arsenic qui ne peut être inférieure à 19 p. 100 ni supérieure à 20 p. 100.

Il est recommandé de poursuivre les études sur la possibilité d'apprécier par l'emploi des méthodes physiques la toxicité relative des produits.

La méthode d'expertise toxicologique sur l'animal (lapin, souris, rat) est jugée nécessaire. On pourrait s'inspirer des méthodes élaborées par la Commission d'hygiène de la Société des Nations.

Dans le cas où l'action d'un arsénobenzène sur une affection expérimentale à trypanosome serait étudiée, la désignation de l'action prendra le nom d'*activité trypanocide expérimentale* et non celui d'*activité thérapeutique*. On fera suivre cette désignation du nom de l'espèce du flagellé employé. Il est recommandé de se servir du *Tr. Brucei*.

Le Congrès a discuté en une section spéciale, en dehors de ces quatre sujets mis à l'ordre du jour, la question de l'*organisation des soins dentaires et maxillo-faciaux*, organisation dont l'importance se manifeste en temps de paix comme en temps de guerre.

Une *exposition internationale d'hygiène et de matériel du Service de santé*, organisée avec un rare talent, attira en foule le grand public autant que les congressistes. D'éminents architectes avaient apporté leur concours à la construction d'élégants pavillons pittoresquement décorés dans le style du pays. L'attention fut particulièrement attirée par la section d'hygiène où l'on admirait les maquettes et les vues panoramiques des sanatoria et des stations balnéaires et climatiques polonaises. Les sections d'hospitalisation, de chimie et de pharmacie, d'instruments et appareils médicaux et stomatologiques, présentaient une richesse et une variété remarquables. Le matériel du Service de santé en campagne, dont la présentation imageait la première question discutée au Congrès, intéressa vivement les congressistes. Sous les aspects attrayants de couleur locale de cette exposition, tous les visiteurs, venus des cinq parties du monde, purent se rendre compte du magnifique effort accompli par la Pologne dans toutes les branches de l'industrie, de la science et des organisations sociales.

Cet effort réalisateur a pu être constaté par les congressistes dans les visites qu'ils furent invités à faire aux grands établissements médicaux de Varsovie et en particulier à l'*Institut d'hygiène* et à l'*Ecole d'hygiène de l'Etat* où se poursuit avec une méthode scientifique remarquable la lutte contre les maladies épidémiques, fléau des confins de l'Est.

L'organisation parfaite de l'*Ecole supérieure de santé*, où sont instruits les futurs médecins de l'armée polonaise, a été très appréciée des médecins militaires étrangers. La délégation française avait tenu à honorer d'une façon toute particulière la mémoire des médecins polonais morts au service de leur patrie. M. le médecin inspecteur Savornin, en un geste qui toucha profondément nos amis de Pologne, déposa une palme de bronze auprès de la plaque qui porte gravés les noms de nos confrères victimes du devoir. Les vertus de ces morts revivent dans les cœurs de la jeunesse polonaise, dont le bel entrain discipliné a vivement impressionné les congressistes qui assistèrent aux exercices et au beau défilé des enfants de la *Croix Rouge* et de la *Croix Blanche* de Varsovie.

Comment décrire les *réceptions et les fêtes* dont nos hôtes voulurent agrémenter les travaux du Congrès? Il serait bien difficile de traduire ici toute la générosité, tout l'élan de ces chaleureuses manifestations à l'Hôtel de Ville de Varsovie, au théâtre de l'Opéra, au château de Willanow, au concert de la Philharmonie, au parc et au palais de Lazienki, ce furent pour les congressistes de très agréables révélations de tout ce que la Pologne peut prodiguer de charme et de joies artistiques. Ces joies se poursuivirent d'ailleurs, à travers ce beau pays, pour ceux qui purent, après les travaux du Congrès, profiter des excursions organisées pour eux vers les forêts et les lacs des Carpathes, aux coquettes stations climatiques et balnéaires de Zakopane et de Krinica, aux vieilles et si curieuses villes de Cracovie, de Lwow, de Wilno, où les heureux voyageurs purent recueillir tant de beaux souvenirs.

Le *prochain Congrès* international de médecine et de pharmacie militaires se tiendra en 1929, à Londres.

Les sujets mis à l'étude sont :

1° Service de santé en campagne : évacuation des blessés par eau et par air.

2° Chirurgie : blessures des vaisseaux.

3° Médecine : les fièvres épidémiques de courte durée (dengue, fièvre des trois jours).

4° Pharmacie : analyse du verre et du caoutchouc destinés au matériel médico-chirurgical.

FRIBOURG-BLANC.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 JUIN 1927)

Contribution à l'étude de la tolérance et de la résorption des sels de bismuth par l'organisme. — M. Desgrez présente un travail de MM. Laurent-Gérard et Œchslin sur un nouveau composé arséniobismuthique (l'isooxypropyldiarsinate de bismuth) de composition définie, stérilisable et de réaction neutre. Par éthérification interne, les auteurs sont arrivés à bloquer la fonction oxhydryle fixée sur le bismuth. On évite ainsi la formation, avec les graisses ou les albumines de l'organisme, de composés non assimilables. De ce fait, cet arséniobismuth insoluble injecté en suspension huileuse est indolore, rapidement assimilable et à petite dose de grande activité tréponémicide.

De l'hypertrophie prostatique récidivante. — M. Pierre Bazy, en mettant sous les yeux de l'Académie des adénomes enlevés dans une récente opération dite « de la prostate », montre les causes des récidives des accidents dus à l'hypertrophie prostatique.

Il ne s'agit pas ici de récidives analogues à celles des tumeurs malignes. Ces récidives sont dues au développement de petits adénomes laissés en place au moment de l'opération et qui peuvent se développer après un temps plus ou moins long; c'est pourquoi il faut, avant de terminer, explorer avec le plus grand soin la loge prostatique pour éviter d'y laisser ce qu'on pourrait appeler de la graine d'adénome et c'est ce que permet seule l'adénomectomie transvésicale.

La lutte contre l'alcoolisme, les taudis : des moyens actuels de défense et les progrès à réaliser. — M. Guérin, dans cette note, s'élève avec énergie contre les tenanciers des taudis à débit d'alcool. L'action administrative est insuffisante; elle doit être complétée par l'action des ligues, et M. Guérin, en terminant, propose de leur accorder d'urgence le droit de citation directe, ainsi que cela se passe en Angleterre pour le *local veto*. (Renvoi à la Commission de l'alcoolisme.)

Rhino-vaccination antitoxique. — MM. Zoeller et Ramon font une communication sur l'emploi de la voie nasale

pour l'introduction des anatoxines et en particulier contre la diphtérie.

Les auteurs continuent leurs recherches cliniques et expérimentales. Le nez et le pharynx étant le siège de nombreuses infections, M. Zoeller a eu l'idée d'y porter l'anatoxine vaccinante par simple insufflation. Il s'est assuré d'abord que c'est bien dans cette cavité rhino-pharyngienne que se produit l'immunité générale. Les auteurs ont commencé leurs expériences sur la diphtérie. Il résulte de ces expériences que la méthode par instillations nasales est d'une absolue innocuité et d'une application facile.

Il y a donc là une nouvelle méthode appelée à donner d'intéressants résultats.

M. le Président annonce la présence de M. Carrel, membre associé.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la sixième section (pharmacie), en remplacement de M. Daniel Berthelot.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. H. Perrot; en seconde ligne *ex æquo*, MM. Bougault, Breteau, Bridel, Delepine et Guerbet.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 69, majorité 35, M. Perrot ayant obtenu 54 suffrages est proclamé élu.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre les rapports de M. Mauclaire sur les candidatures au titre d'associé national; M. Vallée sur le prix Reynal ; M. Duval sur le prix Bourceret, et M. Auvray sur le prix Audiffred.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 MAI 1927)

Etude clinique d'un cas de tumeur cérébrale probablement frontale ayant simulé la paralysie générale. Guérison clinique par la radiothérapie profonde. — MM. Léchelle, Baruk et Ledoux-Lebard présentent un malade dont l'affection a débuté par des troubles mentaux simulant la paralysie générale : une analyse psychiatrique minutieuse et l'existence de quelques signes cliniques d'hypertension intracranienne ayant fait soupçonner le diagnostic de tumeur cérébrale, celui-ci fut confirmé par l'examen du fond d'œil et celui du céphalo-rachidien.

L'amélioration obtenue sous l'influence de la radiothérapie profonde fut considérable. Les troubles mentaux qui faisaient du malade un véritable aliéné régressèrent complètement. La stase papillaire elle-même disparut.

Un nouveau cas de pléonosténose héréditaire, avec atteintes graves des grosses articulations. — MM. Rouillard et Barreau présentent une femme de trente-sept ans et sa fille, âgée de quatorze ans, qui sont atteintes de pléonostéose héréditaire. Ils insistent sur l'analogie absolue et sur l'évolution tout à fait comparable des déformations squelettiques chez la mère et chez la fille, et sur l'atteinte grave des grosses articulations. Chez ces deux malades, la réaction de Kecht est faiblement positive, mais la systématisation des lésions ostéo-articulaires est si remarquable qu'il semble tout à fait justifié de considérer la pléonostéose comme une dystrophie osseuse bien individualisée.

Un cas d'azotémie pure ; étude biologique. — MM. Marcel Labbé, F. Nepveux et Seligmann étudient un cas d'urémie mortelle caractérisé par l'importance de l'azotémie (5g56 d'urée dans le sang) avec les symptômes classiques (angoisse, prurit, crampes, sécheresse de la langue, myosis, bradycardie, hypothermie, ralentissement respiratoire), accompagnée d'acidose (réserve alcaline à 34,7 vol. de CO^2), d'albuminurie légère ou nulle, avec absence d'œdèmes et d'hypertension artérielle. Si l'étude biologique montre une concordance remarquable entre la clinique et les modifications chimiques du sang, par contre, l'étude anatomo-pathologique montre une discordance entre la clinique et les théories anatomiques de l'école allemande.

Formes infectieuses du rhumatisme articulaire aigu. — MM. F. Bezançon, Et. Bernard, Celice et Jonnesco rapportent plusieurs observations de malades atteints de maladie rhumatismale chez qui l'affection s'est manifestée uniquement pendant plusieurs semaines par des signes infectieux. Les arthralgies n'ont apparu que d'une façon très tardive ou d'une manière discrète, si bien que le diagnostic a pu rester indéterminé et que l'on a pu penser dans certains cas à une tuberculose aiguë, à une septicémie.

La maladie rhumatismale, affection chronique à incidents aigus, offre des poussées évolutives soit essentiellement articulaires, soit à manifestations viscérales prédominantes, soit à manifestations surtout infectieuses. Ces dernières ne sont pas toujours aisées à dépister, mais il faut toujours y penser en présence de pyrexies non identifiées.

Sur un cas d'hématome méningé de nature encéphalitique. — M. Darléguy.

Ictère hémolytique splénomégalique chez un hérédo-syphilitique porteur de lambliase cholédocienne. — M. Doré.

Syndrome oculo-sympathique paralytique transitoire au cours du traitement novarsénobenzolique d'un hémisyndrome bulbaire. — M. Doré.

Congestions pulmonaires ou pleuro-pulmonaires simples à répétition (types de Potain-Serrand, Dupré-Grasset ou Woillez). Nature tuberculeuse probable ou démontrée (six observations inédites). — MM. G. Caussade et André Tardieu. Parmi les sept observations, trois ont fait la preuve de la tuberculose. Dans l'une, la nature bacillaire pouvait être soupçonnée lors de la première atteinte, en raison de la lymphocytose pleurale. Dans les deux autres, l'affection pulmonaire initiale évolua complètement suivant le type classique de la maladie de Woillez.

Dans la quatrième et la cinquième observations, la preuve absolue de la tuberculose n'a pu être établie au cours de trois poussées congestives survenues à intervalles de un ou deux ans. Mais, dans l'une, elles se produisirent toujours au même siège, et, dans l'année, une récidive s'accompagna d'une tuberculose pleuro-péritonéale.

Stase cholédocienne mise en évidence par l'épreuve du tétraiodophénolphtaléine chez un cholécystectomisé. — MM. Guy Laroche et J.-A. Huet communiquent un cas exceptionnel de stase cholédocienne révélée par la radiographie après l'épreuve du tétraiode, chez un malade ayant subi un an auparavant une ablation de la vésicule biliaire et présentant une poussée d'ictère.

Sur le cliché, on constate à la hauteur du flanc droit de la IIe vertèbre lombaire, une image ovalaire très nette indiquant la stase du tétraiode en ce point.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 MAI 1927)

Les troubles vestibulaires dans la démence précoce catatonique. — MM. H. Claude, H. Baruk et M. Aubry ont étudié les réactions vestibulaires dans 13 cas de démence précoce, dont 4 cas de catatonie. Ils ont constaté chez ces quatre catatoniques une diminution extrêmement considérable et même, chez certains malades, une abolition totale des mouvements réactionnels aux épreuves galvaniques et caloriques. Les réactions subjectives sont également nulles, même après des excitations d'une intensité extrême. Ces constatations permettent, dans une certaine mesure, d'individualiser la

forme catatonique dans laquelle on constate certains signes objectifs spéciaux que l'on ne retrouve ni dans les autres maladies mentales, ni même dans les autres formes de démence précoce.

M. BABONNEIX. Les auteurs ont-ils une idée sur la signification de ces troubles du labyrinthe chez les catatoniques?

M. BARUK. La question est très complexe, et nous l'avons encore à l'étude. En tout cas, il ne saurait s'agir de négativisme.

Sur la digestion salivaire de l'amidon cru. — M. E. POZERSKI. Pour être rendu digestible par la salive, l'amidon doit être préalablement transformé en empois, en milieu aqueux, sous l'effet de la chaleur.

La digestion de l'amidon dans le tube digestif humain est donc un phénomène très explicable, puisque l'homme ne consomme, en général, que de l'amidon cuit.

Le problème de la digestion de l'amidon chez les animaux, est plus obscur. Comment les animaux transforment-ils l'amidon pour le rendre digestible?

Se basant sur l'observation des ruminants et des oiseaux granivores, dont le tube digestif est adapté au broyage des graines (rumination et broyage dans le gésier) Pozerski étudie la digestion de l'amidon préalablement broyé au mortier. Il constate que l'amidon ainsi traité devient digestible par la salive.

On peut expliquer ainsi la digestion de l'amidon cru chez certains animaux.

Le vacuome (appareil de Golgi) au cours de l'ovogénèse et du développement de l'oursin. — Mme Marguerite PARAT montre que le vacuome (appareil de Golgi) donne naissance au vitellus par condensation et déshydratation; inversement l'hydratation cellulaire, au cours du développement aboutit à l'hydrolyse du vitellus et donne naissance à tout ou partie du vacuome.

Vacuome et inversion des phases cytoplasmiques dans l'œuf d'oursin activé. — Mme Marguerite et M. Maurice PARAT tirent de leurs expériences de coloration vitale la conclusion que le vacuome est intimement lié aux phénomènes d'hydratation intracellulaire et qu'il représente sans doute une phase protéique aqueuse du cytoplasma dispersée dans une phase lipoïde.

Action d'une température élevée sur le vacuome de l'œuf d'oursin. — MM. B. EUPHRUSSI et Maurice PARAT. Des expériences de chauffage à 30° renforcent les conclusions ci-dessus en montrant que la phase aqueuse réagit à la chaleur différemment que le reste du cytoplasme.

Etude numérique du croît d'un bacille pyocianique dans un milieu de culture liquide. — M. Jean RÉGNIER et Mme Suzanne LAMBIN suivent par numération directe la poussée d'un bacille pyocyanique ensemencé, en nombre connu, en bouillon et placé à 37°. Ils constatent vers le deuxième jour l'arrêt de la multiplication et voient que la vitesse de bipartition se ralentit depuis le début de l'expérience. Les auteurs étrangers notent, au contraire, avant cette phase de multiplication ralentie, une phase de latence, puis une phase de multiplication rapide et constante.

Il semble que ces différences tiennent au nombre des microbes ensemencés, les auteurs étrangers ensemençant relativement très peu de germes.

— Société de biologie de Lyon (séance du 23 mai 1927) :

Sympathique cervical et sécrétion nasale. — MM. L. JUNG, R. TAGAND et F. CHAVANNE, dans une note antérieure, étudiant l'innervation des glandes de la muqueuse nasale chez le chien, ont constaté que la sécrétion provoquée par la pilocarpine était rendue beaucoup plus intense par suppression de l'innervation sympathique, faisant ainsi apparaître le rôle fréno-sécrétoire de celle-ci.

Au cours de nouvelles recherches, ils apportent de ce rôle une démonstration plus nette encore, et en dehors de toute action pharmacodynamique; après résection du ganglion cervical supérieur d'un côté et dégénérescence consécutive des fibres nerveuses intéressées, ils faradisent simultanément les deux blocs sphéno-palatins : la sécrétion ainsi provoquée est beaucoup plus intense (5 à 8 fois) du côté opéré.

Il est donc confirmé que les glandes de la muqueuse nasale possèdent une innervation double, comprenant deux sortes d'éléments antagonistes : les uns, excito-sécrétoires, appartenant au parasympathique cranien, empruntent pour arriver au nez des rameaux du trijumeau, les autres fréno-sécrétoires, d'origine sympathique, sont inclus dans les efférents du ganglion cervical supérieur.

Sur l'isolement de la fraction active de la toxine diphtérique par abaissement du pH. — M. P. SÉDALLIAN et Mlle J. GAUMONT. En amenant à pH 4,7 une toxine diphtérique active, on constate l'apparition d'un floculat qui renferme la majeure partie de la toxine, le liquide resté clair en paraissant dépourvu. A ce floculat est liée non seulement la propriété toxique, mais aussi la propriété antigène. Le pouvoir floculant avec les sérums antidiphtériques paraissant beaucoup plus dispersé.

— Société de biologie de Marseille (séance du 24 mai 1927) :

Contribution biologique à l'étude des huiles de sélaciens. Huile de foie de Centrina vulpecula Rond. — MM. KOLLMANN, F. VAN GAVER et J. TERRION-DAVID.

Essais d'application de la microcalcimétrie aux tissus animaux vivants. — M. J. COTTE.

Tracés microcalcimétriques obtenus avec des muscles de grenouille. — M. J. COTTE.

Utilisation de la gélatine formolée pour le précipito-diagnostic de la fièvre typhoïde. — MM. S. COSTA, L. BOYER et L. JAUR ont substitué au mélange filtrat-typhique + gélatine au bouillon pour le précipito-diagnostic de la fièvre typhoïde qu'ils ont proposé antérieurement, le mélange filtrat-typhique + gélatine à l'eau légèrement formolée. Cette modification au procédé primitif a le double avantage de permettre la réalisation de la réaction à l'étuve à 37 degrés et d'éliminer toute cause d'erreur à la lecture, en empêchant le développement de germes toujours possible avec des sérums prélevés sans précautions suffisantes.

(SÉANCE DU 11 JUIN 1927)

Observations sur le mécanisme de l'infection et de l'immunité vaccinale. — M. Harry PLOTZ montre que le virus de la vaccine se répand par la peau à partir du point d'inoculation et atteint les régions les plus éloignées de la peau avant la formation de la pustule. A ce moment, le virus disparaît des régions éloignées de la peau et peut être retrouvé exclusivement dans la pustule. C'est à ce moment également que l'immunisation s'établit. Bien que le sang des animaux vaccinés renferme des anticorps, ni leur sérum, ni leur peau injectés à des animaux neufs ne protègent ceux-ci contre une vaccination ultérieure. Le degré de l'immunité dépend de l'étendue de la peau vaccinée et de la dose de virus employée.

Influence des rayons ultraviolets sur la valeur de la réserve alcaline du sang des nourrissons et des enfants. — MM. LEENHARDT et CHAPTAL ont trouvé que l'exposition aux rayons ultraviolets émis par une lampe à vapeur de mercure a augmenté d'une façon constante et rapide la valeur de la réserve alcaline du sang de vingt et un nourrissons et enfants qu'ils ont examinés suivant la méthode de Van Slyke.

Chez treize enfants normaux la réserve alcaline atteignit très vite la valeur de celle des adultes.

L'élévation fut beaucoup plus sensible dans huit cas d'acidose au cours du rachitisme et de l'hypothrepsie et constitue ainsi une preuve du rôle de l'acidose dans ces dystrophies qu'améliorent si considérablement les rayons ultraviolets.

Toxines des streptocoques hémolytiques et réaction de Dick. — MM. E. Sacquépée et Ph. Lesbre. Un test intradermique identique à celui de Dick pour la scarlatine a permis aux auteurs de démontrer la généralité du pouvoir toxigène des streptocoques hémolytiques isolés des affections chirurgicales les plus diverses. L'activité toxique est habituellement en rapport évident avec la gravité clinique. Ces intradermo-réactions et les épreuves de Dick proprement dites ont montré dans l'ensemble une évolution concordante chez des sujets sains, des scarlatineux et des malades atteints de streptococcies chirurgicales; elles ne semblent donc pas présenter de différence fondamentale.

Intradermo-réactions aux toxines streptococciques chez le cheval. — MM. E. Sacquépée, Ph. Lesbre et G. Bouet. La positivité chez le cheval des intradermo-réactions aux toxines des streptocoques hémolytiques d'origine scarlatineuse ou chirurgicale permet d'élargir le contrôle comparatif de l'activité de ces toxines limité jusqu'à présent à l'épreuve de leur injection dans le derme de l'homme. Ces intradermo-réactions, simplement œdémateuses, sont nulles chez les chevaux immunisés par la toxine homologue, plus ou moins atténuées chez ceux qui ont reçu une toxine hétérologue. Des streptocoques viridans pathogènes sont également susceptibles de manifester un faible pouvoir œdématogène qu'une immunisation intérieure par un streptocoque hémolytique annule. Ces expériences mettent en évidence une certaine communauté des propriétés toxigènes chez les streptocoques, les scarlatineux y compris.

Disparition temporaire de la réaction de Dick sous l'influence de diverses éruptions cutanées. — MM. Robert Debré, Maurice Lamy et Henri Bonnet ont observé la disparition de la réaction de Dick chez des sujets venant de présenter un exanthème. Le fait est fréquemment observé après une rougeole normale. Cette modification du sens de la réaction n'est nullement comparable à celle qui survient après l'évolution d'une scarlatine; elle est transitoire et la réaction de Dick redevient positive une vingtaine de jours après la disparition de l'exanthème morbilleux. Elle n'est pas liée à l'apparition d'une immunité humorale comme le démontre l'absence d'antitoxine dans le sérum de ces sujets. Le même phénomène s'observe dans la plupart des érythèmes, et les auteurs l'ont obtenu en provoquant artificiellement un érythème actinique ou par sinapisme. Il est à rapprocher de la disparition de la cuti-réaction à la tuberculine après un érythème provoqué par les rayons ultraviolets (Carnot).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 27 juin (suite). — Jury : MM. Sebileau, président; Hartmann, Delbet et Couvelaire. — M. Espaillat. Traitements chirurgicaux actuels de la méningite otitique. — M. Delplace. Du traitement de la blennorragie chez l'homme par l'ozonothermie. — M. Denis. L'état actuel du traitement de l'urétrite gonococcique chez l'homme.

Jury : MM. Ménétrier, président; M. Labbé, Sergent et

Lemierre. — M. BAUDE. Etude historique sur quelques moyens de prophylaxie antivénérienne individuelle. — M. SABATIÉ. Une page d'histoire médicale : La peste à Lectoure du XVe au XVIIIe siècle. — M. LIQUIER. La méthode concentrique dans le diagnostic des psychonévroses. — M. DENOYELLE. Etude des souffles continus de la région xiphoïdienne. — M. BOURGEOIS. Granulies curables. — M. CAPART. Fréquence de la localisation juxta-scissurale des cavernes tuberculeuses. — M. KOURILSKY. Les abcès des poumons. — M. AMARAGGI. Stases duodénales chroniques par viscéroptoses. — Mlle FRENKEL. Les formes chroniques des pneumopathies, bacilles de Friedlander. — M. LANGENHAGEN (DE). Le tétanos des moignons. — M. MARCEAU. L'occlusion intestinale aiguë causée par les péri-entérocolites. — M. SCHALEK. Polycythémie et tuberculose splénique. — M. LASSUS. Corvisart et la cardiologie.

Mardi 28 juin. — Jury : MM. Brindeau, président; J.-L. Faure, Jeannin et Terrien. — M. BOURGEOIS. Etude des tumeurs rares de la langue (tumeurs fibreuses). — M. DASSONVILLE. Sur les syncopes chloroformiques. Manière de les prévenir et de les traiter. — M. GUÉRIN. Notions pratiques de transfusions sanguines. — M. MARTINEAU. Les xanthomes vrais et les pseudo-xanthomes infectieux. — M. GUILMARD. L'ictère des nouveau-nés. — M. RICHARD. Etude de la version par manœuvres externes. — M. GRULLON. Conduite à tenir dans les stases papillaires au cours des syndromes d'hypertension intracranienne. — M. LELIÈVRE. Etude des amauroses posthémorragiques. — M. RENARD. Etude de la pathogénie et de l'étiologie de l'ophtalmie sympathique.

Jury : MM. Lejars, président ; Cunéo, Duval et Lemaître. — M. GONTARD. Les luxations récidivantes de la mâchoire inférieure. — M. GRESSARD. Etude sur le traitement de certaines affections abdominales douloureuses par les irradiations locales de chaleur et de lumière. — M. BAUZET. La cordotomie. — M. MATON. La voie du canal palatin postérieur pour l'anesthésie régionale endonasale. — M. QUIRET. Laryngites et périlaryngites phlegmoneuses. — M. ABRIA. A propos du pronostic des ulcères perforés gastro-duodénaux.

Jury : MM. Marfan, président; Nobécourt, Richet et Dognon. — M. BRÉON. Etude des vomissements du nourrisson. — M. FOUBERT. Le nanisme rénal. — M. SAMSOËN. Coryza diphtérique du nourrisson et broncho-pneumonie des enfants. — M. SCHLESINGER. Etude de l'hypotonie musculaire de la première enfance. — Mlle BONDOUX. Répercussions morphologiques de l'hypoalimentation (deuxième et troisième enfance). — M. LEBIS. Varicelle et pemphigus. — M. MONTMIGNAULT. Immunisation antidiphtérique par voie nasale. — Mme ZUCMAN. Etude du traitement de la péritonite tuberculeuse.

Jury : MM. Lecène, président; Rathery, Chevassu et Moure. — M. BERNSTEIN. Hydarthrose tuberculeuse du genou chez l'enfant. — M. BERSON. Etude du traitement des ruptures traumatiques de l'urètre. — M. DOSSIOS. Traitement de la luxation congénitale de la hanche par mobilisation précoce. — Mlle GAUTHIER-VILLARS. Etude des métastases ovariennes des épithéliomes digestifs. — M. HUET. Etude des fractures du nez. — M. ISMOJIK. Etude des troubles gastriques et duodénaux dans la maladie de Hirschprung.

Mercredi 29 juin. — Jury : MM. Roger, président; Bernard, Gosset et Debré. — M. KALOMIRIS. L'action sur l'intestin isolé normal ou pathologique dans ses rapports avec l'équilibre neuro-végétatif. — M. MESPLOMB. Considérations relatives au traitement des ostéites typhiques et paratyphiques. — M. HAURY. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les voyages au long cours. — M. BERTRAND. Du rhinosclérome (traité par la diathermo-coagulation). — M. ADDRÉ-MARY. Etude de la curiethérapie des cancers. — M. LAZARD. Considérations sur l'importance de l'azotémie en fonction de la constante d'Ambard.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Panisset, Moussu et Nicolas. — M. BELIN. De la culture simultanée de deux virus filtrants dermotropes. Etude des complexes vaccine aphteuse. — M. BOURGEOIS. Etude des leucocytes du lait et essai de leuco-diagnostic des états physiologiques et pathologiques de ce liquide. — M. DAUVOIS. Considérations sur la fièvre charbonneuse en Beauce.

Jeudi 30 juin. — Jury : MM. Guillain, président; Claude, Sicard et Lévy-Valensi. — M. MALE. Etude du rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie des troubles mentaux de l'enfance. — M. MÉDIONI. Essai sur le caractère d'Amiel à la faveur des conceptions psycho-pathologiques contemporaines. — M. VALENCE. Etude des états interprétatifs (en dehors du délire d'interprétation). — M. JOUET. Etude anatomique et clinique des artérites juvéniles des membres. — Mme KAPLAN. Etude des algies postzostériennes. — M. SUFFRIN. Aspects atypiques de l'acrodermatite continue d'Hallopeau. — M. A. PUCHE. Etude des syndromes alternes dans l'encéphalite épidémique. — M. ROCHETTE. Etude sur l'étiologie et traitement du lupus érythémateux. Rôle de la syphilis.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Ménétrier, président; Bernard, Brindeau, Sergent, Terrien, Moussu, Panisset, Coquot, Bresson, Dechambre, Henry, Robin et Bourdelle. — M. BERNARD. Farcin du bœuf. — M. DOROTTE. La tuberculose bovine dans le cheptel laitier senonais. — M. FONTAINE. Les dystocies par excès de volume du fœtus dans l'espèce bovine. — M. CRÉMONT. Tuberculose des carnivores domestiques, son danger social. — M. THIEULIN. Recherches sur le globe oculaire et la vision des carnivores domestiques.

Jury : MM. Bezançon, président; Carnot, Tiffeneau et Busquet. — M. PIQUARD. Etude de la digestion gastrique chez les enfants du second âge. — M. RAY. Etude des abcès froids présternaux chez l'adulte. — M. DELÉAGE. Des crises viscéralgiques du tabes simulant des affections justiciables de la cure de Vichy. — M. FALGÈRES. Etude de quelques complications tardives des gelures des pieds. — M. PERRIER. Le nitrite de soude en injections chez les hypertendus. — Mlle PAGÈS. De la diathermo-coagulation dans le traitement des métrites cervicales chroniques. — M. MORCHAIN. Troubles gastriques postpleurétiques. — M. MALINVAUD. De l'utilisation thérapeutique du camphosulfonate de soude soluble dans l'eau. — M. SCHMIDL. Etude expérimentale et clinique de quelques diurétiques mercuriels de la série cyclique. — M. MANDELSTAMM. De l'action possible du thymus sur les organes génitaux.

Jury : MM. Achard, président; Jeanselme, Teissier et Sézary. — Mlle HADAMARD. Etude de la pression intrapleurale au cours des thoracentèses. — M. MORNET. Du rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte et en particulier de ses formes frustes. — M. SAMSON. Le goitre endémique basedowifié. — M. GUYOT. La variole à Paris en 1925-1927. — M. DUCOURTIOUX. De quelques méthodes du traitement du lupus tuberculeux. — M. FOURCADE. Le traitement arsénobismuthique de la syphilis précoce. — M. POUZIN. Du botryomycome et de son traitement par les injections intraveineuses de novarsénobenzol. — M. SOMMEYRE. Etude de l'actinomycose (actinomycose du corps thyroïde). — M. LEFÈVRE. A propos de quelques observations nouvelles de syphilis des glandes salivaires. — M. NICOLLE. Les dystrophies maxillo-faciales en médecine générale.

Manuel théorique et pratique de psychologie médicale, par M. S. KRETSCHMER, professeur de psychiatrie à l'Université de Marburg. Traduit d'après la troisième édition par M. le docteur S. JANKÉLÉVITCH. Un volume in-8 de la Bibliothèque scientifique, avec 24 illustrations. — Prix : 30 fr. net. — Paris, Payot.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie chirurgicale.* — Séance du 1er juillet. — Question donnée : « Hernie crurale étranglée. Signes, diagnostic et traitement. »

— Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 29 juin. — MM. Kahn, 11 ; Moutard, 8; David, 10.

Séance du 1er juillet. — MM. Marchand, 9; Joly, 14; Chaperon, 12.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours du clinicat.* — Sont proposés après concours :

Clinicat médical. — Comme chefs de clinique titulaires avec traitement : Mme Bertrand-Fontaines (hôpital Cochin); MM. Bloch (hôpital Beaujon); Libert (Hôtel-Dieu); sans traitement : MM. Isch-Wahl, Lévy (hôpital Cochin); Hamburger, Escolier (hôpital Beaujon); Froment, Terris (Hôtel-Dieu); Cayla, Celice, Pollet (hôpital Saint-Antoine).

Comme chef de clinique adjoint : M. Rochet (Hôtel-Dieu).

Clinicat thérapeutique médical. — Comme chefs de clinique sans traitement : M. Plichet (hôpital de la Pitié).

Clinicat médical propédeutique. — Comme chefs de clinique sans traitement : MM. Turpin, Kourilsky (hôpital de la Charité).

Clinicat des maladies nerveuses. — Comme chefs de clinique titulaires sans traitement : MM. Darquier et Decourt.

Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques. — Comme chef de clinique titulaire sans traitement : M. Huet.

Clinicat gynécologique. — Comme chefs de clinique : MM. Bonnet (Louis) et Chevalier.

Clinicat obstétrical. — Comme chefs de clinique : MM. Sureau, Seguy, Mlle Tisserand, M. Weill-Spire.

— Le 11 juillet 1927, à 16 h. 1/2, sera inauguré 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, le musée physiologique de M. Charles Verdin (instruments utilisés en physiologie, en clinique, en psychologie expérimentale et en phonétique).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Laignel-Lavastine (de Paris) et Tabaraud (de Saumur).

Officier d'Académie. — M. le docteur Gautier (de Dreux)

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 17e décade, du 11 au 20 juin, 949 décès, au lieu de 964 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.030, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La variole et la varioloïde ont causé 1 décès; 4 cas nouveaux ont été déclarés par les médecins, au lieu de 1 pendant la décade précédente (la moyenne est 0).

La rougeole a causé 16 décès, au lieu de 24 pendant la décade précédente (moyenne 12). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 178, au lieu de 180 pendant la décade précédente (moyenne 161).

La scarlatine a causé 5 décès, au lieu de 10 pendant la décade précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 116; il s'élevait à 145 pendant la décade précédente (moyenne 76).

La diphtérie a causé 5 décès, au lieu de 9 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 64, au lieu de 100 pendant la décade précédente (moyenne 79).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs A. Darier (de Paris), Edouard

Bénazet, décédé à la Roche-Bellusson (Indre) et M. Lucien Dosser, interne des hôpitaux de Reims, décédé à la suite d'une maladie contractée dans son service; le professeur Tarassévitch (de Moscou).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 JUIN 1927)

Des injections d'autolysats cancéreux dans le traitement des cancers. — M. Joseph Thomas apporte des faits expérimentaux et des faits cliniques qui lui permettent de conseiller aux chirurgiens qui ont enlevé un néoplasme de faire suivre l'intervention d'injections de tissus autolysés pour éviter une récidive.

L'auteur se demande si ces injections ne pourraient pas être employées pour prémunir contre l'apparition éventuelle du cancer. Il n'a pas hésité à faire sur lui-même cette vaccination préventive.

Sur les propriétés hypoglycémiantes du sulfate de galégine. — MM. H. Simonnet et G. Tauret,

Agglutinabilité acquise au contact des filtrats scarlatineux par les bactéries chauffées à 60 degrés. — MM. Jean Cantacuzène et O. Bonciu.

Le métabolisme énergétique (le métabolisme de sommet et le métabolisme de base) au cours de la tuberculose expérimentale. — M. X. Chahovitch et Mlle Vichnjitch.

Election. — M. Charles Fabry a été élu membre de la section de physique générale en remplacement de M. Daniel Berthelot par 51 voix contre 1 à M. Abraham, 1 à M. Langevin et 1 à M. G. Sagnac.

M. Alexis Carrel a été élu correspondant pour la section de médecine et de chirurgie par 46 voix contre 5 à M. Jean Cantacuzène, 1 à M. Abelous et 1 à M. G. Weiss.

LIVRES NOUVEAUX

Affections de l'appareil urinaire (1) [Clinique médicale des enfants], par P. Nobécourt.

Recueil de leçons cliniques professées de 1920 à 1925, qui fait suite aux recueils analogues publiés ces dernières années sur les affections des appareils respiratoire et circulatoire et sur les maladies de la nutrition.

L'auteur y étudie les diverses formes de néphrite qu'on rencontre chez l'enfant, néphrites albuminuriques, néphrites hématuriques, néphrites œdémateuses, néphrites azotémiques, néphrites hypertensives, dans leurs formes pures et selon les diverses combinaisons où elles ont accoutumé de s'associer. L'étude théorique en est illustrée de nombreuses observations cliniques personnelles, et le professeur Nobécourt insiste sur l'importance qu'il y a pour le diagnostic et le pronostic des cas complexes à établir chez ces malades le bilan du fonctionnement physiologique, non seulement du rein, mais encore de la fonction cardio-vasculaire. A côté des descriptions des néphrites l'étude de syndromes : éclampsie, hématurie, hémoglobinurie paroxystique a frigore, albuminuries de station. Des études développées sont consacrées également aux néphrites scarlatineuses de l'enfant, à l'influence d'une scarlatine sur une néphrite antérieurement constituée; aux rapports qui de plus en plus s'affirment importants entre les infections pharyngées et l'apparition de troubles rénaux. D'intéressantes leçons mettent également au point la question de la maladie amyloïde, des néphrites du purpura, de la lithiase vésicale, des pyélites et pyélonéphrites, des tumeurs du rein.

La presque totalité de la pathologie urinaire de l'enfant est ainsi passée en revue et mise au point dans un exposé où la théorie se concrétise en observations cliniques.

L. BABONNEIX.

(1) Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Samedi 2 juillet. — Jury : MM. Guillain, président; Nobécourt, Lévy-Valensi et Vaudescal. — Mlle Willème. Une consultation de nourrissons à la campagne. — Mme Maillard. Etude médico-sociale chez les enfants atteints de glossoptose avant et après le traitement eumorphique. — M. Haye. La typhodiphtérie et ses complications. — M. Gervaise. Du rôle et de la fréquence des injections pneumococciques au cours de l'épidémie de diphtérie de l'hiver 1926-1927. — M. Artin. Etudes et traitements des porteurs de germes diphtériques. — M. Rozsa. Considérations à propos d'un cas de tabès héréditaire. — M. Rothéa. La pléonostéose familiale (maladie d'André Léri).

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Jeanselme, président; Bezançon, Rathery, Panisset, Henry, Nicolas, Coquot, Robin, Moussu et Maignon. — M. Barrier. De la pyovaccination. — M. Issermann. Etude de la gale folliculaire. — M. Beny. Etude de la torsion des pédicules vasculaires de l'intestin grêle chez le cheval. — M. Créquigne. De l'emploi des diastases cellulaires en médecine vétérinaire. — M. Gadais. Des péricardites exsudatoires par corps étrangers à évolution atypique. — M. Lavy. Etude de la physiopathologie des mouvements respiratoires.

Lundi 4 juillet. — Jury : MM. Legueu, président; Hartmann, Couvelaire et Sergent. — Mlle Gliksman. Résultats fournis par la radiothérapie dans le traitement des cancers du sein. — M. Minassiantz. Un cas de suppuration du canal thoracique et d'adéno-phlegmon sus-claviculaire consécutif à un cancer du pylore. — M. Fumery. Péritonites d'origine rénale non traumatiques, non postopératoires. — M. Raffault. Contribution à l'étude de l'ostéosynthèse. — M. Hollander. Etude des opérations mutilantes dans la coxalgie fistulisée grave. — M. Delaunay. Etude des courbures et pseudarthroses congénitales des os de la jambe. — M. Henriot. Etude de la césarienne transpéritonéale basse. — M. Allin. Des occipito-postérieurs (Maternité de Lariboisière). — M. Minet. Troubles urinaires déterminés par la rétroversion de l'utérus grave. — Mlle Bouté. Pleurésies symptomatiques de la dilatation des bronches.

SUR LA VACCINOTHÉRAPIE DES BRONCHO-PNEUMONIES INFANTILES

ROLE DU BACILLE DIPHTÉRIQUE DANS LES BRONCHO-PNEUMONIES

Par MM. H. GRENET et J. DELARUE.

La vaccinothérapie des broncho-pneumonies infantiles a été mise à l'étude surtout depuis l'épidémie de grippe de 1918; divers vaccins ont été employés dès cette époque à titre préventif et curatif.

Minet (de Lille) a repris la question depuis 1920, et a largement contribué à la diffusion de la méthode. Aujourd'hui les travaux se sont multipliés; et leur nombre même, les principes différents qui les ont inspirés, ont jeté quelque confusion. De plus, en même temps qu'elle a trouvé d'ardents défenseurs, la vaccinothérapie a été combattue et son utilité contestée. A l'heure où son étude va être reprise avec ampleur au prochain Congrès de pédiâtrie de Lausanne, il nous a paru utile d'exposer, en nous appuyant surtout sur les faits que nous avons observés, les résultats qu'on en peut attendre.

Les vaccins les plus employés répondent aux types suivants :

Vaccin de Minet (1). — Stock-vaccin composé de pneumocoques (100 millions), streptocoques (50 millions), staphylocoques (350 millions), bacilles pyocyaniques (100 millions); — stérilisation par chauffage discontinu.

Vaccins iodés de Ranque et Senez (2). — Vaccin antipneumo-streptococcique, — et vaccin polyvalent (pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, tétragènes, catarrhalis); — stérilisation par l'iode qui est ensuite éliminé par l'hyposulfite de soude; on obtient ainsi une émulsion pure, sans antiseptiques.

Vaccin antipyogène de Bruschettini (3). — Streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, coli-bacilles, pyocyaniques. Les microbes sont prélevés dans le sang même de l'animal infecté expérimentalement. Les cultures sont ensuite injectées dans la cavité pleurale du lapin, en même temps que l'on détermine un afflux leucocytaire; l'exsudat, recueilli aseptiquement, est émulsionné dans une solution physiologique et stérilisé par l'éther; une partie des germes est autolysée, détruite par les leucocytes et leurs ferments : « L'action protectrice du vaccin est déterminée, non par la bactérie elle-même, mais par la bactérie qui a vécu dans l'organisme au contact des leucocytes vivants, provoquant pendant ce contact entre germes et leucocytes des interactions qui ont engendré la véritable substance vaccinante et curative. »

(1) Minet. Traitements actuels de la pneumonie et des affections pulmonaires aiguës, *Bull. gén. de thérap.*, nov. 1926, p. 406 (article résumant l'ensemble des travaux de l'auteur).

(2) Chevrel, Ranque, Senez et Gruat. Prophylaxie bactériothérapique des complications de la grippe par la vaccination mixte pneumo-streptococcique, *Soc. de biol.*, 25 janv. 1919. — Chabert. La vaccinothérapie dans le traitement des pneumonies prolongées et des broncho-pneumonies traînantes de l'enfant, *Th. de Montpellier*, 1925.

(3) Bruschettini. La vaccinothérapie dans les infections à pyogènes, *Soc. de pathol. comparée*, 13 mai 1924.

Vaccin entérococcique. — Pour Thiercelin, l'entérocoque joue un rôle certain dans les infections grippales et broncho-pneumoniques. Aussi préconise-t-il un *vaccin entérococcique*, qui s'administre par voie buccale (1).

Vaccin de Weill et Dufourt (2). — Weill et Dufourt (de Lyon) attribuent aussi à l'entérocoque une importance considérable dans les broncho-pneumonies infantiles. D'autre part, ils estiment que le streptocoque, trop souvent confondu avec l'entérocoque, n'est peut-être pas aussi fréquent qu'on le croit dans la flore microbienne; et que, lorsqu'il se rencontre, toute thérapeutique vaccinale devient illusoire. Aussi le *vaccin de Weill et Dufourt* a-t-il pour caractéristiques la présence de l'entérocoque, l'absence de streptocoques. C'est un vaccin chauffé, comprenant : pneumocoques I, II, III, un tiers; entérocoques, un tiers; tétragènes et staphylocoques, un tiers.

Lysats-vaccins. — Les *lysats-vaccins de Duchon* ont été récemment étudiés. Pour cet auteur, les émulsions de microbes n'ont qu'une valeur antigénique faible; il n'en est pas de même si l'on met en liberté, en les atténuant, les endotoxines, qui, autrement, restent adhérentes aux corps microbiens. On a déjà cherché à obtenir la lyse microbienne par des procédés divers. Duchon a remarqué que les microbes cultivés au contact du pyocyanique sont rapidement dissous, en même temps que leurs toxines sont atténuées. La filtration de la lyse ainsi obtenue permet d'obtenir un vaccin vivant, dépourvu de corps microbiens. La composition du lysat-vaccin (3) est la suivante : pour 1 centimètre cube; bacilles diphtériques, 2.500 millions; streptocoques, 3.500 millions; pneumocoques, 2.500 millions; staphylocoques, 10.000 millions; bacilles de Pfeiffer, 7.500 millions; micrococcus catarrhalis, 3.000 millions; coli-bacilles, 2.500 millions.

La forte polyvalence de ce vaccin et la présence du bacille diphtérique sont déterminées par deux constatations importantes.

Suivant Duchon (4), lorsque chez un enfant broncho-pneumonique traité par un vaccin, survient, après une première phase d'amélioration, une aggravation avec recrudescence de la fièvre, on trouve, dans la flore bactérienne, un microbe qui n'entrait pas dans la composition du vaccin : il s'agit d'une surinfection due à un microbe non atteint par la vaccinothérapie initiale. Pour se mettre autant que possible à l'abri de ces surinfections, il faut donc multiplier les espèces microbiennes du vaccin.

D'autre part, Duchon a mis en évidence le rôle du

(1) Thiercelin. Le vaccin entérococcique dans le traitement de la grippe, *Journ. méd. franç.*, mars 1925, p. 92.

(2) Weill et Dufourt. Essais de vaccinothérapie dans la broncho-pneumonie, *Soc. de biol.*, 7 juillet 1924, p. 687.

(3) L. Duchon. Formule des lysats-vaccins des broncho-pneumonies, *Soc. de biol.*, 4 déc. 1926.

(4) L. Duchon. Les broncho-pneumonies infantiles et leur traitement par les lysats-vaccins, *Th. de Paris*, 1926.

bacille diphtérique dans les broncho-pneumonies infantiles en milieu hospitalier (1). Ce fait a tout d'abord été fortement contesté. Guillemot et nous-mêmes l'avons souvent vérifié à l'hôpital Bretonneau. Le professeur Marfan (2) aux Enfants-Assistés; d'Œlsnitz (3) à Nice; et plus récemment Cathala et Apert (4) aux Enfants-Malades, ont fait des constatations identiques. Tantôt l'infection par le bacille diphtérique résulte d'une contagion hospitalière; et tantôt il existe dès l'admission du malade. Il s'agit toujours, en pareil cas, de formes graves.

L'introduction du bacille diphtérique dans le lysat-vaccin paraît donc parfaitement justifiée. Mais il y a lieu d'agir directement sur l'intoxication diphtérique, par la sérothérapie. Faire la sérothérapie seulement quand le bacille est constaté, c'est risquer d'arriver trop tard; et la faire à doses faibles ou moyennes, c'est risquer d'agir d'une manière insuffisante : les malades peuvent succomber alors avec un syndrome toxique caractérisé par la pâleur et l'adynamie. Il faut donc injecter le sérum d'une manière précoce (dès l'admission de l'enfant) et intensive (120.000 unités antitoxiques en trois jours). C'est à ces conditions qu'on peut avoir une notable proportion de succès dans des formes particulièrement redoutables, et qu'on voit disparaître les courbes de surinfection sur lesquelles Duchon a bien insisté.

La vaccinothérapie des broncho-pneumonies est encore à l'étude; il serait prématuré d'affirmer dès maintenant la supériorité de tel ou tel des vaccins proposés; le principe même de la méthode est contesté.

Nous voulons seulement, sans entrer dans une longue discussion, exposer les résultats obtenus par la méthode de Duchon : sérothérapie antidiphtérique systématique et injections de lysats-vaccins. Nous montrerons, croyons-nous, qu'on obtient ainsi une amélioration certaine des statistiques.

Il importe tout d'abord de rappeler quelle est la mortalité habituelle des broncho-pneumonies infantiles dans les hôpitaux de Paris.

Comby, en 1895, avait observé, sur 715 cas de rougeole, 85 broncho-pneumonies avec 70 morts (81,39 p. 100). Hutinel et Paisseau estiment la mortalité à environ 80 p. 100. Le professeur Marfan, en 1916, indiquait les chiffres suivants (à l'hôpital) : enfants de moins de six mois, 100 p. 100; de six mois à un an, 90 p. 100; de un à deux ans, 75 p. 100. D'après Beauchard, à l'hôpital Bretonneau, la mortalité atteignait : en 1915, 81 p. 100; en 1916, 81,6 p. 100; en 1917, 78,5 p. 100; en 1918, 83 p. 100.

Les résultats qui ont été obtenus à l'hôpital Bretonneau dans le service du docteur Guillemot et dans le nôtre s'espacent sur onze mois (juin 1926-1er mai 1927) :

Sur 169 cas de broncho-pneumonie, 53 morts, soit 31,36 p. 100. Dans cette statistique globale entrent les broncho-pneumonies de la rougeole (68 cas, 22 morts, soit 32,35 p. 100) et les broncho-pneumonies de la diphtérie (12 cas, 2 morts).

Mais si l'on veut étudier l'action d'un traitement dont les effets ne peuvent pas être absolument immédiats, il est légitime de retrancher 20 cas (dont 8 chez des rougeoleux et 2 chez des diphtériques) suivis de mort dans les quarante-huit premières heures du séjour à l'hôpital. Nous obtenons alors les chiffres suivants :

Broncho-pneumonies de toutes catégories : 149 cas, 33 morts, soit 22,14 p. 100.

Broncho-pneumonies de la rougeole : 60 cas, 14 morts, soit 23,33 p. 100.

Broncho-pneumonies de la diphtérie : 10 cas, tous guéris.

Chez les enfants de 0 à un an, 39 cas, 10 morts (un peu plus du quart des cas).

Parmi les 10 guérisons obtenues chez des enfants atteints de diphtérie clinique, on comptait 4 cas de diphtérie compliquée de rougeole ; dans l'un d'eux, évolution simultanée de broncho-pneumonie et de syndrome diphtérique secondaire; dans un autre, croup tubé. Un autre de nos diphtériques guéris était aussi atteint de croup.

La valeur de cette statistique nous semble indiscutable, car elle porte sur un grand nombre de cas observés pendant un temps prolongé. Elle est très analogue à celle que Duchon a publiée dans sa thèse et qui, recueillie dans le même milieu hospitalier, s'arrête au moment où nous commençons la nôtre : de telle sorte qu'en additionnant les résultats de Duchon et les nôtres, on obtient plus de 300 cas avec une mortalité de 22,22 p. 100. Samsoen et Mlle S. Dreyfus ont eu des résultats semblables dans le service du professeur Marfan.

Mais à ces chiffres on pourrait, semble-t-il, en opposer d'autres. Cathala (1) en a signalé qui paraissent nettement défavorables. Ses observations, qui toutes ont trait à des broncho-pneumonies de la rougeole, sont au nombre de 40, avec 32 morts et 8 guérisons. Mais il convient de retrancher 18 cas dans lesquels le traitement a été insuffisant. Il reste 22 cas avec 14 morts. En éliminant 5 autres observations où les circonstances surajoutées peuvent rendre compte de l'insuccès, on trouve encore 9 morts sur 17 cas.

(1) L. Duchon. La vaccinothérapie des broncho-pneumonies de l'enfant. Importance de l'infection diphtérique (recherche du bacille). La vaccination par les lysats-vaccins, *Paris méd.*, 19 fév. 1927, p. 188.

(2) Samsoen et Mlle S. Dreyfus. Essais de prophylaxie et de traitement de la broncho-pneumonie par les vaccins polymicrobiens à l'hospice des Enfants-Assistés, *Presse méd.*, 16 mars 1927, p. 341. — Chevalley. Diphtérie sans fausses membranes et mortalité du premier âge à l'hospice des Enfants-Assistés, *Soc. de péd. de Paris*, 17 mai 1927.

(3) D'Œlsnitz. La séro-vaccinothérapie des broncho-pneumonies de l'enfant et de l'adulte. Indications, contre-indications et résultats, *L'Hôpital*, avril 1927, p. 261.

(4) J. Cathala. Traitement des broncho-pneumonies de la rougeole par les lysats-vaccins et le sérum antidiphtérique (méthode de Duchon). — Apert. Discussion de la communication de Cathala. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3 juin 1927, in *Bulletin* du 10 juin, p. 893.

(1) J. Cathala. Traitement des broncho-pneumonies de la rougeole par les lysats-vaccins et le sérum antidiphtérique (méthode de Duchon), *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3 juin 1927, in *Bulletin* du 10 juin, p. 893.

La statistique de Cathala nous paraît passible de plusieurs critiques (1) : c'est une statistique courte; et l'on risque, en jugeant sur un petit nombre de faits observés dans un temps peu prolongé, de tomber tantôt sur une bonne et tantôt sur une mauvaise série. Les observations de Cathala ont toutes trait à des cas graves, avec présence habituelle du bacille diphtérique; or, il est à remarquer que les injections de sérum antidiphtérique n'ont été ni très précoces ni intensives.

Léchelle (2), sur 12 cas, a 5 morts et 7 guérisons (broncho-pneumonies morbilleuses). Là encore, les faits sont trop peu nombreux pour être retenus et pour permettre un pourcentage. Remarquons, en outre, que l'on n'indique pas pendant combien de temps a été poursuivi le traitement; les décès survenant dans les quarante-huit premières heures ne peuvent être comptés au passif de la méthode. Enfin, le bacille diphtérique n'ayant pas été constaté, la sérothérapie n'a pas été faite, sauf dans 4 cas, mais nous ne savons ni à quelle époque, ni à quelle dose.

Apert (3) a donné la statistique *globale* de la mortalité de la rougeole. Elle n'a pas été très différente, depuis qu'il a employé les lysats-vaccins, de ce qu'elle était auparavant, en dehors de toute vaccinothérapie. Mais si l'on défalque les cas dans lesquels le vaccin ne pouvait agir et ceux qui n'ont pas été traités, il reste 68 observations de broncho-pneumonie. On peut les classer en deux catégories. Au début la sérothérapie n'a pas été faite d'emblée, mais seulement après constatation du bacille diphtérique : 21 cas, 7 guérisons, 14 morts.

Ultérieurement la sérothérapie antidiphtérique a été précoce et intensive : 47 cas, 34 guérisons, 13 morts.

Il a donc suffi d'appliquer la sérothérapie en se conformant à la technique de Duchon pour renverser la proportion de mortalité : de deux tiers, elle devient inférieure à un tiers, diminuant ainsi de plus de moitié.

Apert reconnaît donc l'importance du bacille diphtérique et les bienfaits de la sérothérapie précoce; mais il ne croit pas à l'utilité des vaccins. Cette négation ne ressort pas de sa statistique. Il faudrait connaître quelle est la mortalité des broncho-pneumonies de la rougeole traitées uniquement par la sérothérapie antidiphtérique. Or, nous savons l'extrême gravité des broncho-pneumonies chez les diphtériques rougeoleux, malgré le sérum.

Nous avons apporté, avec Guillemot (4), une statistique courte (50 cas) recueillie en cinq mois, et qui tire son intérêt de ce que le traitement a été rigoureusement appliqué selon les règles indiquées : la mortalité a été inférieure au quart des cas (11 sur 50), et, chez les enfants de moins de deux ans, inférieure au tiers des cas (8 sur 21).

Duchon (1) a montré des courbes empruntées à Samsoen qui vient de les publier dans sa thèse. Elles sont singulièrement éloquentes. Un bon vaccin polymicrobien, sans vaccin diphtérique, fait décroître la température de certaines broncho-pneumonies. Mais si la fièvre remonte et si les symptômes s'aggravent, on constate que le bacille diphtérique est intervenu. Continue-t-on simplement la vaccinothérapie primitive, l'affection évolue vers la mort; mais, si l'on injecte alors un lysat-vaccin diphtérique, la température baisse à nouveau, et la guérison survient dans un certain nombre de cas; d'autres malades, malgré l'intervention du lysat diphtérique, et malgré la sérothérapie instituée *à ce moment*, succombent avec un syndrome toxique. C'est ce syndrome toxique que l'on peut éviter si l'on pratique *d'emblée*, aussi près que possible du début de la maladie, une sérothérapie antidiphtérique intensive.

Ainsi, l'abaissement de la température sous la seule influence du vaccin diphtérique, dans certains cas, est un fait à retenir en faveur de la spécificité de la vaccinothérapie; l'amélioration des statistiques par la sérothérapie précoce prouve qu'il faut lutter d'emblée contre l'intoxication diphtérique, au moins dans les milieux où la présence du bacille de Klebs-Löffler est reconnue comme fréquente chez les broncho-pneumoniques.

Tels sont les faits essentiels qu'il nous a paru utile d'exposer.

Sur les résultats de la vaccinothérapie elle-même, de nombreuses observations, dues à des auteurs qui ont employé des vaccins différents, (et souvent dans des circonstances où le bacille diphtérique n'intervenait sans doute pas avec la même fréquence que dans les milieux où nous avons poursuivi nos recherches), paraissent des plus encourageantes. Nous rappellerons surtout les travaux de Minet, les thèses de Salvetti (2) et de Chabert (3) (vaccins iodés de Ranque et Senez), les articles de Weill et Dufourt, les thèses de Bouvier (4), de Riou (5) (vaccin de Weill et Dufourt), les communications de d'Œlsnitz et de ses collaborateurs sur la séro-vaccinothérapie, la statistique de Rohmer et Goehrs (6), la thèse de Duchon. Avec les divers vaccins, on a observé des diminutions indiscutables de la mortalité. Nous avons donné les chiffres que nous avons obtenus avec les

(1) H. Grenet, L. Guillemot, Ch. Flandin. Discussion de la communication de Cathala. *Soc. méd. des hôpit. de Paris, Bulletin* du 10 juin 1927, p. 902-909-910.

(2) Léchelle. Discussion de la communication de Cathala. *Soc. méd. des hôpit. de Paris. Bulletin* du 10 juin 1927, p. 906.

(3) Apert. Discussion de la communication de Cathala. *Soc. méd. des hôpit. de Paris, Bulletin* du 10 juin 1927, p. 904.

(4) L. Guillemot et H. Grenet. Sur le traitement des broncho-pneumonies infantiles, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 10 juin 1927, p. 850.

(1) L. Duchon. A propos de la communication de M. Cathala sur la lyso-vaccinothérapie dans les broncho-pneumonies, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 10 juin 1927, p. 853.

(2) Salvetti. Bactériothérapie antipneumococcique et antistreptococcique ; action prophylactique et curative, *Th. de Montpellier*, 1920.

(3) Chabert. La vaccinothérapie dans le traitement des pneumonies prolongées et des broncho-pneumonies traînantes de l'enfant, *Th. de Montpellier*, 1925.

(4) J. Bouvier. La vaccinothérapie dans le traitement des broncho-pneumonies infantiles, *Th. de Lyon*, 1924.

(5) Riou. *Th. de Lyon*, 1927.

(6) P. Rohmer et R. Goehrs. Quelques résultats de la vaccinothérapie dans la broncho-pneumonie du premier âge, *Réunion péd. de Strasbourg*, 23 mai 1925.

lysats-vaccins; mais, c'est le principe même de la vaccinothérapie en général que nous défendons ici.

On a voulu soutenir que les résultats obtenus sont dus non à une action spécifique, mais à la protéinothérapie (1). Il nous paraît incontestable que la protéinothérapie n'est pas seule en jeu. Nous n'en voulons pour preuves que les faits suivants : dans les suppurations qui surviennent chez des broncho-pneumoniques traités par un vaccin, d'Œlsnitz ne trouve qu'un microbe qui n'entrait pas dans la composition du vaccin employé; Duchon fait des remarques semblables à propos des surinfections. Chatin (2) avec le vaccin de Weill et Dufourt, Rouèche et Vanbockstael (3) avec le vaccin iodé pneumo-strepto de Ranque et Senez, Marfan avec un vaccin préparé par Salimbeni (4), semblent bien avoir réalisé d'une façon efficace la prophylaxie de la broncho-pneumonie en milieu infecté. Nous-mêmes avons vu à plusieurs reprises une rougeole évoluer normalement, sans aucun accident thoracique, au décours d'une broncho-pneumonie traitée par le lysat-vaccin. Bien que Ribadeau Dumas et Chabrun n'aient constaté aucun effet préventif en employant chez les nourrissons un vaccin antipneumococcique, il nous semble difficile de nier la réalité d'une immunisation active.

L'importance du rôle joué, dans certains milieux tout au moins, par le bacille diphtérique, et que Duchon a eu le grand mérite de mettre en évidence, est incontestable, et fait comprendre certains échecs de la vaccinothérapie employée isolément. Mais la nécessité d'appliquer en même temps la sérothérapie antidiphtérique précoce et intensive ne saurait constituer un argument contre la vaccinothérapie : les deux méthodes doivent se combiner, au moins dans les milieux hospitaliers parisiens. L'étude des statistiques a entraîné notre conviction ; mais on ne peut se faire une opinion précise qu'en examinant avec grand soin les cas et les modes d'application du traitement. Dans les observations qui paraissent défavorables, on relève, comme nous l'avons indiqué, des erreurs de technique. Nous voudrions, par l'exposé que nous venons de faire, ébranler certains scepticismes ; en rappelant la valeur des travaux consacrés à ce sujet, nous espérons convaincre les médecins de la grande importance des méthodes vaccinothérapiques, auxquelles il ne suffit pas d'opposer un dédaigneux négativisme *a priori*.

(1) Ribadeau Dumas et Chabrun. Essais de bactériothérapie dans les infections de l'enfant en bas-âge, *Soc. de péd. de Paris*, 15 fév. 1927, p. 97.

(2) Chatin. Mesures prophylactiques contre la broncho-pneumonie dans les maisons maternelles et dans les pouponnières, *Journ.. de méd. de Lyon*, 5 déc. 1925.

(3) H. Rouèche et Vanbockstael. A propos de la prophylaxie de la broncho-pneumonie chez les enfants de moins d'un an, *La Médecine infantile*, juin 1926.

(4) Samsoen et Mlle S. Dreyfus. Essais de prophylaxie et de traitement de la broncho-pneumonie par les vaccins polymicrobiens à l'hospice des Enfants-Assistés, *Presse méd.*, 16 mars 1927, p. 341. — Samsoen. Coryza diphtérique du nourrisson et broncho-pneumonie infantile à l'hospice des Enfants-Assistés, *Th. de Paris*, 1927.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

(25-29 juin 1927.)

La septième session des Journées médicales vient de se terminer. Comme les années précédentes ces Journées ont constitué en Belgique un véritable événement national.

Une fois de plus, nos excellents amis de *Bruxelles médical* ont réalisé ce tour de force d'attirer, de retenir et de charmer plus de 1.500 adhérents! Avec un art infini, MM. Léopold Mayer, René Beckers et Bernard ont su renouveler leur programme, et, avec l'aide de M. le professeur Jean Verhoogen, le plus admirable des présidents, ils en ont assuré l'exécution avec leur maîtrise habituelle. Le grand nombre de médecins venus de France, d'Espagne, d'Italie, du Luxembourg, des Pays-Bas, pour ne parler que des plus voisins, indique l'intérêt soutenu que les organisateurs ont su donner à la septième session. La preuve la plus frappante en a été donnée par l'affluence des praticiens belges, tant wallons que flamands. Elle fut cette année tout à fait significative.

Ce n'est pas diminuer le mérite des trois prestigieux organisateurs que de constater tout ce que les Journées médicales doivent à l'Auguste protection que n'ont cessé, dès leur origine, de leur accorder les Souverains belges. Le même intérêt visible leur a été témoigné par le gouvernement belge. Trois ministres ont participé aux *Journées*. L'un d'eux, M. Maurice Vauthier, un éminent universitaire, ne s'est pas contenté d'apparaître quelques instants à la séance d'ouverture. Il a reçu tous les délégués au ministère de l'Intérieur et a pris part à plusieurs réunions privées ou solennelles avec une simplicité et une bonne grâce charmantes.

Le grand et illustre bourgmestre de Bruxelles, M. Adolphe Max, ministre d'Etat, MM. les échevins nous ont eux aussi accueillis d'une façon inoubliable, associant largement la ville à la réception qui nous fut faite.

SÉANCE INAUGURALE

La séance d'ouverture a eu lieu le samedi 25 juin, dans le Palais des Académies. Cadre somptueux que pourraient envier nos savants de France.

S. M. la Reine honorait la séance de sa présence. M. Maurice Vauthier, ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène, présidait, ayant à ses côtés M. le professeur Jean Verhoogen, président des Journées et les délégués officiels : MM. Lacroix (Canada), Viggo Christiansen (Danemark), Bandelac de Pariente (Espagne), Jean Lépine (France), Kapsambélis (Grèce), Monti (Italie), Ren Kimura (Japon), Forman (Luxembourg), J.-L. Faure (Maroc), Velez (Mexique), Quix (Pays-Bas), Danielopolu (Roumanie), Robert d'Ernst (Suisse), le professeur Pierre Mauriac (de Bordeaux), MM. Mayer, Beckers et Bernard.

On remarquait encore MM. Salpeter (de Lwow), David (de Lille), Emile Gallemaerts et Emile Vandervelde (de Bruxelles), les généraux médecins Lebrun et Vilmaers, de l'armée belge; le docteur Gomez Ulla, de l'armée espagnole; MM. Brachet, Bordet, Arloing, Joltrain, Coutela, Laguesse, Teulières, Policard, Leriche, Besredka, Marcel Labbé, Balthazard, Chiray, Redaelli, Delchef. La Presse française était représentée par MM. Duchêne, Loeper et F. Le Sourd.

Dans une loge voisine de la loge royale avaient pris place les ambassadeurs de France, d'Angleterre, d'Espagne, du Japon, les ministres de Portugal, de Roumanie et de Suisse.

Après l'exécution de la *Brabançonne*, M. le ministre de l'Intérieur, ayant sollicité l'agrément de S. M. la Reine, déclara les Journées médicales ouvertes; puis, dans un discours plein

Association de la Presse médicale française.

de finesse et de cœur, il montra le rôle des Journées médicales et les conséquences importantes qu'elles doivent avoir au point de vue scientifique et humanitaire.

M. le professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de Lyon et délégué du gouvernement français, parla ensuite au nom des délégués étrangers. Il trouva les termes les plus heureux pour exprimer à S. M. la Reine la respectueuse admiration de tous les congressistes pour l'héroïque infirmière de la Panne.

M. René Beckers, secrétaire général, donna lecture de son rapport. Il signala la présence des représentants de trente et une nations et mentionna particulièrement les concours précieux que les médecins de Bruxelles, d'Anvers, de Gand, de Louvain, de Liége, ont tenu à apporter cette année aux Journées médicales. Cette union est le fait saillant qui doit être mis en valeur dans le beau rapport qui valut à M. René Beckers la plus enthousiaste des ovations.

M. le président Jean VERHOOGEN, en inaugurant ses fonctions, rappela la brillante présidence de M. le professeur de Moor, l'an dernier. Il indiqua l'importance des questions à l'ordre du jour. Puis, faisant un exposé des grands problèmes actuels, il exprima l'espoir qu'un chercheur de génie nous apporterait un jour prochain le moyen de vaincre le cancer.

LA CONFÉRENCE DE M. PIERRE MAURIAC

Les confins de la médecine et ceux qui les fréquentent. — Qu'il est donc difficile de donner un aperçu de la fine et délicate conférence de M. Pierre Mauriac sans s'exposer à trahir sa pensée. Pendant une demi-heure il sut nous charmer, nous émouvoir, et sans lasser son auditoire il aborda des problèmes qui auraient paru bien ardus avec tout autre conférencier.

M. Pierre Mauriac a débuté en rappelant un souvenir personnel, celui de son premier voyage en Belgique. Ce voyage fut court. Entré un matin de 1914 avec sa division, le soir même M. Mauriac était en retraite et il avait la tristesse d'abandonner la terre amie. Et il dépose aux pieds de la Reine, comme une gerbe douloureuse et royale, le souvenir des gars de Bordeaux, des Landes, du Béarn, du pays basque, ses camarades, qui eurent deux patries, la France où ils virent le jour, et la Belgique dont la terre les reçut après leur sacrifice glorieux.

Après cet exorde dont nous donnons une bien faible idée, et qui souleva une intense émotion, M. Pierre Mauriac aborde son sujet et délimite ces confins de la médecine où les biologistes se rencontrent avec les philosophes et font des échanges utiles pour les uns comme pour les autres. Parmi les philosophes, le conférencier fait une place à part à M. Bergson et il lui consacre une belle étude.

Mais aux confins de la médecine on ne trouve pas que des philosophes, il y a aussi des littérateurs. Zola eut recours un jour à Farabeuf pour écrire une page de la *Débâcle*. On rencontre aussi sur ces confins des écrivains ou des journalistes comme Etienne Burnet, Maurice de Fleury, J.-L. Faure, Voivenel, Charles Fiessinger... Il y a encore les transfuges de la médecine et ici M. Pierre Mauriac fait un spirituel et très délicat parallèle entre Léon Daudet et Georges Duhamel. Il cite aussi un autre transfuge, Georges Clémenceau, le père la Victoire dont le nom est aussitôt salué par une ovation.

Il y a encore sur ces confins des écrivains qui ne sont pas médecins mais qui ont eu trop de médecins autour d'eux, ce fut le cas de Marcel Proust, il y a aussi ceux qui auraient voulu être médecins comme M. Paul Bourget.

Désireux de rester un « informateur » et de ne pas devenir un « déformateur » nous devons nous contenter de citer la belle page fraternelle que Pierre Mauriac consacre avec une discrétion trop modeste à François Mauriac. En terminant le conférencier fait un nouveau parallèle entre le biologiste qui se consacre entièrement à la science, et le médecin qui donne à ses malades plus que sa science puisqu'il y ajoute ce qu'il y a de meilleur en ce monde un mouvement de charité.

Le succès de M. Pierre Mauriac a été des plus vifs. S. M. la Reine a tenu à le féliciter longuement au cours de la réception qui a suivi la séance d'inauguration.

Banquet officiel. — Le même soir eut lieu dans les salons du Résidence Palace, le banquet traditionnel. Il réunissait plus de 400 convives sous la Présidence de M. le ministre de l'Intérieur. A la table d'honneur on remarquait le corps diplomatique au complet et les délégués étrangers.

A la fin du repas qui fut extrêmement brillant, M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR porta le toast traditionnel au Roi, à la Reine, au duc et à la duchesse de Brabant. Puis il but aux gouvernements étrangers, aux Journées médicales et à leurs organisateurs et enfin à la cause de la paix et de la bonne volonté entre les hommes.

M. VERHOOGEN se félicita de pouvoir inaugurer les « soirées » médicales, et il but à la bonne humeur qui, avec la bonne chère, est si utile à l'équilibre de l'organisme. Notre ami le professeur DANIELOPOLU (de Bucarest) parla ensuite au nom des délégués étrangers, et le professeur LŒPER apporta au *Bruxelles médical* les félicitations et les vœux de la Fédération de la Presse médicale latine.

Après le banquet, dans le vaste atrium, Mayer nous fit assister à de gracieuses danses antiques qui eurent le plus vif succès.

Ce fut un agréable prélude aux réceptions inoubliables dont nous parlerons plus loin.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES DES JOURNÉES

Pendant les Journées médicales les matinées ont été généralement consacrées à des visites hospitalières, les après-midi à des conférences au Palais du Cinquantenaire qui a été particulièrement animé pendant ces quelques jours. Les Journées médicales coïncidaient en effet avec la Réunion de l'association générale des dentistes de Belgique.

Obligé de nous limiter et n'ayant pas le don d'ubiquité nous nous excusons de ne pouvoir le plus souvent que mentionner le titre des travaux extrêmement nombreux qui ont fait l'objet de conférences.

Dimanche 26 juin, matin.

M. le professeur Isidore Snapper (d'Amsterdam), a fait une très intéressante communication sur le *traitement du diabète par la synthaline*. Ses observations, très précises, montrent des résultats intéressants, mais quelquefois irréguliers.

M. le professeur Laguesse (de Lille) a fait une importante étude sur les *îlots endocriniens du pancréas et de l'insuline*. Il a longuement parlé des cellules de Langerhans, siège de la sécrétion interne de l'organe et a étudié sa physiologie, en rappelant le cas du chien de Hédon, vivant sans pancréas depuis trois ans et demi. Il a enfin indiqué le rôle préservateur de l'insuline et de son action curative.

M. Dujardin (de Bruxelles) a parlé de la *perméabilité vasculaire*. Il a rappelé ses expériences et ses constatations cliniques sur les réactions méningées au cours des méningites expérimentales, résumant dans sa conférence ses théories humorales.

M. Danielopolu (de Bucarest), a publié depuis plusieurs années de nombreuses et bien intéressants travaux sur le *traitement chirurgical de l'angine de poitrine*. Dans sa belle conférence illustrée de projections, il a réuni l'ensemble de ses recherches personnelles sur la pathogénie et le traitement chirurgical de l'angine de poitrine.

A 11 heures du matin, M. Wauters, ministre de l'Industrie et du Travail, a inauguré l'*exposition* de produits pharmaceutiques et instruments de chirurgie organisée par M. Lépine et dont le commissaire général était le docteur Jacques Rosenthal. Dans cette magnifique exposition qui remplissait le

grand hall nous avons été heureux de voir une très importante participation française (1).

Dimanche 26 juin, soir.

M. Policard (de Lyon) fait un exposé magistral des problèmes de la *physiologie osseuse*, après avoir rappelé clairement l'anatomie et l'histologie de l'os.

M. Leriche (de Strasbourg), continue la même étude, mais en s'occupant de la *pathologie et de la thérapeutique osseuses*.

Voici quelques faits sur lesquels il a particulièrement insisté : tout traumatisme engendre une réaction hyperhémique. Chez certains individus, cette réaction s'installe et dure longtemps. C'est ainsi qu'on voit d'anciens fracturés se plaignant de souffrir longtemps après leur guérison apparente. On ne trouve rien d'anormal au niveau de la fracture. Si on fait déshabiller le malade, on constate une atrophie musculaire plus ou moins étendue. Si on le radiographie, on constate de la raréfaction osseuse.

Au point de vue thérapeutique, M. Leriche pense que la chirurgie osseuse n'existe pas, elle existera le jour où nous pourrons déclancher des actions physiologiques qui seront celles de la consolidation de l'os elle-même.

La sympathectomie permet d'accélérer le rythme de la consolidation d'une fracture. Cette constatation, dont M. Leriche apporte deux exemples probants, permet de grands espoirs.

M. Teulières (de Bordeaux) a fait une conférence sur la *vaccinothérapie en ophtalmologie*.

M. Jean Lépine (de Lyon) fait une étude très complète de l'état actuel de la question de la *maladie de Basedow*.

M. Goldenberg (de Paris) étudie le *rôle de la peau en pathologie et en thérapeutique*.

M. le docteur Gomez Ulla, directeur du service de chirurgie des armées espagnoles, a fait un très bel exposé du *traitement des blessés de l'abdomen pendant les opérations militaires du Maroc espagnol*.

Dans l'après-midi, les dames furent reçues au Palais de Justice par M. Hennebick, bâtonnier de l'ordre des avocats. Un thé leur fut offert après la visite du Palais.

Soirée de Gala de la Monnaie. — Le Gala de la Monnaie a été de toute beauté. Leurs Altesses Royales le duc et la duchesse de Brabant occupaient la loge royale.

En face d'eux, M. le bourgmestre Adolphe Max était dans son avant-scène. Dans les loges, on remarquait le corps diplomatique et les délégués étrangers.

La représentation de *Turandot*, la dernière œuvre de Puccini, si différente de ses opéras antérieurs, a obtenu un magnifique succès.

Lundi 27 juin, matin.

La matinée fut consacrée à la visite des services hospitaliers.

A l'Institut de la rue Froissart, devant un grand nombre de visiteurs, M. Léopold Mayer, infatigable, pratiqua six grosses interventions de la façon la plus brillante. Sur sa demande, M. Gomez Ulla, chirurgien en chef de l'armée espagnole du Maroc, opéra avec un brio remarquable l'amputation du sein.

Puis les visiteurs entendirent un certain nombre de très intéressantes communications de MM. Max Cheval, Tant, R. Bernard, Cerf, Pautorte, Govaertsel Cornil, Couturier, Bodart, René Beckers et Van Doren.

A l'hôpital Saint-Jean, on assista à des démonstrations de MM. Jean Verhoogen et Vandervelde, des docteurs Jacque, Desmeth et Jauquet.

A la fondation Lambert, les docteurs Weymersch, à l'hôpital Saint-Gilles, et Hannecart, eurent des auditeurs nombreux.

Lundi 27 juin, soir.

M. le professeur Fernand Arloing (de Lyon), a exposé les travaux qu'il a réalisés avec le professeur A. Dufourt, sur le *virus filtrant tuberculeux et l'hérédité tuberculeuse*.

Il a indiqué les deux formes principales de cette hérédité : hérédité de graine ou directe et hérédité de terrain ou indirecte, puis il a rappelé la doctrine lyonnaise de Chauveau et de S. Arloing.

Passant à l'histoire des virus filtrants depuis leur découverte par Fontès, il rappela ses propres observations sur la constatation du virus tuberculeux filtrant dans l'organisme de fœtus issus de mères tuberculeuses avancées.

Ces notions sont d'ailleurs classiques depuis la publication des travaux de M. Arloing et il est inutile d'insister plus longuement sur leur très grand intérêt.

M. Watry (de Bruxelles), a parlé ensuite des *résultats du traitement physiothérapique des malformations maxillo-faciales*.

M. le professeur Besredka, de l'Institut Pasteur, a fait une remarquable conférence sur l'*immunité et les antivirus*.

M. le docteur La Barre, assistant à l'Université de Bruxelles, a fait une étude des plus intéressantes sur l'*insulinémie*.

Ce même après-midi, la *Ligue belge contre le rhumatisme* a tenu une réunion au Palais du Cinquantenaire. On entendit des discours de MM. Dekeuser, Van Breemen (d'Amsterdam), René Verhoogen (de Bruxelles) et Gunzburg (d'Anvers).

Les dames n'ont pas été oubliées et dans l'après-midi, M. Capart, conservateur en chef des Musées royaux du cinquantenaire a fait à leur usage une conférence illustrée de belles projections sur les récentes découvertes en Egypte.

La soirée de l'Hôtel de Ville. — Dans l'antique et merveilleux palais municipal de la Grand'Place, le Collège des bourgmestre et échevins de Bruxelles a reçu le soir même les Congressistes.

Le bel Hôtel de Ville, l'un des joyaux de la Belgique, était brillamment illuminé ce qui mettait en valeur d'une façon singulière les trésors artistiques qu'il renferme.

M. le bourgmestre Adolphe Max, ministre d'Etat et MM. les échevins ont reçu de la façon la plus aimable les visiteurs qui gardèrent de cette soirée une impression profonde.

Mardi 28 juin, matin.

La matinée a été occupée par la visite des différents services de l'hôpital Brugmann, de l'hôpital militaire et de la polyclinique de Bruxelles.

Les services et laboratoires de MM. René Verhoogen, Nolf, R. Danis, Spehl, Gunzburg, de Keyser, van Lint, Gandy, Derache, Glibert, Keersmaekers, Heyninx, La Barre ont été particulièrement visités.

Mardi 28 juin, soir.

Dans l'après-midi, au Palais du Cinquantenaire, M. le professeur Viggo Christiansen, l'éminent neurologue de Copenhague fit une très belle conférence illustrée de nombreuses projections sur les *syndromes simples, non hypophysaires, de la région chiasmatique*.

M. Langelez (de Bruxelles), étudia la *réparation des dommages causés par les maladies professionnelles en Belgique*.

M. Simard parla de la *prophylaxie et du traitement de la fièvre puerpérale par la vaccination locale*.

M. Jean de Winiwarter (de Liége), en savant anatomiste, traita *du thymus, de la thyroïde, du corps branchial ultime* et de leurs relations réciproques.

La leçon de M. Chiray (de Paris) sur le *diagnostic actuel*

(1) Nous avons particulièrement remarqué les stands Amido, Biochimie médicale, Blédine et produits Jacquemaire, Byla, Cantin, Choay, Comar, Cortial, de Contrexéville et d'Evian, Mouneyrat, Heudebert, Juin et Boinot, Rogier, Iscovesco, Lactobyl, Lecoq et Ferrand, Muthanol-Néolyse, Robert et Carrière, Sabatier, Scientia, Stene, Trouette-Perret, Usines du Rhône, Vigier, l'Istutito nazionale medico farmacologico, et les produits Roche.

de la cholécystite calculeuse fut d'ordre avant tout pratique. Avec une grande clarté le conférencier étudia les formes de la lithiase biliaire, les moyens de diagnostic de la cholécystite depuis le tubage duodénal jusqu'à la radiologie vésiculaire, et il insista avec raison sur les nombreuses causes d'erreur de diagnostic.

M. de Miédevielle a parlé ensuite sur le *traitement des affections des voies respiratoires par les inhalations de vapeurs balsamiques sous pression.*

M. van Bogaert (d'Anvers) a étudié le *diagnostic et le traitement des tumeurs médullaires.*

Enfin, M. Lauwers (de Courtrai) a consacré sa conférence à l'*ostéosynthèse dans le mal de Pott.*

La soirée fut remplie par de nombreuses réunions particulières et par un concert au Waux-Hall, dans le Parc Royal de Bruxelles.

Mercredi 29 juin 1927.

La dernière journée a été consacrée à la visite de Tournai, ville d'art et d'héroïsme où dès le matin un train spécial a emmené les congressistes. Nous eûmes le plaisir de trouver à Tournai nombre de confrères de Lille. La visite de l'admirable cathédrale et des principaux monuments, sous l'aimable direction de MM. Hocquet, Ravez et de M. le chanoine Warichez, occupa une partie de la matinée, puis le Collège des bourgmestres et échevins nous reçut solennellement dans son bel Hôtel de Ville. Aux discours de bienvenue succédèrent les coupes de champagne. Mais, comme nous étions venus aussi pour travailler, notre aimable confrère M. le professeur Fernand Héger Gilbert, nous initia de la façon la plus intéressante au *service médical pénitentiaire et au patronage des aliénés* qui, en Belgique, a été réalisé avec autant de dévouement que de succès.

Tandis qu'un admirable concert de carillon partait de l'antique Beffroi, nous nous sommes rendus à la Halle aux Draps, où, sous la présidence de M. le bourgmestre, un splendide banquet de 400 couverts nous permit de faire plus ample connaissance avec nos aimables confrères tournaisiens. A l'heure des toasts, le docteur Lemtz, président de l'Union médicale de Tournai, l'animateur de cette belle réunion, salua très cordialement les hôtes de la ville. Il eut pour chaque pays un mot charmant et mit tout son cœur dans son toast à la France. Il fut acclamé quand il porta la santé de nos amis Mayer, Beckers et Bernard.

M. Jean Verhoogen se fit l'interprète des visiteurs, ravis de pouvoir manger « dans du Tournai authentique ». Puis Bandelac de Pariente dit l'émotion et la gratitude des étrangers.

M. le bourgmestre de Tournai excusa le baron Houdart, ministre des Finances, un grand médecin lui aussi puisqu'il a stabilisé le franc belge, et il nous dit tout le plaisir que ses compatriotes avaient eu à nous recevoir dans leur antique cité. Mais l'heure pressait et il fallut s'arracher aux douceurs de Tournai pour aller visiter Belœil, le Versailles belge, où S. A. S. le prince de Ligne a bien voulu nous accueillir dans son magnifique château bien digne du grand siècle.

En terminant ce trop bref compte rendu des Journées médicales, dont l'organisation demeure un modèle inégalé, nous voudrions remercier nos amis de Belgique pour l'accueil inoubliable qui nous a été fait. Mais nous savons que nous ferions souffrir leur modestie en les remerciant d'une hospitalité qui est chez eux une véritable tradition. Nous nous bornerons à dire que des réceptions officielles et des réunions intimes nous gardons un souvenir ému et plein d'une vive gratitude.

F. LE SOURD.

— Les Journées médicales de 1928 auront lieu du 21 au 25 avril, afin de faire visiter aux congressistes, à Gand, où ils seront les hôtes de la Ville et de l'Université, les célèbres *Floralies.*

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACTION EN RESPONSABILITÉ POUR PRÉTENDU EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE CONTRE UN MÉDECIN. REJET.

Le Tribunal civil de la Seine, par un jugement du 1er décembre 1925, et la Cour d'appel de Paris, par un arrêt confirmatif du 7 mai 1927, ont eu à apprécier une espèce intéressante dans laquelle un médecin fut actionné en justice parce qu'ayant donné de la strychnine, au cours du traitement, le malade et, après son décès, sa veuve prétendaient qu'il y avait eu empoisonnement.

Voici les faits :

M. X... commença à être soigné en 1919 par le docteur Z... pour tabes bien caractérisé; le traitement consista en injections intramusculaires de sulfhydrargyre (Dausse), à raison de deux séries de douze injections. Auparavant, il avait été soigné par un autre médecin qui lui avait administré un traitement mercuriel pour une syphilis contractée à l'âge de dix-sept ans.

Le début du tabes a été impossible à déterminer d'une façon précise : X... se plaignait de rhumatismes; il était légèrement obèse; bon mangeur, peu buveur; ses urines ne contenaient ni glucose, ni albumine. Il était marié; mais n'avait pas d'enfant; et il fut constaté que sa femme n'avait pas fait de fausses-couches.

En 1920, X... eut une grippe avec congestion pulmonaire qui laissa après elle de l'asthénie; le docteur Z... lui ordonna à titre de tonique XXV gouttes de teinture amère de Beaumé par jour pendant dix jours. Le 17 septembre de cette année, comme la dépression persistait, il lui prescrivit *six milligrammes de strychnine* par jour pendant trois jours, puis *neuf milligrammes* par jour et le 26 septembre *douze milligrammes* par jour. Au cours de ce traitement, X... se plaignait, au dire de sa femme, de brûlures d'estomac et de sensation de décharge dans la tête, deux minutes après l'absorption des pilules de strychnine.

Le 1er octobre suivant, c'est-à-dire moins de quinze jours après le traitement ordonné par la strychnine, X... ressentit un grand malaise; il avait eu, au dire de sa femme, des convulsions. Cependant, il ne perdit pas connaissance; et, quand le docteur Z... le vit dans l'après-midi, il était étendu, calme, se plaignant d'avoir la tête lourde, des bourdonnements d'oreilles et des vertiges, de voir double et de ressentir des fourmillements dans les membres supérieurs et inférieurs à droite; très impressionnable à la lumière et au bruit, il ne pouvait pas boire, ce qui tenait, dit sa femme, à ce qu'il était très agité, mais non à la contracture des mâchoires qui n'existait pas. Les membres du côté droit étaient raides, mais les mouvements actifs et passifs encore possibles; les pupilles étaient rétrécies; le malade présentait du strabisme et un peu de diplopie.

1. En présence de cet état du malade, le docteur Z... prescrivit des inhalations d'éther, sirop de chloral, des purgations. Il revit le malade le soir et le lendemain; son état s'améliora; la diplopie s'atténua; la gêne des mouvements fut moindre. Au bout de quelques jours, le malade put faire quelques pas; mais le membre inférieur droit resta faible et offrit une légère incoordination des mouvements. Le malade avait l'impression d'un masque sur la figure; il conservait un peu de contracture à la main droite, en sorte que l'écriture restait irrégulière.

A ce moment, le malade cessa de consulter le docteur Z....

Le 31 mai 1921, X... fut pris après le déjeuner d'un violent malaise; il se coucha, perdit connaissance; il eut une hémiplégie gauche avec incontinence des sphincters. Le 6 juin 1921, il mourait emporté par une congestion cérébrale, suivant le diagnostic du docteur C... qui donna ses soins à X... lors de sa dernière maladie.

2. En raison des circonstances, X..., dès le 11 janvier 1921, assignait en dommages-intérêts le docteur Z..., en prétendant qu'il avait été empoisonné par l'absorption de la strychnine. La procédure fut continuée par sa veuve, après le décès survenu à la date indiquée. Le Tribunal confia à un professeur

de la Faculté de médecine de Paris le soin de s'entourer de tous renseignements sur la maladie dont était ou avait été atteint X..., de rechercher les causes de la mort, d'examiner les ordonnances du docteur Z..., de dire les effets thérapeutiques ou toxiques de la strychnine prise à dose massive, d'examiner si le docteur Z... avait dépassé les doses normales de cet alcaloïde en thérapeutique et de dire s'il était possible d'affirmer qu'il y eût eu relation de cause à effet entre les prescriptions du médecin et la mort ou l'aggravation de l'état de X....

L'expert procéda à sa mission. Il déclara que les faits, tels qu'ils ont été indiqués ci-dessus, s'enchaînaient logiquement au point de vue médical et qu'il ne paraissait pas douteux que X... eût succombé à un ictus, comme cela se voit souvent chez les tabétiques syphilitiques; et il ajouta : « Le traitement strychnique intensif appliqué en 1920 par le docteur Z... n'a pu être la cause de la mort de X... L'intoxication strychnique est une intoxication aiguë et ce n'est point six mois après l'absorption du poison qu'elle pouvait faire sentir ses effets. Le traitement a-t-il été la cause de l'accident subi par X... en 1920 au moment où il prenait de la strychnine? Nous répondrons négativement, car les symptômes relatés aussi bien par Mme X... que par le docteur Z... ne sont pas ceux de l'empoisonnement strychnique, mais ceux d'un ictus avec hémiplégie droite incomplète. » L'expert indiquait, en outre, que dans l'intoxication strychnique, la raideur et la contracture étaient bilatérales.

Quant aux doses données, il s'exprimait ainsi : « L'arséniate de strychnique a été prescrit par le docteur Z... aux doses progressives de 6, 9, 12 milligrammes par jour. Ce sont des doses qui peuvent paraître élevées, si on se rapporte aux anciennes habitudes thérapeutiques. Cependant, elles ne sont pas exagérées : les doses maxima indiquées par le Codex sont de 6 milligrammes pour une dose et de 18 milligrammes par vingt-quatre heures. Ces doses ont pu être dépassées sans inconvénients. Plusieurs thérapeutiques ont même appelé l'attention sur l'utilité des doses intensives et progressives. » Et l'expert terminait son rapport, en déclarant qu'il pouvait affirmer que la mort de X... ni même l'incident pathologique du mois d'octobre, n'avaient été causés par la strychnine et que la contracture légère de la main droite consécutive à l'ictus cérébral du 1er octobre était un symptôme habituel à la suite des hémiplégies incomplètes.

En un mot, l'expert concluait, en ce sens, qu'il n'y avait aucune relation de cause à effet entre l'ingestion au mois d'octobre 1920 et la mort survenue au mois de juin 1921, soit plusieurs mois après le traitement. X... était ataxique; il avait du tabès syphilitique et avait été soigné par plusieurs médecins pour la syphilis; il est mort d'un accident syphilitique qui s'est manifesté notamment par une attaque d'hémiplégie, tout d'abord partielle, puis totale.

3. La Cour d'appel de Paris, dans son arrêt du 7 mai 1927, déclare :

« Considérant que si le professeur..... n'a pas constaté personnellement les symptômes de la maladie à laquelle il a cru devoir attribuer la mort de X... survenue longtemps avant l'expertise, et si une discussion reste ainsi possible sur la justesse d'un diagnostic qui aurait pour base les observations plus ou moins exactes de tiers, le rapport de l'homme de l'art s'impose, au contraire, dans celles de ses parties où se trouvent consignées des vérités scientifiques de portée générale;

Qu'il est acquis, par les affirmations du professeur....., que l'effet toxique de la strychnine se produit pour tous dans un délai très bref et qu'il ne peut y avoir, en aucun cas, rapport de cause à effet entre l'ingestion de ce poison et la mort du malade quand ces deux événements sont séparés par un intervalle de plusieurs mois;

Que X... ayant suivi, aux mois de septembre et actobre 1920 le traitement à base de strychnine que lui avait prescrit le docteur Z..., il est impossible de rattacher à ce traitement la mort du malade survenue sept ou huit mois plus tard, en juin 1921;

Que cette impossibilité de tout rapport entre le traitement suivi et la mort suffit pour dégager la responsabilité du docteur Z..., sans qu'il y ait à rechercher si le malade a succombé à la maladie diagnostiquée après coup par le professeur..... ou à toute autre affection;

Considérant au surplus que le professeur... a constaté que les doses de strychnine prescrites par le docteur Z... à son client ne dépassaient pas celles qui sont permises par les règles de l'art;

Qu'ainsi et même s'il était démontré que X..., est mort empoisonné par la strychnine, il ne pourrait pas être relevé à la charge du docteur Z... l'une de ces fautes grossières qui sont susceptibles d'engager la responsabilité du médecin. »

La veuve de M. X... avait demandé qu'il fût procédé à l'autopsie du corps de son mari. Mais la Cour a répondu qu'une telle mesure d'instruction serait vaine et vouée à l'insuccès du fait même du long temps écoulé depuis le décès de X...; car les résultats quels qu'ils pussent être ne sauraient faire apparaître à la charge du docteur Z... le manquement aux règles de l'art qui était d'ores et déjà démenti par les affirmations catégoriques du professeur...

Il importe d'indiquer que pour réfuter les conclusions du rapport du professeur..., la veuve de M. X... affirmait que son mari n'était pas syphilitique et, pour justifier son affirmation, se fondait sur deux réactions de Wassermann faites le 28 avril 1917 et le 16 octobre 1920 qui avaient donné un résultat négatif. Mais il résulte de l'état actuel de la médecine que la réaction de Wassermann n'est pas un moyen certain de faire le diagnostic de la syphilis et qu'elle peut se montrer positive dans un certain nombre d'affections autres que la syphilis. La Cour n'a pas fait état de l'argumentation de la veuve de X...; car elle ne démontrait rien.

Son arrêt, rendu à la suite de la plaidoirie de notre confrère Louis Mercier, nous paraît à l'abri de tout reproche au point de vue juridique, en dehors du point de vue scientifique. C'est une règle inéluctable que pour justifier son action en dommages-intérêts, le demandeur doit établir un rapport direct de cause à effet entre l'événement qu'on incrimine et le décès du malade ou l'aggravation de la maladie. Déjà la Cour d'appel de Paris avait décidé, par arrêt du 12 janvier 1922 (*Gaz. Pal.*, 26 janv. 1922), que l'action en dommages-intérêts contre un pharmacien, en raison du décès d'un enfant attribué par le demandeur à l'absorption d'une mixture destinée à l'usage externe, par suite de l'erreur de son aide qui a collé sur la bouteille une étiquette indiquant que la mixture était destinée à l'usage interne, devait être déclarée mal fondée si le demandeur ne prouvait pas le rapport direct de cause à effet entre l'absorption de la mixture et la mort de l'enfant.

Ce qu'il faut retenir de ces décisions de jurisprudence, c'est que l'homme de l'art doit agir avec la plus grande prudence et la plus grande circonspection : lorsque la maladie tourne mal, soit en raison d'une aggravation, soit en raison de la mort, le malade ou ses représentants ont une tendance très marquée actuellement à rendre responsable le médecin. Il appartient donc à celui-ci de prendre toutes les précautions pour éviter un recours possible contre lui.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

KYSTES DE L'OVAIRE

SIGNES. DIAGNOSTIC. COMPLICATIONS (1)

a. **Une forme aiguë**. — Annoncée par des *poussées douloureuses* et *fébriles*.

Caractérisée à la période d'état par :

Des symptômes de suppuration profonde. — Température, frisson, altération de l'état général.

Des signes de pelvipéritonite. — Qui bloquent un kyste tendu et douloureux.

Evolution : *a.* L'ouverture dans *péritoine* est rare;

b. Dans le *rectum*, fréquente donnant une débâcle purulente.

L'évolution après ouverture spontanée se fait souvent *vers la chronicité* :

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 50, p. 838, n° 52, p. 874.

b. **Une forme atténuée** à *type cachectique*.

Les douleurs sont légères.

L'*altération de l'état général interne* avec amaigrissement, troubles digestifs, état cachectique, mouvement subfébrile.

Localement *péritonite plastique périkystique*.

L'ensemble pouvant faire penser parfois à la cancérisation : **Forme pseudo néoplasique.**

III. **DÉGÉNÉRATIVE**. — Sont les plus redoutables. Ces dégénérescences

a. S'observent dans les deux variétés de kystes mucoïde et dermoïde ;

b. Surtout chez les femmes âgées ;

c. Peuvent être *épithéliomateuses* ou *sarcomateuses*,

1. Il faudra penser à la transformation maligne si :

La tumeur augmente rapidement,

L'état général s'altère rapidement,

UNE ASCITE LIBRE, de plus en plus importante, apparaît.

La ponction permet de retirer un liquide citrin ou hémorragique.

Après la ponction, l'on trouve

Un petit bassin bloqué par une tumeur diffuse, irrégulière, bosselée ;

Parfois des nodules métastatiques sur le péritoine, l'épiploon.

2. Evolution :

a. **L'intervention** ne sera bien souvent qu'une laparatomie exploratrice. L'adhérence du kyste, les métastases rendant toute cure radicale illusoire.

b. Les rayons X ont pu donner, dans certains cas, des résultats appréciables.

c. **La mort** est la règle, par *cachexie* ou par accidents au bout de quelques mois.

IV. **OBSTÉTRICALES** : 1° **La grossesse** est rare. Le kyste de l'ovaire étant une cause fréquente de *stérilité*, parce que bilatéral souvent ou si unilatéral associé à des lésions scléro-kystiques du côté opposé.

2° **Pendant la grossesse**, se produit un échange de mauvais procédés.

Le kyste peut gêner la grossesse, prédisposant aux présentations vicieuses, aux avortements.

La grossesse retentit sur le kyste. Elle favorise l'éclosion des complications : infection par collibacillémie, rupture, tension.

3° **Au cours du travail** : *Le kyste abdominal*, à moins d'être très volumineux, gêne peu.

Le kyste pelvien est cause de dystocie grave.

C'est un « kyste praevia » qui :

Gêne la dilatation,

Favorise la rupture prématurée de la poche des eaux, l'infection, la rupture utérine, la mort in utero du fœtus.

4° **Dans les suites de couches** : *La torsion du kyste* serait fréquente.

Ces multiples complications font que

Dans la première moitié de la grossesse, tout kyste de l'ovaire doit être opéré.

Dans la deuxième moitié de la grossesse, seule une tumeur petite, mobile, non enclavée dans le pelvis, peut être respectée (Lecène)

DIAGNOSTIC

1° **DU KYSTE NON COMPLIQUÉ**, se pose différemment suivant son volume et son siège.

A. **Kyste abdominal**. 1° Est assez différencié d'une :

Tumeur rénale : hydronéphrose,

Tumeur du foie : kyste hydatique, grosse vésicule.

Tumeur de la rate.

Toutes : a. *viennent d'en haut* et sont suspendues dans le ventre ;

b. *Présentant une limite inférieure* nette ;

c. *En position de Trendelenburg*, descendent sous le diaphragme et n'ont aucune relation avec les organes génitaux.

2° Plus difficiles sont certains autres diagnostics tels :

1. **Rétention d'urine** simple à laquelle il faut toujours penser;

2. **Péritonite tuberculeuse enkystée**, peut simuler un kyste bloqué :

La grande étendue des lésions,

La fluctuation plus nette.

Les antécédents, les signes de bacillose associés, sont autant de signes particuliers.

Mais le diagnostic peut être très difficile.

3. **Grossesse surtout en cas d'hydramiose** :

Les troubles des règles.

L'état des seins,

L'augmentation de volume lors d'examens successifs.

4. **Fibrome**. — a. Non pas le fibrome interstitiel, s'accompagnant de métrorragie et se traduisant par un gros utérus,

b. Mais le *fibrome pédiculé sous-péritonéal*, mais sa consistance dure, solide, permet le diagnostic.

Ce dernier devient impossible en cas de *dégénérescence œdémateuse du fibrome*, qui est souvent pris pour un kyste.

3° Enfin, certaines tumeurs kystiques abdominales rares:

Kystes du mésentère,

Kyste du pancréas, peuvent être d'un diagnostic très difficile.

B. **Kyste pelvien**. — L'on sera amené à discuter des affections différentes

1° **En présence d'un kyste libre**, nettement indépendant de l'utérus :

a. *Pyosalpinx* : est douloureux, mais nettement circonscrit, souvent bilatéral.

Plus difficile devient le diagnostic

D'hydrosalpinx,

De certains abcès froids tubaires.

b. *Grossesse extrautérine*, a

Une consistance plus pâteuse,

S'accompagne de métrorragie après un retard de règles.

c. *Petit fibrome pédiculé*,

Plus dur, diagnostic parfois difficile.

2° **En présence d'un kyste enclavé**, éliminer :

a. *Utérus gravide rétroversé*.

b. *Une hématocèle pelvienne*,

La ponction exploratrice peut être utile.

c. *Un fibrome enclavé*.

B. **Kystes abdominaux très volumineux**, peuvent être d'un diagnostic difficile.

Une ascite. Il faut alors rechercher la sonorité lombaire, au besoin après insufflation du colon.

Diagnostic de la variété anatomique : est presque toujours impossible avant l'intervention.

Dans l'ensemble, le kyste dermoïde serait : plus petit, plus souvent douloureux, plus antérieur.

II. **DU KYSTE COMPLIQUÉ**. — **Les accidents aigus mécaniques** : *rupture*, *torsion*, pose le diagnostic des grands drames abdominaux :

Inondation péritonéale,
Appendicite perforante,
Pancréatite hémorragique,
Salpingite perforée.

Ces diagnostics peuvent être impossibles, mais la gravité des sympômes commande *toujours l'intervention*.

Les accidents de compression peuvent être engendrés par une tumeur pelvienne dont il faut établir la nature, et en cas de kyste éliminer

Un utérus gravide rétrofléchi,

Un fibrome enclavé.

La suppuration peut faire croire à une *salpingite* ou une *pelvi-péritonite* gonococcique ou puerpérale.

La dégénérescence doit toujours être soupçonnée chaque fois qu'un kyste de l'ovaire se complique *d'ascite*, se bloque, perd ses contours.

Telles sont les multiples manifestations cliniques des kystes de l'ovaire.

Le pronostic en reste dans l'ensemble bénin, mais la possibilité de complications dont certaines sont graves, font que tout kyste de l'ovaire diagnostiqué doit être chirurgicalement enlevé sans délai.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE,

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — La première séance de lecture pour l'anatomie aura lieu le lundi 8 août, à 18 h., à l'hôpital Laennec.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 4 juillet. — MM. Piot, 11; Truchot, 13; Le Goff, 11.

Séance du 6 juillet. — MM. Chaperon, 10; Truchot, 12; David, 11.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Ricard.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Nomination du chef des travaux anatomiques.* — Un arrêté en date du 4 juillet complète l'article 2 de l'arrêté ministériel du 26 mars 1912 ainsi qu'il suit :

« Dans le cas où la Faculté estime suffisants les titres d'un candidat, le Conseil de la Faculté peut décider que la place ne sera pas mise au concours et que le candidat sera présenté directement à la nomination du ministre. »

— Les diplômes de l'Institut d'hygiène ont été attribués à MM. Le Chuiton, Bossé, Goulley, Mlle Henry, MM. Pasquet, Leclainche, Werblunsky, Mlle Siegler, MM. Steponaitis, Lassus et Sidki.

— BORDEAUX. — M. le docteur Delmas-Marsalet a été proposé pour le titre de chef de clinique médicale.

— NANCY. — La chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication dudit arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 6 juillet 1927.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT-FERRAND. — Un concours s'ouvrira le 12 janvier 1928, devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Clermont.

— NANTES. — M. Laroque est nommé préparateur de physiologie à l'Ecole de médecine de Nantes, en remplacement de Mme Perrin.

— POITIERS. — Un concours s'ouvrira le 8 novembre, à l'Ecole de médecine de Poitiers, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite Ecole.

— ROUEN. — Le concours qui vient d'avoir lieu pour une place de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et obstétricales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen s'est terminé par la désignation de M. Pierre Cerné.

PRIX OSIRIS. — L'assemblée des cinq Académies de l'Institut de France, présidée par M. Louis Barthou, de l'Académie française, vient, sur le rapport de M. E. Roux, de décerner le prix Osiris (100.000 fr.) à M. Charles Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, pour l'ensemble de ses admirables travaux sur les maladies contagieuses, en particulier le typhus exantématique et la rougeole, et sur la fièvre méditerranéenne.

GUERRE. — (Réserve.) Sont nommés officiers honoraires :

MM. les médecins principaux Lejars, Lévy, Thérault, Millière, Gastou, Genouville, Cousin, Abelous.

MM. les médecins-majors Bouchacourt, Brion, Lefèvre, Loche, Gallois, Bourlaux, Dartigues, Girard, Lefèvre, Sassier, Nordmann, Labatt de Lambert, Foucart, Martin, Gourichon, Finet, Dessort, Balland, Chollet, Dutoya, Monteilh. (*J. O.*, 6 juillet 1927.)

IIe JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS (1929). — La *Revue médicale française* annonce que les IIe Journées médicales de Paris auront lieu au moment des fêtes de la Pentecôte (19 mai 1929).

VISITE DE MÉDECINS AMÉRICAINS. — Les membres de l'*Inter State postgraduate assembly of North America* visitent Paris cette semaine.

Un premier groupe a visité jeudi matin l'Hôtel-Dieu.

Un deuxième groupe s'est rendu à l'hôpital Saint-Louis.

Dans l'après-midi a eu lieu une visite à la Faculté de médecine et à la Cité universitaire.

Une très brillante réception a été offerte dans la soirée aux visiteurs en l'hôtel de la Fondation Salomon de Rothschild par la Bienvenue française.

Vendredi, l'hôpital Lariboisière, la Clinique Baudelocque et la Clinique Tarnier, l'hôpital des Enfants-Malades, l'hôpital Necker, la Salpêtrière et la Nouvelle Pitié ont reçu la visite des divers groupes de nos hôtes américains.

Dans l'après-midi a eu lieu la visite de l'Hôpital américain.

Samedi, enfin, auront lieu des visites à l'Institut Pasteur et à l'hôpital Cochin dans les services de MM. les professeurs Widal et P. Delbet, ainsi qu'à l'hôpital Broca où M. le professeur J.-L. Faure projettera des films opératoires.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 18 juillet 1927, à 21 h.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Conférence-visite au Musée du Service de santé militaire, à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, 277, rue Saint-Jacques.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Albert Florence, professeur honoraire de pharmacologie à la Faculté de médecine de Lyon; Sequer (de Paris); Trouëssart, professeur au Muséum d'histoire naturelle; Millet (de la Baule); Mlle Raphaela Campana, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux; le professeur Mossel (d'Heidelberg), prix Nobel de physiologie en 1910; Arnauts (de Geetbez), Ernould (de Liége).

TREIZE LEÇONS SUR LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES OSTÉO-ARTICULAIRES ET GANGLIONNAIRES ET QUELQUES ÉLÉMENTS D'ORTHOPÉDIE PRATIQUE, par le docteur Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck, avec la collaboration de MM. les docteurs Andrieu, Bouquier, Delahaye, chirurgiens assistants de l'Hôpital maritime; Mozer, Parin, chefs de laboratoire de l'Hôpital maritime; du docteur Lance, assistant d'orthopédie de l'hôpital des Enfants-Malades, et du docteur Ducroquet, du 18 au 30 juillet 1927.

Les cours auront lieu l'après-midi, à 2 h., à l'Hôpital maritime.

Les matinées seront consacrées à des démonstrations pratiques : examens cliniques, opérations, ponctions, confection de plâtres et d'appareils amovibles, démonstrations de laboratoire.

La première réunion aura lieu le lundi 18 juillet, à 9 h.

Pour tous renseignements, écrire à M. le docteur Delahaye, Hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

CHRONIQUE

VOYAGE D'ÉTUDES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER AUX STATIONS HYDRO-CLIMATIQUES DES PYRÉNÉES CENTRALES. — Le voyage d'études annuel de la Faculté de médecine de Montpellier aux stations hydro-minérales et climatiques s'est heureusement terminé le 14 juin au matin. Quarante étudiants en médecine de 4e et 5e années et quelques médecins ont visité les stations des Pyrénées centrales, sous la direction du professeur agrégé Giraud, qu'assistait, comme commissaire du voyage, M. le docteur Castagné, préparateur à la Faculté.

Ce voyage, rapide et magnifique, favorisé par le temps, a pu se dérouler avec une exacte et minutieuse rigueur. Il a comporté un enseignement intensif et fructueux dont voici le jalonnement :

10 juin. — Visite de la station climatique et de l'hôtel de Superbagnères, le matin. L'après-midi, visite des Termes de Bagnères-de-Luchon, visite des galeries souterraines et du vaporarium à 52°. Conférence de M. Giraud sur l'hydrogéologie générale des Pyrénées et sur les eaux sulfurées françaises et du docteur Pelon, sur Bagnères-de-Luchon.

11 juin. — Visite de Capvern et conférence du docteur Carcy sur Capvern. Visite de Bagnères-de-Bigorre et de Salut; à Salut, conférences de M. Giraud sur Bagnères-de-Bigorre.

12 juin. — Après un arrêt à Lourdes, visite d'Argelès-Gazost, station hydro-climatique et conférence de M. Giraud sur Argelès. Après un arrêt à *Gavarnie*, visite de Saint-Sauveur et conférences du docteur Macrez et de M. Paul Delmas sur Saint-Sauveur.

13 juin. — Visite de Barèges, et conférence de M. Giraud sur Barèges. Visite de Cauterets, de la Raillère et du Petit Saint-Sauveur, conférence du docteur Corone sur Cauterets.

Les voyageurs ont été l'objet de réceptions au Grand-Hôtel de Superbagnères, à la Société des médecins de Luchon, au Casino de Luchon où un beau concert leur a été offert, à Capvern, à Argelès, à Barèges, à Cauterets et au Petit Saint-Sauveur de Cauterets. Bagnères-de-Bigorre et Saint-Sauveur leur ont fait entendre des chœurs de montagnards vraiment émouvants, qu'a chaleureusement loués le docteur Castagné.

A côté de la partie scientifique, la visite de Lourdes, de Saint-Sauveur, du château de Mauvezin, de l'église de Luz, l'ascension de Superbagnères, du port de Peyresourde, du col d'Aspin, les avalanches de Barèges, l'excursion du cirque de Gavarnie ont été d'un puissant attrait.

Le voyage a pris fin le 13 au soir, à Cauterets, sur les discours de MM. le docteur Flurin, maire, et le docteur Meillon, président du syndicat d'initiative de Cauterets, de M. le professeur agrégé Giraud, au nom de la Faculté de médecine de Montpellier, de MM. le professeur Paul Delmas, le docteur Vitry, de Cette; le docteur Puech, chef de clinique; M. Chardonneau, chef interne des hôpitaux de Montpellier, au nom des différents groupes représentés dans la caravane.

Partis de Cauterets le 13, à 22 heures, embarqués à Lourdes à minuit, les voyageurs étaient de retour à Montpellier, le 14 juin à onze heures.

Les subventions de l'Office national du tourisme, de l'Institut d'hydrologie de Paris, de la Faculté de médecine de Montpellier, et le concours de toutes les stations visitées ont rendu possible l'exécution matérielle de cet important voyage, qui a été accueilli partout avec une très vive sympathie.

L. G.

TRAITEMENT DE L'ANGINE DE POITRINE

PAR LA MÉTHODE DE LA SUPPRESSION DU RÉFLEXE PRESSEUR [1]

(MÉTHODE PERSONNELLE)

Par M. le professeur DANIELOPOLU (de Bucarest).

Les recherches cliniques et anatomo-pathologiques n'étaient pas suffisantes pour éclairer le mécanisme de production de l'accès angineux. Il fallait associer aux faits anatomo-cliniques des recherches sur la physiologie des filets centripètes et centrifuges du cœur. Nous poursuivons depuis plusieurs années une série de recherches anatomiques et physiologiques sur ces nerfs, qui, en même temps qu'une série de faits résultant de nos investigations cliniques et anatomo-pathologiques, nous ont conduit à une hypothèse personnelle sur la pathogénie de l'angine de poitrine et le mécanisme de production de l'accès.

L'accès angineux est, selon nous, un phénomène de fatigue du myocarde, analogue à la fatigue du muscle volontaire, due à une insuffisance momentanée d'irrigation sanguine du cœur et étroitement liée à une série de réflexes cardio-vasculaires que nous avons groupés sous le terme de *réflexe presseur*.

Nous entendons par réflexe presseur un groupe de phénomènes végétatifs cardio-vasculaires, portant sur les filets excitateurs et composés d'une élévation de la pression sanguine, d'une accélération du cœur, d'un renforcement de la contraction cardiaque et peut-être aussi d'une vasoconstriction coronarienne. Ces phénomènes se produisent ensemble ou à l'état plus ou moins isolé.

Les facteurs qui président à la production de l'accès angineux sont *prédisposants* et *déterminants*.

Les *facteurs prédisposants* sont : les lésions coronariennes ou des orifices coronariens qui diminuent les limites entre lesquelles le travail du cœur peut augmenter sans qu'il en résulte une insuffisance d'irrigation sanguine du cœur; les lésions du plexus nerveux cardio-aortique qui, d'après nos recherches, consistent en des phénomènes d'infiltration et de dégénérescence des filets nerveux et des ganglions du plexus et qui rendent hyperexcitables les voies afférentes et efférentes conduisant les réflexes nécessaires au déclanchement de l'accès angineux; un état d'hyperexcitabilité général du système végétatif et du système sensitif viscéral et cérébro-spinal; peut-être aussi dans certains cas une aplasie des coronaires ou de leur orifice.

Les *facteurs déterminants* sont ceux qui augmentent le travail du cœur (effort, etc.), diminuent l'irrigation sanguine du myocarde (spasme des coronaires) ou les deux phénomènes à la fois.

Chez les sujets prédisposés d'une manière ou d'une autre, un facteur déterminant déclanche l'accès par un mécanisme nerveux. A la suite d'une insuffisance d'irrigation sanguine du myocarde, le cœur est insuffisamment débarrassé pendant la diastole des produits toxiques qui résultent de la contraction cardiaque. Les premiers produits toxiques qui prennent naissance excitent les terminaisons sensitives intracardiaques et provoquent un réflexe presseur qui, par l'élévation de la pression sanguine, l'accélération du cœur et peut-être aussi par une vasoconstriction coronarienne, aggrave l'insuffisance d'irrigation sanguine du myocarde. Il en résulte un cercle vicieux qui intoxique de plus en plus le myocarde : par l'excitation des terminaisons sensitives intramyocardiques se produit la douleur angineuse, par l'altération des éléments moteurs, les troubles du rythme et, dans les cas mortels l'arrêt du cœur.

La lésion coronarienne et celle du plexus nerveux cardio-aortique ne peuvent même pas être améliorées dans la plupart des cas. Devant l'impossibilité dans laquelle nous nous trouvons souvent de guérir la lésion, nous avons pensé à un traitement préventif de l'accès angineux. L'accès angineux ne peut être prévenu qu'en empêchant d'une manière ou d'une autre le réflexe presseur de se produire.

C'est en interceptant les filets sensitifs cardio-aortiques, et le plus possible de ces filets, que l'on peut empêcher ces réflexes de prendre naissance. Nous ne décrirons pas le trajet des filets sensitifs dépresseurs et presseurs, résultat de toute une série de recherches expérimentales et cliniques, non plus que leur physiologie, leurs connexions dans le nevraxe. Nous avons démontré que les réflexes végétatifs se conduisent à travers les deux voies antagonistes et qu'à l'état pathologique le réflexe à prédominance sur le groupe dépresseur peut prédominer sur le groupe presseur; que la section des filets tant dépresseurs que presseurs amène une dépression.

Si nous sectionnons le plus de filets sensitifs cardio-aortiques, nous pouvons empêcher le réflexe presseur de se produire. Mais pour ne pas exposer aux accidents, nous devons couper des nerfs qui ne contiennent que des filets centripètes du cœur et un peu des groupes importants de filets centrifuges. C'est pour cela que l'extirpation du ganglion étoilé est à condamner.

Dans une série de recherches expérimentales nous avons étudié surtout les nerfs qui, tout en contenant des filets sensitifs, ne sont pas traversés par des filets centrifuges.

Après toute une série de recherches nous arrivions à proposer, en 1925, l'opération suivante : la résection du cordon sympathique (sans le ganglion cervical inférieur) complétée par la section des branches verticales du vague cervical, qui entrent dans le thorax, et du nerf vertébral; par la section des rameaux communicants qui unissent le ganglion cervical et premier thoracique aux quatre dernières paires cervicales et à la première dorsale et par celle du filet nerveux, quand il existe, qui, sortant du laryngé supérieur, s'unit au tronc du vague.

Mais faut-il faire cette opération complète, dans tous les cas et dès le début? Notre expérience nous a prouvé que, dans la pratique, il faut tenir la conduite suivante. Nous partageons l'opération complète en deux interventions, dont la seconde com-

(1) Conférence faite aux Journées médicales de Bruxelles.

plète la première. Dans la première opération l'on sectionne le cordon cervical au-dessus du ganglion cervical inférieur, le nerf vertébral, tous les filets descendants parallèles au cordon sympathique et entrant dans le thorax (qui sont des branches du vague cervical entrant dans le thorax, dépresseur compris, et des branches du sympathique cervical, c'est-à-dire le nerf cardiaque supérieur et moyen) et des rameaux communicants qui unissent le ganglion cervical inférieur et premier thoracique aux quatre dernières paires cervicales et à la première dorsale. La section de ces rameaux communicants doit être faite aussi près que possible des paires rachidiennes car il y a un rameau communicant inconstant qui, sorti du ganglion étoilé, va à la deuxième paire dorsale, et qui peut contenir un groupe important de filets centrifuges du cœur. Cette opération se fait par une petite incision à la base du cou et semble facile à exécuter. Elle peut être suffisante. Nous avons, en effet, des cas où, après cette intervention, les accès ont complètement disparu. Si l'observation du malade nous démontre qu'elle n'a pas été suffisamment efficace, nous complétons l'intervention par la deuxième opération qui consiste en la résection du cordon sympathique cervical resté sur place (sans le ganglion cervical inférieur) et la section des filets descendants du vague dans le thorax qui ont pu rester non sectionnés lors de la première intervention. Comme nous le voyons, les deux opérations ensemble forment notre opération complète. Nous faisons ces opérations à gauche, car c'est du côté gauche que les nerfs cardiaques sont plus développés. Mais si le résultat est incomplet, nous faisons, dans une séance ultérieure, l'opération à droite. Dans un cas que nous avons fait opérer par Hofer, l'intervention complète à gauche a énormément amélioré les accès angineux. Mais il est resté de petites douleurs précordiales qui, après dix mois, se sont accentuées et qui, chose intéressante et que nous ne pouvons pas encore expliquer, sont ressenties seulement à droite. Nous avons conseillé à ce malade de se faire opérer du côté droit.

Après notre opération, les malades passent généralement par trois phases. La première semaine les accès disparaissent complètement. Survient ensuite une exagération des attaques qui peuvent devenir plus intenses et plus fréquentes, après laquelle s'installe progressivement l'amélioration qui peut aller jusqu'à la disparition complète des accès. La première phase de disparition des accès est due au choc opératoire et à l'anesthésie et n'a rien à faire avec les sections nerveuses. Le phénomène s'est produit d'ailleurs aussi chez les angineux opérés pour toute autre affection. Nous attribuons la deuxième phase à l'excitation des bouts nerveux sectionnés, produite par le tissu inflammatoire cicatriciel, excitation déclanchant certains réflexes intenses qui reproduisent les accès angineux à travers les filets sensitifs qui n'ont pas été sectionnés, une partie de ceux qui passent dans le ganglion étoilé et de ceux qui passent par le cordon du vague. Mais, peu à peu, les filets nerveux sectionnés dégénèrent et le malade entre dans la troisième phase de disparition des accès.

Les différentes opérations que nous avons préconisées et qui sont basées toutes sur le même principe, de la suppression du réflexe presseur, ont été exécutées par différents chirurgiens. En voici les résultats. En 1925, Gino Pieri fait, dans un cas, la section du cordon sympathique, au-dessus du ganglion cervical inférieur et celle du nerf vertébral et obtient une disparition presque complète des accès, qui dure depuis près de deux ans. Dans trois cas, Lilienthal fait la sympathectomie cervicale sans le ganglion étoilé et les accès disparaissent; la même opération a été exécutée par Mayo chez un autre malade, avec le même résultat. Dans une sixième observation, le professeur Jacobovici fait la sympathectomie cervicale et la section du nerf vertébral et les accès disparaissent. Dans un septième cas, notre ami le professeur Leriche a fait la sympathectomie cervicale, la section du nerf vertébral et des rameaux communicants. L'opération fut suivie de guérison, qui se maintient encore deux ans après. Dans une huitième observation, le docteur Hofer, de Vienne, opère à Budapest, un de nos malades, en exécutant notre première opération; la guérison est complète encore treize mois après l'intervention. Chez le malade de Laubry et Boidin, l'on a fait notre opération avec la différence que l'on a réséqué la partie du ganglion supérieur étoilé. L'intervention fut suivie d'une grande amélioration. Chez un malade du professeur Bacaloglu, de Jassy, le professeur Tanasesou fait notre opération complète en ajoutant la sympathectomie périartérielle et obtient une très grande amélioration. Chez un autre de nos malades, le docteur Hofer, de Vienne, a exécuté notre opération complète à gauche, après laquelle les accès proprement dits ont disparu, restant une simple sensation de constriction thoracique locale, à droite. Cette sensation s'étant exagérée ces derniers temps, nous conseillons la même opération à droite. Dans un autre cas, le professeur Leriche a fait la section du sympathique cervical, entre le ganglion cervical inférieur et le premier thoracique, celle des rameaux communicants supérieurs et inférieurs et celle du nerf vertébral. Le malade s'est énormément amélioré. Mais, au bout de six mois, les accès recommencèrent. Après sept mois, le professeur Leriche compléta l'opération par l'ablation du ganglion cervical supérieur. Les accès disparurent et la guérison se maintient encore sept mois après la seconde opération. Chez un autre de nos malades, le docteur Hofer appliqua notre méthode; le malade a passé par une phase d'excitation excessivement intense. L'intervention est trop récente pour juger ce cas.

Ainsi donc, *en résumé*, dans la totalité des cas opérés jusqu'à présent, excepté celui où la durée d'observation n'a pas été suffisante, les crises angineuses ont disparu ou se sont énormément améliorées. Si nous réunissons tous les cas, nous voyons que cette méthode présente une plus grande efficacité que celle où l'on extirpe le ganglion étoilé, car dans plusieurs des cas opérés d'après la méthode de Jonnesco, on a obtenu des échecs. Nous attribuons cela au fait, que dans cette dernière opération, on laisse intactes certaines branches du vague et d'un

autre côté, l'on sépare les vaisseaux coronariens de leur centre vaso-moteur.

Notre méthode présente-t-elle du danger? Jusqu'à présent, il n'y a eu aucun cas de mort qui soit imputable à l'opération. Le professeur Leriche a opéré un sujet de soixante ans, déjà entré en asystolie : le malade est mort dix mois après l'intervention en arythmie complète. Dans un second cas du professeur Leriche, où il n'avait fait qu'une section du tronc sympathique cervical, le malade a succombé six mois après l'opération, « par suite, dit l'auteur, de l'évolution des lésions cardio-aortiques. L'opération étant d'ailleurs insuffisante, elle n'a aucune influence sur les crises. »

Il résulte, par conséquent, que cette opération ne compte aucun accident; par contre, l'extirpation du ganglion étoilé a provoqué la mort en quelques heures ou quelques jours et les phénomènes se sont déroulés de telle manière, qu'il n'y a aucun doute que la mort était due à cette intervention.

Ainsi donc, la méthode de la suppression du réflexe presseur a le double avantage d'être sans danger et très efficace. Ne touchant pas aux filets centrifuges du cœur et des coronaires, elle n'aggrave pas l'état myocardique du malade et ne présente aucun danger. De même, la méthode est la plus efficace, quand nous ajoutons à l'opération sur le sympathique, la section de certaines branches du vague, qui contiennent des filets sensitifs cardio-aortiques et parce que nous ne touchons pas aux vaso-moteurs coronariens. Notre opération a encore l'avantage de pouvoir être appliquée, même lorsque les phénomènes d'insuffisance ventriculaire gauche ont commencé. Non seulement ces phénomènes ne s'aggravent pas, mais, dans un cas, les accès d'œdème aigu des poumons ont complètement disparu après l'opération. Nous croyons que le déclanchement des accès d'œdème aigu des poumons qui est le résultat d'une asystolie du cœur gauche, est étroitement lié à la production d'un réflexe presseur. Nous pensons même que la méthode de la suppression du réflexe presseur pourrait donner des résultats chez les hypertendus, qui présentent des accès d'asystolie du cœur gauche. Mais bien entendu, les lésions myocardiques étendues, que l'on rencontre chez ces malades, ne permettraient pas une trop longue survie, car ces sujets finissent par succomber à la suite du progrès de leurs lésions.

Il me semble qu'après ce qui vient d'être dit, nous avons le droit de conclure que nous possédons actuellement dans la thérapeutique de l'angine de poitrine, une méthode de traitement qui est sans danger et très efficace. Peu de malades se laissent opérer de l'angine de poitrine, mais nous croyons pouvoir affirmer que, devant tout cas d'angine de poitrine, où l'état du myocarde ne s'oppose pas à l'intervention, nous avons non seulement le droit, mais aussi le devoir de conseiller l'opération.

Utilisation de la haute fréquence en oto-rhino-laryngologie. Appareils et méthodes, par le docteur J. Baratoux. — Imprimerie Mazel, à Largentière (Ardèche), 1926.

VIIIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

La réunion est ouverte par M. Roussy, président de la Société de neurologie, qui prononce à cette occasion l'*éloge de Vulpian*, neurologiste et anatomo-pathologiste.

Deux questions étaient mises à l'ordre du jour cette année : *Le sommeil normal et pathologique* (MM. J. Lhermitte et A. Tournay, rapporteurs); *Les moyens d'exploration clinique de l'appareil vestibulaire* (M. A. de Kleyn (d'Utrecht) et M. A. Hautant (de Paris), rapporteurs.

I

Le sommeil normal et pathologique.

Par MM. J. Lhermitte et A. Tournay.

Le rapport de MM. J. Lhermitte et A. Tournay a été rédigé en collaboration, plus spécialement par M. Tournay pour la partie physiologique, par M. Lhermitte pour la partie anatomo-clinique.

Dans les 72 pages de leur rapport, les auteurs se sont attachés à condenser en une mise au point précise les données que nous possédons concernant, d'une part, l'état des diverses fonctions chez l'homme qui dort, d'autre part, les circonstances pathologiques dans lesquelles s'observe le sommeil pathologique. Ils se sont élevés de là à la critique des théories qui tentent d'expliquer le mécanisme du sommeil, et à l'exposé des faits qui permettent dès maintenant de délimiter certains centres encéphaliques auxquels un rôle capital est imparti dans la régulation du sommeil et de la veille.

Ils ont négligé, par contre, de parti pris, certaines questions, telles que les troubles du sommeil en pathologie générale, et l'important chapitre des insomnies, questions d'un grand intérêt doctrinal et pratique, mais qui n'entraient pas dans le cadre de la question envisagée.

L'*étude physiologique du sommeil* ne s'est guère complétée que sur des points de détail depuis le travail fondamental que Piéron a fait paraître en 1912 sur cette question. A. Tournay la reprend, appareil par appareil, en insistant plus particulièrement sur les faits qu'il a personnellement étudiés.

Un des faits objectifs les plus apparents, au cours du sommeil, est le relâchement musculaire, la perte de la tonicité. Cependant il persiste un taux résiduel sur certains groupes : avant tout les sphincters, puis les orbiculaires des paupières (l'occlusion palpébrale du sommeil n'étant pas exclusivement passive); enfin, dans bien des cas, les masticateurs (la plupart des sujets dormant la bouche fermée), et même les fléchisseurs des doigts chez les jeunes enfants qui dorment « à poings fermés ».

Les signes oculo-moteurs du sommeil en sont les signes objectifs les plus caractéristiques, et ils constituent un premier témoignage des corrélations qui doivent exister dans les centres du sommeil et les centres oculo-moteurs. L'occlusion des yeux est la conséquence à la fois de la tonicité des orbiculaires et du relâchement des releveurs. Les globes oculaires sont révulsés en haut et en dehors, en strabisme, et les pupilles, bien que soustraites à toute excitation lumineuse, sont étroites, suivant une synergie que Galassi et Dupuy-Dutemps ont retrouvée dans l'occlusion volontaire des yeux.

L'étude des réflexes est difficile pendant le sommeil : l'attitude de l'homme endormi ne se prête pas toujours facilement à la recherche des réflexes, et cette recherche en elle-même risque toujours de troubler le sommeil. En général, il semble que le sommeil affaiblit les réflexes tendineux, et peut même

les faire disparaître. Il en est de même des réflexes abdominaux, crémastériens, voire cornéens (Rosenbach).

Personnellement, M. Tournay s'est attaché surtout à l'étude du réflexe plantaire et des réflexes de défense. Il a souvent constaté le signe de Babinski au cours du sommeil, et cela principalement chez l'enfant. Il en est de même du triple retrait du membre, auquel il a même vu s'associer un réflexe d'extension croisée.

La sensibilité est abolie, bien entendu; mais tout l'influx nerveux centripète est troublé; il y a élévation du seuil de l'excitabilité et ralentissement de la conductibilité.

Le sommeil s'accompagne de toute une série de modifications dans les fonctions de nutrition :

La respiration se ralentit et prend parfois un rythme périodique qui rappelle le Cheyne-Stokes, mais à périodes lentes pouvant embrasser plusieurs minutes. Le rythme respiratoire change, l'inspiration devenant plus longue et plus profonde, l'expiration plus brusque au début, mais aussi plus traînante, avec une pause postexpiratoire. La ventilation serait diminuée.

Le pouls se ralentit. Son retard sur l'impulsion cardiaque s'exagère. La pression artérielle diminue. Un certain degré de vaso-dilatation est de règle sur la face et sur les extrémités, mais ce dernier fait ne permet de rien préjuger de l'état de la circulation encéphalique, sur laquelle nous ne savons rien de précis, malgré les expériences multiples entreprises.

Les sécrétions diminuent dans leur ensemble, bien que Sanctorius ait vu s'exagérer la perspiration insensible.

Les urines sont moins abondantes, plus denses, plus riches en phosphore, moins riches en chlore. La réserve alcaline du plasma diminue. La tension alvéolaire du CO^2 augmente.

La température centrale s'abaisse, sans qu'on puisse faire facilement la preuve de la part qui revient, dans cet abaissement, au sommeil, aux horaires de l'alimentation et au rythme nycthéméral.

D'après les expériences récentes de Benedict, conduites dans les conditions de rigueur les plus favorables, il semble que le métabolisme basal diminue en général, de 15 p. 100 environ, pendant le sommeil, mais sans qu'il y ait de modification du quotient respiratoire.

M. Tournay brosse ensuite une description des divers types individuels du sommeil plus ou moins profond, du réveil, de l'endormissement et des phénomènes de désagrégation psychique qui l'accompagnent. Il décrit avec un soin tout particulier les images hypnagogiques. Ces dernières doivent être distinguées soigneusement du rêve : elles ne s'accompagnent pas, en effet, d'une perte de la conscience; les sens restent ouverts aux impressions extérieures, et le sujet reste capable de mouvements volontaires; d'autre part, les images hypnagogiques sont complètement isolées, sans lien, dénuées de tout potentiel émotionnel, et cela contribue encore à les différencier des images du rêve qui, malgré leur incohérence et leur illogisme, présentent en général une certaine continuité et excitent habituellement le désir ou la crainte.

Les théories qui ont prétendu expliquer le mécanisme du sommeil se réduisent au nombre de trois.

La première invoque l'intoxication par la fatigue ou par l'insomnie, soit que le sommeil soit la conséquence directe de cette intoxication, soit qu'il constitue un besoin instinctif de l'organisme pour lutter contre une intoxication qui conduirait l'organisme au coma et à la mort. Cette deuxième hypothèse est celle de Claparède et de Piéron, pour lesquels l' « hypnotoxine » doit être soigneusement distinguée des toxines de fatigue. La privation complète de sommeil tue, en effet, plus vite que la privation complète d'aliment. Cependant, il paraît évident que le sommeil normal intervient avant que l'intoxication par l' « hypnotoxine » hypothétique se traduise par aucun symptôme. Il doit plutôt, de l'avis même de Piéron, faire entrer en jeu un réflexe inhibiteur.

Une deuxième théorie attribue le sommeil à l'exclusion des excitations. Ce sont l'attitude optima de repos, l'obscurité, le silence, le « désintérêt » qui appellent le sommeil. Cependant, chez les sujets sourds et aveugles, chez les animaux privés d'écorce cérébrale, le rythme du sommeil ne paraît pas modifié.

Il semble que le mécanisme du sommeil fasse toujours intervenir un réflexe d'inhibition, ainsi que Brown-Séquard l'avait déjà prévu. M. Tournay rappelle le détail des travaux de Pawlow qui, par ses expérimentations chez le chien prolongées depuis vingt ans, est arrivé à cette conclusion que « l'inhibition interne des réflexes conditionnels et le sommeil sont un seul et même processus ». Reste à préciser le mécanisme grâce auquel l'inhibition, fait habituellement partiel et localisé, se diffuse à toute l'étendue des hémisphères, et même au delà, vers le cerveau moyen.

L'histoire du sommeil pathologique s'est plus enrichie que celle du sommeil normal au cours de ces dernières années. Nul n'était plus qualifié que M. Lhermitte pour en dresser le bilan anatomo-clinique.

Déjà en 1910, dans son rapport au Congrès de Bruxelles, M. Lhermitte avait défini un syndrome narcoleptique, équivalent pathologique du sommeil normal, qu'il distinguait soigneusement de la somnolence, du coma, de la stupeur, de l'hypnose, de la catalepsie, mais qui paraît s'observer dans des circonstances diverses, et ne devait pas être considérée comme une entité morbide autonome.

La conception de Lhermitte avait été dès l'abord très critiquée; mais les critiques étaient de deux sortes, et contradictoires les unes des autres. D'une part, Redlich voulait faire de la narcolepsie une maladie distincte et n'admettait pas de narcolepsies symptomatiques. D'autre part, le professeur Régis (de Bordeaux) n'acceptait pas qu'une distinction pût être faite entre la narcolepsie et tous les autres états d'obnubilation de la conscience qui se relient au sommeil normal par une série ininterrompue d'états intermédiaires.

Depuis 1910, de nombreux faits nouveaux sont venus qui ont jugé la question. La liste des cas de narcolepsies symptomatiques s'allonge d'année en année. La narcolepsie « idiopathique » n'a pas pris corps. Enfin, il existe un faisceau déjà important d'autopsies et de faits expérimentaux qui permettent de déterminer au syndrome narcoleptique un substratum anatomique dans les lésions de la région tubérienne et du plancher du IIIe ventricule.

Tel que le conçoit Lhermitte, le sommeil pathologique ou narcolepsie, ne se distingue du sommeil normal que par sa profondeur, par sa durée, par la soudaineté de son apparition et par l'impossibilité de se dérober à son emprise.

M. Lhermitte décrit minutieusement le « syndrome narcoleptique », l'attaque de sommeil, en prenant pour type la crise d'apparence primitive. Il insiste sur la loi du rythme qui fait souvent revenir les accès successifs à la même heure ou qui leur assigne toujours une durée égale. Il insiste aussi sur le rôle provocateur qui revient très souvent, dans la production des crises, tantôt à l'émotion, tantôt aux excitations sympathiques.

M. Lhermitte croit qu'il faut rapprocher des crises de narcolepsie les crises de *cataplexie* que Gélineau avait déjà notées chez ces malades. La crise de cataplexie se caractérise par la perte subite du tonus musculaire, sans altération concomitante de la conscience. La perte de tonus peut porter sur un membre, sur les muscles de la nuque, sur les releveurs de la paupière supérieure, sur les masticateurs, sur un sphincter. La parenté de la cataplexie et de la narcolepsie s'affirme par la concomitance ou par la succession des deux sortes de crises, et aussi par l'existence de toute une série d'états intermédiaires ou mixtes.

Le diagnostic de la narcolepsie et surtout de la cataplexie avec le petit mal épileptique, et surtout avec l'hystérie, est souvent d'une extrême difficulté, d'autant plus que le médecin a rarement l'occasion d'assister à la crise elle-même. C'est au

petit mal comitial que M. Lhermitte rattache la pyknolepsie de Friedmann et le rire explosif d'Oppenheim.

Par contre, M. Lhermitte a décrit des manifestations larvées de la narcolepsie qui, jointes à la cataplexie, constituent un groupe d' « équivalents narcoleptiques ». Ce sont des faits d'onirisme narcoleptique qui peuvent s'accompagner de somnambulisme et surtout d'images ou d'hallucinose analogues aux images hypnagogiques. M. Lhermitte rappelle les cas qu'il a observés et ceux qui ont été rapportés ultérieurement dans la littérature, concernant ces images hypnagogiques.

On doit distinguer provisoirement des « narcolepsies essentielles » ou « idiopathiques » et des « narcolepsies symptomatiques ».

La « narcolepsie essentielle », maladie de Gélineau-Redlich des auteurs allemands, est une manifestation nerveuse isolée. Redlich soutient que c'est une entité autonome qui est dénuée de tout substratum organique décelable. A vrai dire, pour M. Lhermitte, c'est seulement un groupe d'attente. Il n'existe pas une seule étude anatomique complète d'un cas de « narcolepsie essentielle ». On n'a donc pas le droit de préjuger l'absence de tout substratum organique. D'autre part, il n'existe aucun élément symptomatique qui permette de distinguer la crise en elle-même dans les cas idiopathiques ou dans les formes qui sont, par exemple, symptomatiques d'une tumeur cérébrale ou d'une encéphalite. La « narcolepsie essentielle » est presque toujours une affection masculine, débutant entre dix et vingt ans, suivant une marche chronique, rebelle à toute thérapeutique, et souvent associée à d'autres stigmates pathologiques, d'ordre endocrinien ou névropathique. Il n'y a rien là qui puisse autoriser à en faire une affection autonome, et ce ne sont pas là, en tout cas, les caractères d'une « névrose » pure.

Le groupe des narcolepsies symptomatiques, au contraire, s'enrichit chaque jour, et M. Lhermitte en détaille les différentes variétés, en insistant tout particulièrement sur les observations qui comportent un contrôle anatomique. Il envisage tout d'abord la narcolepsie des tumeurs encéphaliques, bien distincte de la somnolence banale du syndrome d'hypertension cranienne et particulièrement intense dans les tumeurs infundibulo-tubériennes. Il rappelle la description du syndrome infundibulaire (H. Claude et Lhermitte), les observations de André-Thomas, Jumentié et Chausseblanche, de Guillain, J. Bertrand et Périsson, de H. Claude, Schœffer et Alajouanine, la forme monosymptomatique, purement symptomatique, décrite par Souques et Bertrand dans les tumeurs de l'infundibulum. Il relate ensuite les cas de narcolepsie dans les maladies infectieuses du système nerveux : syphilis cérébro-spinale (Foix, Alajouanine et Dauptain, (G. Guillain et Alajouanine), sclérose en plaques (Chartier, Guillain, Alajouanine et Borak), et il en rapproche le fait de Guillain et Alajouanine, dans lequel la narcolepsie et la cataplexie accompagnaient l'évolution d'une sclérose latérale amyotrophique.

Les narcolepsies, d'origine traumatique, se rapprochent de ces formes symptomatiques lésionnelles. Particulièrement caractéristique est l'observation de narcolepsie traumatique précoce de Souques, dans laquelle l'association d'une hémiparésie droite avec diplopie croisée et polyurie ignorée du sujet permettait de déceler une localisation mésocéphalique. En tant que séquelle tardive des commotions cérébrales de guerre l'accès narcoleptique s'observe quelquefois (Lhermitte). Le syndrome, en pareil cas, suit généralement une évolution régressive qui le différencie des « narcolepsies essentielles ».

Telles sont les formes les mieux individualisées de narcolepsies symptomatiques. Elles relèvent toutes du plancher du troisième ventricule. Les autres types des narcolepsies symptomatiques sont beaucoup plus discutables. La narcolepsie d'origine hypophysaire, sur laquelle a insisté Salmon (de Florence) est, en fait, toujours liée à une tumeur hypophysaire, et relève de la compression infundibulo-tubérienne. Le rôle des troubles tyrhoïdiens, des troubles génitaux n'est pas établi dans la narcolepsie : leur coïncidence fréquente ne permet pas de conclure à une relation de causalité. La prédisposition que créent l'obésité, le syndrome de Dercum, le diabète sucré, peut-être même l'urémie d'après une observation de Lhermitte, reste encore d'une pathogénie indéterminée.

Les cadres de la « narcolepsie épileptique » et de la « narcolepsie hystérique » doivent être supprimés ; ces états doivent au contraire, être soigneusement distingués des narcolepsies véritables.

Aux paroxysmes hypersomniques s'oppose l'hypersomnie continue, telle qu'elle s'observe dans l'encéphalite épidémique et quelquefois aussi dans les tumeurs cérébrales, dans les encéphalites suppurées, dans la polio-encéphalite supérieure aiguë de Gouzet-Wernicke, dans la maladie du sommeil. dans les méningo-encéphalites tuberculeuses ou syphilitiques, dans la syphilis cérébrale ou dans la paralysie générale. Bien souvent, la transition est insensible avec le coma. C'est le cas en particulier, dans l'insuffisance hépatique, dans le diabète ou dans l'urémie.

Dans leur ensemble, les faits nouveaux qui se sont multipliés depuis l'expérience de la guerre, l'épidémie d'encéphalite et l'étude plus attentive des syndromes de localisation dans les tumeurs cérébrales, confirment l'hypothèse émise par Mauthner dès 1890 à l'occasion de l'épidémie de nona : il existe, au voisinage des noyaux oculo-moteurs, dans la substance grise périsylvienne, un centre régulateur du sommeil. La lésion de ce centre provoque l'hypersomnie pathologique ; son épuisement fonctionnel explique le sommeil physiologique.

L'encéphalite épidémique, les tumeurs fournissent, nous l'avons vu, des arguments sérieux en faveur de cette localisation, mais les lésions, dans ces cas, sont diffuses, ou retentissent trop à distance, pour permettre une interprétation certaine. A cet égard les faits d'hypersomnie liée à des lésions de ramollissement ou d'encéphalite localisée de la substance grise périépendymaire, sont beaucoup plus démonstratifs. M. Lhermitte résume ceux de Pette (1923), de Luschk, d'Adler, de van Bogaert. Celui de Hirsch, parfois invoqué en faveur d'une localisation thalamique de l'appareil régulateur du sommeil, prête à discussion.

Certains résultats expérimentaux viennent encore confirmer les faits anatomo-cliniques : ce sont les expériences de Duret, et surtout celles de V. Demole. Ce dernier auteur a constaté que chez le chat, — animal dont le sommeil est expressif et facile à provoquer, — l'injection intracérébrale de chlorure de calcium reste sans effets, sauf si l'injection est faite dans une zone très restreinte de la base de l'encéphale. Dans cette zone l'injection de quelques dixièmes de milligramme de $CaCl^2$ suffit pour provoquer un sommeil immédiat. Or, cette zone est limitée en avant par la lame terminale et par le recessus préchiasmatique, en arrière par les corps mamillaires, latéralement par les noyaux latéraux du tuber. En haut, la zone ne paraît pas dépasser la région sous-thalamique. Les observations anatomo-cliniques donnent à penser que, chez l'homme, le centre du sommeil s'étendrait vraisemblablement plus loin en arrière, jusqu'à la calotte du mésocéphale.

Dans leur conclusion, les rapporteurs opposent les processus télencéphaliques à la notion desquels nous conduit la physiologie avec Pawlow, et la localisation mésencéphalique, dont les faits anatomo-cliniques et expérimentaux nous démontrent l'importance : Comment doit-on comprendre les réactions réciproques des centres supérieurs, où se déclenche et se répand l' « inhibition interne » du sommeil et du centre mésocéphalique, qui assure la veilleuse de la vie végétative et d'un automatisme psychique réduit ? On entre là dans le domaine de l'hypothèse, et même dans celui des métaphores. Les rapporteurs espèrent qu'une étude plus approfondie des processus physico-chimiques dans les humeurs et dans les centres nerveux permettra de pénétrer plus avant dans le mécanisme régulateur du sommeil, comme il a déjà permis à

Haldane de le faire dans le mécanisme régulateur de la fonction respiratoire.

DISCUSSIONS ET COMMUNICATIONS

Le sommeil dans l'art. — M. H. MEIGE montre, sur les projections de tableaux des anciens maîtres, des exemples de sommeil correctement représenté au point de vue morphologique (disparition du tonus, attitude naturelle des membres, en demi-flexion, avec disparition du modelé, léger relâchement des masticateurs, occlusion des paupières presque exclusivement aux dépens de la paupière supérieure.

M. PIÉRON a observé, chez le chien, un fait intéressant, qui est le point de départ de sa théorie du sommeil. Un chien est privé de sommeil pendant une dizaine de jours. On prélève son liquide céphalo-rachidien, et on l'injecte dans les espaces sous-arachnoïdiens d'un second chien, auquel on a soustrait une quantité équivalente de liquide. Ce second chien s'endort aussitôt. Les deux chiens, sacrifiés, présentent des altérations communes de leur écorce corticale. Tout se passe comme si l'insomnie avait une action toxique sur le système nerveux, et comme si le sommeil constituait le procédé de défense de l'organisme contre cette intoxication.

M. Piéron signale, en outre, qu'il a observé, chez le sujet endormi, une augmentation de la résistance électrique de la peau comparable à celle qui se produit dans la patte d'un chien qu'on a énervée.

Enfin M. Piéron émet quelques critiques au sujet de la terminologie de Pawlow.

Gliome du mésocéphale se manifestant surtout par la somnolence. — MM. L. BABONNEIX et A. WIDIEZ rapportent l'observation d'un jeune homme atteint de somnolence, et chez lequel l'examen ophtalmoscopique montrait l'existence d'une stase papillaire énorme, sans autre signe d'hypertension ni de localisation. A l'autopsie, on trouva un gliome, qui s'étendait de la protubérance à la région thalamique, et qui prédominait sur les tubercules quadrijumeaux. Bien que *somnolence* ne soit pas *narcolepsie*, le fait est intéressant, et d'autant plus démonstratif que le gliome ne se compliquait d'aucune lésion vasculaire. La somnolence semble bien être, ici, d'origine mésocéphalique.

Le professeur DUMAS, M. Paul CAMBON, M. André DIDE ont également pris part à la discussion.

MM. VIGNE, VON ECONOMO (de Vienne) ont développé leurs opinions personnelles sur le sommeil.

M. COURBON fait une communication sur *le sommeil et la nuit dans les asiles d'aliénés*, M. M. WEBER (de Prague) sur la *pathologie nocturne*, M. MARCO TREVES (de Turin) sur le *rythme de la veille et du sommeil à l'état normal et à l'état pathologique*.

M. ALBERTO SALMON (de Florence), envisageant les *rapports du sommeil, considéré comme une fonction végétative, avec le système endocrino-sympathique*, rappelle les arguments qui l'ont amené à édifier sa théorie hypophysaire du sommeil.

(*A suivre.*) J. MOUZON.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 JUIN 1927)

Les sensations de chaleur d'apparence interne sont d'origine cutanée (expériences par la méthode diathermique). — MM. Marcel FRANÇOIS et Henri PIÉRON.

De quelques particularités relatives aux produits scarlatineux filtrés. — MM. J. CANTACUZÈNE et O. BONCIU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1927)

Notice nécrologique. — M. COUTIÈRE lit une notice sur M. Florence, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant national depuis 1910 dans la 6ᵉ division (pharmacie), récemment décédé.

Vaccine. — M. CAMUS donne lecture d'un rapport sur la vaccine.

Traitement du glaucome. Son heure chirurgicale. Choix du procédé opératoire. — M. le professeur Félix LAGRANGE. Il existe pour le glaucome un traitement médical et un traitement chirurgical; leur valeur réciproque est encore mal précisée. Il importe de bien connaître jusqu'à quel point le traitement médical peut guérir le glaucome, afin de ne pas trop lui demander et de ne pas rendre ensuite le traitement chirurgical tardif et illusoire.

Le traitement médical guérit quelques glaucomateux, mais il est bien loin de rendre les services tous les jours plus appréciés du traitement chirurgical.

Une courte discussion au sujet de l'unilatéralité ou de la bilatéralité du glaucome a lieu entre MM. Hayem, Lagrange et de Lapersonne.

Ictère bénin épidémique et bacilles paratyphiques atypiques. — MM. S. COSTA, ROMARY, BOYER et MONTEL. Au cours d'une épidémie d'ictère infectieux bénin, survenue chez des soldats rentrant de Syrie à bord du *Pytheas*, les auteurs ont isolé 4 fois sur 7 malades, par hémoculture, un bacille ayant les propriétés du bacille paratyphique A, mais produisant de l'hydrogène sulfuré. Ce bacille avait tous les caractères trouvés par Nicolle, Mˡˡᵉ Raphaël et Debains aux bacilles isolés en Orient par Sarrailhé et Clunet.

Ces constatations ne permettent plus de mettre en doute l'existence de l'ictère primitif à bacilles paratyphiques, si discutée depuis la guerre. Mais pour les auteurs, cet ictère ne saurait être confondu avec l'ictère épidémique commun, contagieux, dont le germe est encore inconnu.

Réaction de Botelho et diagnostic des cancers de l'appareil digestif. — M. LENOIR. La réaction de Botelho ne peut être considérée comme un critérium certain de cancer. Si elle est positive dans la plupart des cancers digestifs, elle est négative dans le cinquième des cas. De plus, elle peut être positive dans des affections non cancéreuses et dans la grossesse. Par contre, elle a été presque constamment négative dans les affections non cancéreuses de l'estomac et de l'intestin. Confirmée par plusieurs examens positifs, la réaction de Botelho a une valeur certaine.

Mortalité des nourrissons à l'hospice dépositaire des Enfants-Assistés de Marseille en 1926. — M. le professeur CASSOUTE constate une grande diminution dans la mortalité des nourrissons grâce aux moyens prophylactiques et aux mesures d'isolement. Il insiste sur les heureux résultats de l'Abri Maternel où pendant six mois sont gardées les mères. Il est rare qu'après cette période, où elles ont allaité leurs enfants, elles se décident à les abandonner.

Élection. — On procède à l'élection de deux associés nationaux.

Les candidats sont ainsi classés : en première ligne, M. Hugounenq (de Lyon) et M. Arthus (de Lausanne); en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Bérard (de Lyon), Dévé (de Rouen), Laguesse (de Lille), J. Lépine (de Lyon).

Au premier scrutin, M. Hugounenq est élu par 39 voix sur 47 votants, contre 2 voix à M. Arthus, 3 voix à M. Dévé et 3 voix à M. Laguesse.

Au deuxième scrutin, M. Arthus est élu par 35 voix sur 46 votants. M. Dévé a obtenu 4 voix; M. Laguesse, 5 voix; MM. Bérard et Jean Lépine, chacun 1 voix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 JUIN 1927)

Groupes sanguins incomplets chez le nourrisson. Teneur du sérum du nouveau-né en agglutinines. — MM. Robert Debré et Maurice Hamburger ont étudié les agglutinines contenues dans le plasma des nouveau-nés. Celles-ci sont parfois en nombre suffisant, parfois totalement absentes; exceptionnellement, on peut trouver des stades intermédiaires entre les deux états, ce qui, pour les auteurs, constitue le groupe sanguin incomplet.

Ces faits peuvent être rapprochés des cas observés chez l'adulte lorsque celui-ci présente un groupe ambigu; ce dernier, en effet, peut n'être que la persistance d'un groupe incomplet, stade infantile, n'ayant pas évolué.

Outre cette différence entre le groupe du nourrisson et de l'adulte, qui porte essentiellement sur la teneur en agglutinines des sérums, il semble que le pouvoir agglutinant des plasmas du nourrisson se montre très inférieur à celui de l'adulte. Les premiers agglutinent jusqu'au 1/5, les seconds jusqu'au 1/50.

On saisit ainsi deux caractères nouveaux du sang du nouveau-né quant au groupe sanguin.

Apparition des isoagglutinogènes et isoagglutinines au cours des deux premières années de l'existence. — MM. Robert Debré et Maurice Hamburger montrent que si les isoagglutinogènes et les isoagglutinines constituent chez l'adulte le groupe sanguin, chez l'enfant, au contraire, ces éléments d'après les recherches des auteurs ne sont entièrement présents que 60 fois sur 100. Dans les autres cas, l'étude montre que les agglutinogènes des hématies sont d'apparition précoce et presque habituellement observées dans le sang du cordon ou dès les premiers jours après la naissance.

Dans deux cas, l'agglutinogène n'existait pas dans le sang du cordon, mais bien dans celui du nourrisson âgé de huit jours; au contraire, les agglutinines du sérum apparaissent au fur et à mesure que l'enfant vieillit, si bien que, de la naissance à trois mois, elles existaient dans 31 p. 100 des cas et de douze à vingt-quatre mois dans 91 p. 100 des cas.

Cette progression montre les étapes successives dans la formation du groupe sanguin. Au total, celui-ci est définitivement constitué à la fin de la deuxième année.

Instabilité de la tension rachidienne chez les épileptiques. — MM. Claude, A. Lamache et H. Dautty ont observé que l'hypertension et l'hypotension du liquide céphalo-rachidien (en dehors des tumeurs cérébrales) jouent un rôle secondaire dans la genèse de la crise épileptique; l'instabilité spontanée et provoquée de la tension céphalo-rachidienne semble le fait le plus important à retenir : elle traduit un dérèglement circulatoire encéphalique sous la dépendance de réactions vaso-motrices anormales.

Réponse de la rate à la dépression barométrique (sur la polyglobulie des altitudes). — MM. André Strohl, Léon Binet et Mlle Fournier ont placé des cobayes dans une cloche en communication avec une pompe rotative à palettes et un manomètre à mercure permettant de réaliser une dépression progressive de valeur connue. L'examen du sang carotidien pratiqué avant 5 après 15 minutes d'une dépression correspondant à 35cm de Hg (soit 6.000 mètres d'altitude environ), montre l'existence d'une polyglobulie considérable déclenchée par cette dépression; le sang est peu modifié chez l'animal splénectomisé avant l'expérience.

Les auteurs insistent sur le fait que l'anoxémie, comme l'asphyxie, déclenche une spléno-contraction qui mobilise les hématies accumulées dans la rate et cette réaction mécanique de la rate est le facteur primordial de la polyglobulie immédiate notée aux altitudes.

La périodicité essentielle des fonctions nerveuses. Etude d'une modalité du réflexe tono-dynamique. — MM. Laignel Lavastine, P. Chevallier et J. Vié attirent l'attention sur l'intérêt scientifique du phénomène nerveux qu'ils étudient depuis un an et nomment réflexe tono-dynamique. Voici un des moyens de le rechercher. Un sujet placé debout et de champ près d'une paroi, repousse cette paroi avec le dos de sa main, le membre supérieur restant tendu, l'avant-bras en demi-pronation, l'effort est fait par le moignon de l'épaule. Après quelques minutes (deux suffisent en moyenne pour une pression de 4 kilos), le sujet est écarté de la paroi. S'il reste inerte, passif, le membre, qui vient de pousser, s'élève automatiquement jusqu'à une grande hauteur (45° à 120°), se maintient quelques instants, puis retombe.

Devant discuter ailleurs la signification de cette persistance de l'incitation motrice volontaire et de sa transformation en un mouvement automatique, les auteurs n'insistent aujourd'hui que sur une *forme polycinétique* du réflexe que l'on observe chez un certain nombre de gens normaux, qui appartiennent toujours au groupe des intellectuels actifs, curieux, dont l'esprit explore différents aspects de la science et de l'art.

Etude de trente éléments du point de vue de leurs propriétés curatives dans la syphilis expérimentale. — M. C. Levaditi a entrepris l'étude de trente éléments, du point de vue de leur action curative dans la syphilis expérimentale du lapin et la spirochétose spontanée de cette espèce animale, afin de préciser si quelques principes généraux régissent leur activité thérapeutique. Parmi ces éléments, sept se sont montrés actifs, soit le vanadium, l'arsenic, le tellure, le platine, l'or, le mercure et le bismuth. Voici les conclusions qui se dégagent de cette étude :

1. Le nombre des éléments actifs est très restreint (7), par rapport au nombre des éléments inactifs (23);

2. En général, lorsqu'un dérivé (inorganique ou organique, soluble ou insoluble) d'un élément donné est doué de propriétés thérapeutiques, le même élément, utilisé à l'état de division fine, l'est également. Tel est, par exemple, le cas du *Hg*, du *Bi*, et du *Te*. L'organisme se charge alors d'élaborer les principes spirillicides aux dépens du corps simple, par suite d'un processus tissulaire dont l'auteur a, par ailleurs, précisé les détails. Il y a cependant des exceptions : l'*or* en est une. En effet, ce métal, très actif à l'état de thiosulfate double de *Au* et de *Na*, apparaît dépourvu d'effet thérapeutique lorsqu'il est administré sous forme d'*Au*-métallique finement divisé;

3. Le poids atomique des éléments étudiés, ainsi que leur classification d'après Mendélejeff, ne semblent pas être toujours en rapport avec leur activité thérapeutique. Ainsi, le *thallium* (204) et le *plomb* (207) apparemment inactifs, se placent entre le *mercure* (200) et le *bismuth* (209), lesquels sont éminemment spirillicides. D'autre part, le *tellure* est manifestement curatif, à l'encontre du *sélénium* qui ne l'est pas. Ces deux éléments ont cependant des propriétés chimiques extrêmement voisines et appartiennent tous deux à la même colonne *b*, du groupe VI de Mendélejeff.

4. Certains éléments actifs semblent toutefois se grouper d'après leurs valences, ou suivant leurs poids atomiques progressivement croissants. Ainsi, trois des corps agissant thérapeutiquement, le *V* (51), l'*As* (75), et le *Bi* (209) appartiennent au groupe *V* de Mendélejeff, et cinq éléments actifs, le *Te* (127), le *Pt* (195), l'*Au* (197), l'*Hg* (200) et le *Bi* (209) ont des poids atomiques élevés, compris entre 127 et 209. Au surplus, quatre, parmi ces derniers, ont des poids atomiques se suivant d'assez près (*Pt* : 195; *Au* = 197; *Hg* = 200; *Bi* = 209);

5. Il en résulte que le processus chimique présidant à l'élaboration tissulaire des principes spirochéticides aux dépens de

ces divers éléments, obéit à des lois qui sont manifestement différentes de celles qui régissent les propriétés chimiques considérées d'après la classification de Mendélejeff.

M. Levaditi reviendra ultérieurement sur les rapports entre l'activité thérapeutique de ces éléments et leur classification électro-chimique.

Recherches sur les groupes sanguins des tuberculeux et des cancéreux. — MM. R. Dujarric de la Rivière et N. Kossovitch ont jugé intéressant d'étudier les groupes sanguins au cours de divers états pathologiques, non pour savoir s'ils sont modifiés par ces états pathologiques — question qui semble aujourd'hui résolue par la négative — mais pour rechercher, si, chez des individus appartenant à tel ou tel groupe sanguin, une affection est plus ou moins souvent rencontrée ou si elle évolue d'une façon particulière. Leurs recherches ont porté sur un certain nombre de tuberculeux et de cancéreux. Des tableaux qui résument leurs recherches un fait se dégage : la prédominance chez certains tuberculeux du groupe A et surtout du groupe AB; cette prédominance paraît tenir à la grande proportion que les auteurs ont eue de formes hémoptoïques, formes pour lesquelles le groupe AB prédomine très nettement. MM. R. Dujarric de la Rivière et N. Kossovitch poursuivent actuellement des recherches pour essayer d'établir qu'en matière de tuberculose une certaine prédisposition ou tout au moins le mode d'évolution de la maladie est en rapport avec les groupes sanguins des enfants de tuberculeux.

Les examens portant sur quelques cancéreux ont montré une augmentation pour le groupe B, une absence complète du groupe AB qui prédomine au contraire sensiblement chez certains tuberculeux.

Les auteurs donnent les chiffres tels que les examens de sang qu'ils ont pratiqués les leur ont apportés. Les différences sont-elles le fait du hasard ou correspondent-elles à des facteurs constitutionnels déterminant des conditions évolutives plus ou moins favorables? C'est ce qu'apprendront les recherches en série qu'ils poursuivent actuellement.

Action des chocs sur des chiens porteurs de lésions rolandiques. — MM. Henri Claude et Marcel Montassut exposent que chez des chiens porteurs de lésions rolandiques des chocs, produits par injection endoveineuse de peptones et de sérums de cheval, sont substitués aux convulsivants habituellement utilisés, les chocs ainsi produits quelle qu'en soit l'intensité ne peuvent déclancher de crises épileptiques, les rares convulsions observées n'offrant aucun caractère comitial à l'encontre de ce que les auteurs avaient constaté avec la strychnine et l'absinthe.

Action préventive du choc anaphylactique sur les convulsions des chiens « épileptisés » à la strychnine. — MM. Henri Claude et Marcel Montassut ont successivement soumis à l'action du choc anaphylactique et de l'intoxication strychnique des chiens porteurs de lésions rolandiques expérimentales. Les chocs ont pour résultat d'entraver les manifestations convulsives dues à la strychnine : les crises sont supprimées lorsqu'on atteint le seuil convulsivant; elles sont restreintes en fréquence et en gravité et apparaissent plus tardivement lorsqu'on utilise des doses nettement convulsivantes. Cette action empêchante paraît d'autant plus nette que le choc est plus intense.

Réaction de Dick et dosage de l'antitoxine contenue dans le sérum. — MM. Robert Debré, Maurice Lamy et Henri Bonnet ont étudié parallèlement la réaction de Dick, faite avec des doses croissantes de toxine et la teneur en antitoxine

du sérum des mêmes sujets. Ils montrent qu'il existe un rapport étroit entre la réaction cutanée et la richesse du sérum en immunisines. Plus il faut de « doses Dick » de toxine pour provoquer la réaction cutanée positive, et plus le sérum sanguin contient d'antitoxine. Ils estiment que la résistance de la peau à une dose Dick correspond sensiblement à la présence de 20 unités antitoxiques par centimètre cube de sérum.

Cette méthode indirecte du dosage des éléments d'immunité présente un intérêt pratique pour le choix des sujets donneurs de sérum en vue de la prophylaxie de la scarlatine et en vue du diagnostic des exanthèmes scarlatiniformes par l'emploi du phénomène d'extinction de Schultz-Charlton.

PRATIQUE MÉDICALE

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LES RÉSULTATS DE LA MÉDICATION IODÉE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE DE L'ADULTE,

Par le docteur MAESTRACCI (1).

En dehors des tuberculoses chirurgicales, des adénites scrofulo-tuberculeuses, de l'adénopathie trachéo-bronchique, l'auteur accepte comme susceptibles du traitement iodé, tous les malades qui « se défendent bien », c'est-à-dire les formes sans réactions générales sévères et sans expectoration très abondante, toutes les tuberculoses pulmonaires à évolution lente, bien localisées, peu extensives. Ce sont les formes scléreuses abortives ou denses (phtisie fibreuse), les formes fibrocaséeuses communes bien limitées, les formes fibreuses discrètes, mais parfois diffuses, qui s'accompagnent d'emphysème de crise d'asthme et de bronchite, évoluant le plus souvent sur un terrain syphilitique, les tuberculoses dites stagnantes les pleurites à répétition, les cortico-pleurites, les états dits prétuberculeux et qui ne sont qu'un état d'attente, de préréchute; en un mot, toute tuberculose n'évoluant pas au milieu des phénomènes fébriles et toxémiques graves, toute tuberculose non congestive où l'hémoptysie n'est pas en rapport avec un processus évolutif, et toute tuberculose à lésions limitées non franchement extensives.

L'auteur publie de nouvelles observations de malades traités par l'iode injectable radio-actif (Triradol) et qui montrent les effets euphoriques excito-cellulaire et antitoxiniques de cet iode, sur les tuberculeux peu évolutifs.

Il observe, en outre, une action asséchante avec disparition des signes adventices, et tendance à la cicatrisation. Le processus de sclérose est réveillé par ce traitement.

L'auteur a utilisé la voie intramusculaire et il injecte des séries de 20 ampoules d'iode radioactif, séparées par des intervalles de quinze jours où il cesse le médicament. Il y a joint la récalcification.

LIVRES NOUVEAUX

Solubles et insolubles (2), par le docteur H. DROUIN.

Sous ce titre un peu mystérieux, l'auteur entend étudier et comparer l'action des sels solubles et des sels insolubles de bismuth utilisés en syphilithérapie. Il n'a pas de peine à démontrer la supériorité des sels solubles, beaucoup plus maniables et sûrs que les insolubles, car ceux-ci ne s'attaquent que lentement mais peuvent, au bout du temps voulu, se libérer tout d'un coup, ce qui est capable d'entraîner des accidents d'intoxication graves. D'ailleurs la préférence que certains médecins témoignent pour les sels insolubles est surtout affaire d'habitude, puisque, en définitive, ces sels ne peuvent agir thérapeutiquement qu'à partir du moment où ils sont solubilisés. C'est ce que M. Drouin fait comprendre sans ambages à ses contradicteurs. Ce petit livre, plein de verve et par surcroît, bien informé, ne peut manquer d'attirer l'attention des spécialistes.

J. L.

(1) *Le Concours méd.*, 25 janv. 1927.

(2) Un vol. in-16, de la collection des « Cahiers médicaux ». — Prix : 6 fr. — Paris, Editions Paul Martial.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 5 juillet. — Jury : MM. Lejars, président; J.-L. Faure, Lecène et Terrien. — M. FALK. Œdèmes durs éléphantiasiques par stase lymphatique rétrograde et non filarieuse. — M. LATAIX. Etude sur la pathogénie et le traitement des kystes dits synoviaux du poignet. — M. COTTET. Notes sur le volvulus de l'estomac. — M. LE CHAUX. Le traitement de la gangrène pulmonaire. — M. REY. Sur un signe précoce du cancer du col de l'utérus. — M. BOITEAU. Essai sur le traitement opératoire du cancer de la verge. — M. PUCCINELLI. L'amblyopie strabique. — M. FAVIER. Etude de l'atrophie optique héréditaire et familiale. — Mlle TAPFER. Etude du syndrome de Van der Hœve. — M. PAGÈS. De la thérapeutique de la stase papillaire par les interventions décompressives.

Jeudi 7 juillet. — Jury : MM. Teissier, président; Carnot, Rathery et Fiessinger. — M. GASTON. La désinfection du cavum dans les maladies infectieuses et la scarlatine. — M. VASSEUR. Application de la néphélémétrie à la mesure de l'activité de la pepsine. — M. MARTIN. De quelques résultats du traitement des ascites cirrhotiques par le cyanure de mercure. — M. JOURDAN. Etude de l'hypersécrétion gastrique. — M. BÉGUÉ. Sur l'asepsie médicale. Rôle de l'habillement. — M. TOPART. Essai critique sur la consanguinité.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brindeau, président; Balthazard, Coquot, Nicolas, Robin et Vallée. — M. POUTORD. La responsabilité civile du vétérinaire praticien. — M. SIMONNET. Etude du principe actif de l'ovaire.

Vendredi 8 juillet. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Sebileau, président; Henry et Robin. — M. COGERY. L'otite externe chez les carnivores domestiques.

Samedi 9 juillet. — Jury : MM. Jeanselme, président; Claude, Roussy et Sézary. — M. TRIDON. Traitement des érythrodermies arsénicales par l'hyposulfite de soude. — M. PENANT. Nouvelle méthode de traitement des ulcères variqueux. — M. VERDOT. Le mal de mer. — M. RENAULT. Etude de la mélanose de Riehl. — M. LANÇON. De l'emploi du vaccin de Demouchy dans le traitement de l'urétrite gonococcique. — M. VALAT. Syphilis nerveuse et paludisme. — M. GOLDBLUM. Le syndrome de Dercum, troubles psychiques au cours de l'adipose douloureuse. — M. MÉDIONI. Essai sur le caractère d'Amiel. — Mlle BOURGUINA. Contribution à l'étude des rapports des traumatismes et du cancer. — M. NICOLAS. La myélite zostérienne.

Jury : MM. Achard, président; Prenant, Nobécourt et Branca. — M. LWOFF. Le cycle du pigment carotinoïde chez Idya furcata-Baied. — M. LAROCHE. Etude histologique de l'action des purgatifs sur l'intestin. — M. HOFFMANN. Les mutilations ne sont pas héréditaires. — M. FRAPPEREAU. Etude du traitement de la gangrène pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — M. JOUAFFRE. A propos de deux épidémies de poliomyélite aiguë en Anjou. — M. PALMGREN. Etude de la maladie osseuse de Paget. — M. POINEAU. Considérations sur le diagnostic et le traitement de la pneumonie de la deuxième enfance. — M. FORTIER. Enquête sur le cranio-tabes. — M. GRATIOT. Etude de la maladie de Friedereich. — Mlle GOBERT. Recherches histologiques sur le cycle menstruel de la femme.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 56. — MERCREDI 13 JUILLET 1927. 100e ANNÉE. MERCREDI 13 JUILLET 1927. — N° 56.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Consutation écrite.* — Séance du 8 juillet. — Question donnée : « Radio-diagnostic. »
MM. Piot, 12; Le Goff, 10; Joly, 15.
9 juillet. — MM. Kahn, 10; Marchand, 11; Moutard, 10.

HÔPITAL CIVIL D'ORAN. — Un concours pour une place de médecin suppléant du service de radiologie et d'électrologie de l'hôpital d'Oran sera ouvert à Alger le 7 novembre 1927.
Pour renseignements, s'adresser à l'hôpital civil d'Oran, à la préfecture d'Oran (bureau de l'Assistance publique) ou au Gouvernement général de l'Algérie (intérieur, 2e bureau).

AGRÉGÉS PRÈS LES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — Rectificatif au *Journal officiel* du 12 avril 1927 : Faculté de médecine de Paris, p. 4062, 2e colonne, médecine, 1re ligne, au lieu de : « MM. Chabrol, Donzelot, Hutinel, Pasteur Vallery-Radot », lire : « Pasteur Vallery-Radot, Chabrol, Hutinel, Donzelot. » (*J. O.*, 8 juillet 1927.)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du clinicat.* — Sont proposés :
Clinicat ophtalmologique. — M. Castéran, chef de clinique titulaire; M. Kalt, chef de clinique adjoint.
Clinicat chirurgical. — M. Oberthür, titulaire, Cochin; M. Brouet, titulaire, Hôtel-Dieu; MM. Garnier, Chabrut, adjoints, Hôtel-Dieu; MM. Bernard, Raiga, titulaires, Salpêtrière.
Clinicat thérapeutique chirurgicale. — MM. Welti, Ameline, titulaires, Vaugirard. (Pour les autres clinicats, voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 53, p. 877.)

— BORDEAUX. — Sont déclarées vacantes les chaires de clinique ophtalmologique; de clinique des maladies cutanées et syphilitiques; et d'anatomie. (*J. O.*, 10 juillet 1927.)

— LYON. — Le Conseil de la Faculté a présenté en première ligne pour la chaire de clinique obstétricale M. le docteur Voron.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

HYGIÈNE. — *Au grade de chevalier.* — Mlle Legrand, accoucheur en chef de la Maternité départementale de Pau.

MARINE. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin en chef de 2e classe Bourgès; M. le médecin principal Fatôme.
Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Gay, Hurel et Le Roy.

GRANDE CHANCELLERIE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Salesses, médecin principal en retraite.

GUERRE. — (Réserve.) *Au grade de commandeur.* — M. le médecin inspecteur Bergasse.
Au grade d'officier. — MM. le médecin aide-major Ernst; les médecins-majors Sézary, Sottas, Thollon, Grangier; le médecin principal Costa; le pharmacien-major Coutière.
Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Coulon, Laby, Papin, Andrade, Meyer, Bernard, Noël, Matignon, Colonna, de Rudelle, Bianquis, Boulet, Arque, Azoulay, Saunier, Mourlon, Lehmann, Legrand.
(Active.) — *Est élevé à la dignité de grand officier.* — M. le médecin inspecteur Allain (des troupes coloniales).

Au grade de commandeur. — M. le médecin inspecteur Delmas; MM. les médecins principaux Bichelonne et Arnould.

Au grade d'officier. — MM. Jude, Ferron, Gaimard, Gueytat, Aubert, Rambaud, Gruie, Escher, Paloque et Boppe.

(Troupes coloniales.) MM. Delange, Mouillac, Rousseau, Vivie, Le Roy, Haelewyn.

Au grade de chevalier. — MM. Bordes, Forgues, Fournier, Plantier, Olive, Châineaux, Collet, Peradon, Poey, Tamalet, Legler, Bourdon, Barthas, Godard, Grenot, Lapierre, Jeannoel, Belon, Scherrer et Nicouleau.

(Troupes coloniales.) MM. Baisez, Vernon, Ardouin, Tassy, Charenton, Peyre, Serradel, Bizien, Lucas-Championnière, Chaigneau, Vendran, Carral, Sellier, Caccavelli, Agenet, Tisseuil et Gallet.

— Le *Journal officiel* du 8 juillet 1927 publie la loi modifiant les conditions des promotions et nominations dans l'ordre national de la Légion d'honneur.

Pour être nommé au grade d'officier il faut désormais avoir huit ans de grade de chevalier.

Pour commandeur, cinq ans dans le grade d'officier.

Pour grand-officier, trois ans dans le grade de commandeur.

Pour grand'croix, trois ans depuis la nomination de grand-officier.

MARINE. — Les médecins de la marine, diplômés de l'Institut d'hygiène de Paris, sont autorisés à faire partie de l'Association des anciens élèves de l'Institut d'hygiène de l'Université de Paris. (*J. O.*, 7 juillet 1927.)

UN MONUMENT A GOLGI. — La Société médico-chirurgicale de Pavie a pris l'initiative d'une souscription nationale pour l'érection d'un monument à Camille Golgi.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN. — IVe VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL SUR LA COTE D'AZUR, TOULON, HYÈRES, SAINT-RAPHAEL, CANNES, GRASSE, MENTON, MONTE-CARLO, MONACO, BEAULIEU, NICE, LES ALPES. — Le voyage aura lieu du 30 décembre 1927 au 8 janvier 1928.

MM. les voyageurs devront arriver à la gare de Toulon dans la matinée du 30 décembre, avant midi. Ceux qui ne pourraient arriver qu'à une heure plus tardive sont priés d'en aviser la Société médicale. Le voyage est réservé aux médecins, mais ceux-ci peuvent être accompagnés de personnes de leur famille. Les étudiants en médecine sont admis. Les demandes d'inscriptions sont reçues dès à présent dans les bureaux de l'Office du Tourisme français : à Paris, 17, rue de Surène (8e); à Londres, S. W. I. Haymarket 56; à Amsterdam, Sarphatistraat 15; à Barcelone, Cortès 603; à Genève, rue du Mont-Blanc, 3, et chez Mme Juppe-Blaise, Fédération of the Health Resorts of France, 19 A, Tavistock Square, à Londres, W. C. I., ou chez M. Asser, agence Mupdus, Groest 24, à Hilversum (Hollande).

Comme les voyages précédents, celui-ci sera organisé par la Société médicale, dans les meilleures conditions de luxe et de confort, et sera conduit de telle manière que les voyageurs visiteront, sans fatigue et dans le minimum de temps, les principaux établissements médicaux et scientifiques de la Côte d'Azur, en même temps que les sites les plus justement célèbres. Des réceptions sont prévues dans les villes principales.

Une excursion en Corse sera organisée à la fin du voyage; si MM. les voyageurs en font la demande.

Pour tous renseignements, écrire au président de la Société Médicale, docteur M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice.

Le nombre des places est limité.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Bignat (de Clermont-Ferrand), Vialard (de Malzieu-Ville), Francisco Llorca (de Madrid).

CHRONIQUE

LES FACULTÉS DE MÉDECINE DE STRASBOURG, MONTPELLIER, TOULOUSE VISITENT LA STATION DE LUCHON.

Si nous avons bonne mémoire, l'Office national du Tourisme, dans une de ses séances où la Commission médicale consultative a été appelée à donner son avis, a voté, à l'unanimité, que chaque station thermale ne recevrait qu'une seule caravane médicale au cours d'une même année.

Or, dans l'espace de quinze jours, Luchon a eu le grand plaisir et l'honneur de recevoir et les médecins d'Alsace et Lorraine, et ceux de l'antique Faculté de Rabelais, et ceux encore de la Faculté de médecine de Toulouse.

Dieu me garde de me plaindre de la qualité de tels visiteurs! Car ces voyages d'études, ainsi qu'ils ont été conçus par les Facultés de Strasbourg, de Montpellier et de Toulouse (je ne parle que des trois plus récentes parce que ce sont elles qui, tout dernièrement, sont venues à Luchon) remplissent pleinement le but que l'Institut d'hydrologie et de climatologie de Paris, la Société de thérapeutique clinique de Bordeaux et, enfin, la Société d'hydrologie et de climatologie de Toulouse (sans oublier le Syndicat des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France) ont voulu réaliser.

Discipline admirable, ordre parfait, séance de travail bien ordonnée; visite technique des établissements thermaux réglés de telle sorte que, en aucun moment, l'encombrement ne pouvait se produire. Cordialité et courtoisie qui ne sont pas le moindre charme de ces réceptions : tout a concouru à faire de ces manifestations un ensemble scientifique digne de tous éloges.

Ce n'est pas à dire que l'agréable n'ait point été uni à l'utile : dans nos Pyrénées la beauté voisine avec le bienfait, le tourisme s'allie au thermalisme.

On nous annonce, pour septembre, le grand V. E. M. de Paris. Luchon fera tous ses efforts pour réserver à cette caravane l'accueil dont on peut se douter.

Il ne nous sera pas reproché de souligner, avec une certaine fierté, les efforts incessants que la ville de Luchon, la municipalité, la Compagnie fermière n'ont cessé de réaliser depuis huit ans pour attirer, sur la reine des Pyrénées, l'attention de toutes les Facultés de France.

Aucun éloge ne saurait lui être plus agréable que de voir, au cours d'une même année, près de la moitié des Facultés se rendre ainsi auprès d'elle et venir constater les améliorations grandioses qui lui ont été apportées au cours de ces dernières années.

Le futur vaporarium de Luchon, dont les recherches techniques, géologiques et physico-chimiques sont complètement terminées, constitue, à la vérité, une « attraction » bien digne de fixer l'intérêt de ceux qui cherchent à placer, au premier rang, le thermalisme et le climatisme français.

R. MOLINÉRY.

MODE D'ACTION ET INDICATIONS

DU

TAMPONNEMENT DE MICKULICZ

Par M. le professeur E. VILLARD.

(CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE LYON)

Le tamponnement abdominal de Mickulicz, sur lequel le silence paraissait fait dans ces dernières années, est de nouveau revenu à l'actualité et fait l'objet d'ardentes discussions. Les chirurgiens, dont je suis, auxquels une carrière déjà longue a permis de voir naître ce procédé thérapeutique, lui sont en général toujours restés fidèles, peut-être en souvenir des services rendus autrefois. En effet, lorsque, vers 1893, le drainage de Mickulicz fit son apparition à Lyon, il apporta une véritable transformation dans les résultats de la chirurgie abdominale et plus spécialement des organes pelviens.

A cette époque, les laparotomies pour suppurations peviennes et même pour les fibromes s'accompagnaient de désastres en série. La mort par péritonite était fréquente au troisième jour; dès que le drainage de Mickulicz fut entré en pratique, les succès devinrent la règle. Bien qu'au début certaines ablations précoces des mèches aient compromis, par l'évolution de péritonites tardives, des résultats qui paraissaient déjà acquis, à la faveur de Mickulicz, une grande sécurité naquit pour toute la chirurgie pelvienne. Peu à peu, cependant, ses applications devinrent plus rares du fait d'une chirurgie abdominale plus rigoureusement aseptique et d'une meilleure utilisation des feuillets péritonéaux dans la constitution des cloisonnements anatomiques. Néanmoins, malgré ces perfectionnements techniques, certaines interventions abdominales restent toujours exposées à des contacts septiques du fait de l'ouverture de collections purulentes ou de cavités à contenu septique telles que l'intestin, les voies biliaires et le vagin et il ne sera pas toujours possible d'obtenir une barrière anatomique limitant les territoires infectés. C'est pour ces cas que le tamponnement de Mickulicz doit être conservé, il reprend là toutes ses indications, au même titre que dans la chirurgie infectée d'autrefois. Pour ma part, tout en ayant restreint beaucoup ses indications, je lui suis resté fidèle dans certains cas graves, l'utilisant plusieurs fois chaque année, avec, dans mon inconscient, une sensation de sécurité très grande. C'est ce même réflexe qu'a éprouvé sûrement le professeur J.-L. Faure. Il est en effet rationnel de penser qu'un procédé thérapeutique qui a sauvé tant d'opérées à une période grave de la chirurgie abdominale doit conserver encore des indications et ce sont celles-ci qu'il y a lieu de préciser.

Pour bien comprendre les indications du Mickulicz, il faut tout d'abord étudier son mode d'action et sa physiologie pathologique. Dans cet ordre d'idées, élargissant la question, je comprendrai sous le nom de Mickulicz tous les larges tamponnements péritonéaux à la gaze, faits avec ou sans le sac périphérique du drainage typique, car celui-ci n'est placé qu'en vue d'une ablation plus facile, l'action utile résidant dans la présence des compresses de gaze.

Je dirai tout d'abord que *ce n'est pas par une action de drainage que le Mickulicz agit,* en réalité il laisse bien transsuder les sérosités, mais il ne draine pas, au sens exact du mot; à ce point de vue les drains lui sont infiniment supérieurs. La gaze ne laisse passer que les liquides séreux, très fluides, mais ses mailles arrêtent le sang et les liquides purulents plus ou moins épais. La preuve de ce fait est donnée par l'étude de ce qui se passe au niveau du Mickulicz laissé en place; au bout de quelques jours, celui-ci fait de la rétention, la température s'élève, elle tombe au moment de l'ablation et derrière les compresses s'évacue une notable quantité de sécrétion. Un premier point doit être acquis, le Mickulicz n'agit pas comme drainage. En réalité, c'est un tamponnement et, à mon sens, l'expression de tamponnement de Mickulicz doit être préférée à celle de drainage. Si le Mickulicz ne draine pas, comment agit-il? Il agit par le cloisonnement que sa présence détermine et aussi un peu par le maintien des surfaces infectées au contact de l'oxygène.

Le rôle du *cloisonnement* est de beaucoup le plus important, c'est du reste celui que réalise la défense naturelle de la cavité péritonéale. Dans le pelvis, c'est le côlon pelvien qui, en se rabattant sur le fond utérin et le détroit supérieur, limite les infections du petit bassin; ce sont l'épiploon et les anses intestinales qui s'accolent au pourtour d'un foyer appendiculaire, ce sont les côlons qui circonscrivent les foyers infectieux sous-hépatiques ou gastriques. Le tamponnement à la gaze favorise ce mécanisme. Toute anse intestinale qui vient frôler une compresse de gaze s'y fixe et y adhère, le fait est patent lorsque à la fin d'une intervention on retire les compresses qui ont récliné l'intestin. Or, le processus de l'infection péritonéale est progressif. Une péritonite n'est pas généralisée d'emblée. La zone infectée s'étend peu à peu de proche en proche, les agents septiques filtrent entre les anses intestinales, leur migration étant favorisée par la mobilité même de celles-ci. Une péritonite est locale avant d'être généralisée, elle est diffusante avant d'être diffuse. On comprend dès lors que si, au cours d'une intervention abdominale ayant comporté des manœuvres septiques, il est possible de cloisonner tout le territoire qui a pu être infecté, le danger sera écarté. Le tamponnement de Mickulicz réalisera ce but en cloisonnant, par les adhérences qu'il détermine presque immédiatement, la zone opératoire.

Le Mickulicz agira aussi en permettant l'*oxygénation.* On connaît l'extrême gravité des infections appendiculaires ou intestinales en vase clos, la septicité des inoculations pariétales, leur aspect gangréneux lorsque quelques points de suture ont trop fermé une plaie au voisinage de l'ouverture d'un foyer appendiculaire, par exemple. En laissant la zone opératoire au contact de l'oxygène, le Mickulicz atténuera ces dangers, mais c'est là un rôle accessoire, le cloisonnement par création d'une solide barrière d'adhérences reste le mode d'action principal.

Ceci nous conduit à envisager le temps de durée de son application; il faut faire des adhérences solides, mais il est inutile de faire davantage. On doit donc laisser le tamponnement en place jusqu'à constitution de la barrière protectrice et l'enlever ensuite. L'ablation précoce risque de provoquer des déchirures pouvant déterminer des péritonites secondaires. Au début de l'emploi du tamponnement, j'en ai vu de très nombreux exemples. L'ablation tardive s'accompagne de rétention, les mèches constituent un véritable corps étranger, entretenant un état infectieux qui expose à des suppurations prolongées et cela inutilement, car le rôle protecteur est terminé. Un septenaire nous paraît nécessaire pour la formation d'une solide barrière. Nous avons donc l'habitude d'enlever au septième jour les mèches centrales ou la plus grande partie des compresses et deux jours plus tard de terminer l'ablation. Celle-ci comporte parfois des difficultés en raison de l'adhérence de la gaze, elles sont facilement surmontables en allant doucement et en s'aidant de l'action de l'eau oxygénée. Je ne suis pas d'avis de recourir, pour éviter ces difficultés, au Mickulicz gras du professeur J.-L. Faure; malgré toute l'admiration que j'ai pour lui, je pense qu'il est irrationnel d'utiliser un agent qui empêche les adhérences, alors qu'à mon sens les bons résultats obtenus proviennent justement de la formation de celles-ci. Lorsque dans une infection péritonéale grave les compresses ne se fixent pas, le pronostic est mauvais. Mais peut-être les compresses grasses font-elles quand même des adhérences?

Ces considérations de physiologie pathologique nous permettront de préciser les indications de l'emploi du Mickulicz. Je les envisagerai dans les affections pelviennes, dans les infections de la grande cavité péritonéale et dans la chirurgie intestinale.

Bien qu'imaginé à propos de la chirurgie pelvienne, le tamponnement de Mickulicz a perdu beaucoup de ses indications dans les interventions sur l'utérus et les annexes. En effet, les procédés de péritonisation haute avec suture au péritoine vésical du côlon pelvien rabattu au-dessus du pelvis, réalisent une séparation parfaite des territoires infectés et de la grande cavité péritonéale. Si au cours d'une intervention avec ouverture de collections purulentes les anses intestinales ont été correctement maintenues par des compresses au-dessus du détroit supérieur, si les deux fosses iliaques ont été bien protégées, la suture péritonéale haute donnera toute sécurité, d'autant qu'un drainage vaginal pourra être établi, soit au travers du col incisé, soit du cul-de-sac postérieur. Le Mickulicz n'a pas là d'indications, car en dehors de ses inconvénients connus il établirait une communication entre le petit bassin et la grande cavité abdominale. La péritonisation constitue là un très grand progrès.

Par contre, toutes les fois que la difficulté des manœuvres opératoires a pu risquer d'infecter la séreuse abdominale, le Mickulicz sera indiqué. S'agit-il par exemple d'une grosse infection pelvienne ayant dépassé l'étage supérieur du méso-côlon pelvien, si les fosses iliaques ou les anses grêles ont été souillées, la péritonisation colopelvienne ne suffira plus, car elle sera au-dessous des territoires inoculés. A quoi servira de fermer le pelvis si les liquides septiques ont passé au-dessus de lui. Il deviendra alors nécessaire de recourir au large tamponnement qui réalisera plus haut, par adhérences, la barrière protectrice nécessaire. La ligne de conduite est, à mon sens, la suivante : dans les opérations septiques effectuées dans le petit bassin, si tout s'est passé au-dessous du côlon pelvien relevé par les compresses, la péritonisation haute avec ou sans drainage vaginal suffira. Si l'étendue des lésions, la libération des anses ont nécessité des manœuvres au-dessus du détroit supérieur avec risques d'infection de la grande cavité abdominale, il y aura lieu de placer un Mickulicz; certainement des opérées pourront guérir sans lui, mais son application donnera un maximum de succès et une très grande sécurité.

Ici se pose la question de l'emploi du Mickulicz dans l'hystérectomie élargie pour cancer du col. J.-L. Faure s'en est fait le défenseur éloquent et ardent. Tout en rendant hommage aux grands services qu'il a rendus en montrant la sécurité que donnent les larges drainages péritonéaux à la gaze, je ne crois pas qu'il y ait lieu d'employer systématiquement le Mickulicz dans l'opération de Wertheim régulièrement faite. Je n'y ai pas recours, car dans le Wertheim tout doit se passer dans le petit bassin, au-dessous du côlon pelvien relevé. Il ne doit pas exister de manœuvres septiques au-dessus. Personnellement, dès le début de l'intervention, l'anse sigmoïde est relevée au-devant du rachis par une épaisse et large compresse de toile qui bloque à pression les deux fosses iliaques; aucune anse intestinale ne peut passer. La dissection des uretères, la libération de l'utérus, le décollement du vagin ne comportent aucune manœuvre septique et même toutes les ligatures sont faites l'utérus étant encore en place et ne tenant plus que par le cylindre vaginal. Celui-ci est alors saisi très bas, entre deux pinces à compression de Goullioud et sectionné entre elles avec un bistouri coudé. Une lame de thermocautère stérilise la tranche de section. Jusqu'à ce moment, aucun contact septique n'a eu lieu. Alors, dans un temps très court, la pince vaginale est lâchée; une longue mèche, dont une extrémité est introduite dans le vagin, est tassée dans le pelvis sur les surfaces cruentées et de suite est effectuée la suture de péritonisation avec l'anse sigmoïde rabattue. Avec cette technique très régulière, je ne crois pas le Mickulicz nécessaire, car à aucun moment la grande cavité abdominale n'a pu être souillée. Les résultats opératoires confirment cette conduite. En raison du grand nombre des cancers du col dérivés vers les traitements curiethérapiques ou venus trop tard, je n'ai, dans ces trois dernières années, pratiqué à la clinique gynécologique que trente-deux hystérectomies élargies pour cancer du col. Néanmoins, je n'ai eu aucune mort par infection. Deux malades sont mortes subitement d'embolie vers le quatorzième jour, une troisième a succombé le dixième jour à la suite d'un phlegmon érysipélateux accidentel de la cuisse, survenu au

niveau d'une injection d'huile camphrée. Je crois que le Mickulicz ne sera indiqué dans le Wertheim que lorsque l'intervention aura été atypique, lorsque le vagin aura été ouvert précocement ou lorsqu'il y aura eu des poussées d'anses grêles par exemple ; il rendra alors de grands services, mais, toutes les fois que l'opération aura pu être correctement exécutée, il sera inutile.

Dans les infections de la grande cavité péritonéale, si le Mickulicz typique avec son sac est rarement utilisé sous cette forme, par contre, le large tamponnement trouvera de nombreuses indications, car les cloisonnements anatomiques seront difficiles ou impossibles à réaliser. C'est ainsi que dans les appendicites aiguës où l'infection est diffusante, la mise en place de larges compresses sera des plus utiles. Ici, aucune cloison anatomique ne peut être élevée. Si le cæcum ou la fosse iliaque font le plus souvent une barrière en haut et en dehors, en dedans et en bas, il n'y a que le grêle. Les compresses de gaze, en agglutinant autour d'elles les anses voisines, feront le cloisonnement nécessaire et sauveront beaucoup de malades. Dans l'étage sus-ombilical, le tamponnement jouera aussi son rôle protecteur et notamment dans les interventions sur les voies biliaires. Il est de toute nécessité, après l'ouverture du cholédoque par exemple et malgré le drainage de l'hépatique, de protéger la cavité péritonéale contre les infiltrations de bile septique. Il est possible de réaliser un cloisonnement anatomique partiel au moyen de l'angle droit et du côlon transverse, mais la barrière est très incomplète et insuffisante en dedans vers l'estomac et surtout en dehors et en arrière. Le tamponnement à la gaze donne seul la sécurité et dans toutes mes cholédocotomies, je suis resté fidèle à la mise en place de trois longues compresses, une en dedans, vers la ligne médiane et l'estomac, une en bas au-dessus du côlon, une en dehors plongeant vers le rein et vers le ligament triangulaire droit du foie. J'ai essayé dans quelques cas, pour faciliter l'extraction, d'utiliser un vrai Mickulicz avec sac, mais j'y ai renoncé parce que moins parfait.

Les affections gastriques nécessiteront très exceptionnellement les tamponnements à la gaze en raison de la faible septicité du contenu de l'estomac et de la possibilité de se servir des mésos. Dans les infections péritonéales très étendues, on pourra obtenir de bons résultats de l'emploi du Mickulicz, j'en ai observé un exemple typique. Il y a une quinzaine d'années, opérant dans des conditions particulièrement graves un volumineux et double kyste de l'ovaire suppuré, avec température à 40 degrés, l'un des kystes se rompit sous l'influence de la décompression et plusieurs litres de pus inondèrent l'abdomen. Bien que la situation parût désespérée, je me décidai, après assèchement du ventre par aspiration, à laisser deux tamponnements : un sous-ombilical et l'autre pelvien. La malade guérit.

L'emploi du Mickulicz a été enfin très discuté dans la chirurgie intestinale et on lui a reproché, non sans raison du reste, d'exposer à la désunion des sutures. Je crois, en effet, qu'il peut être dangereux de laisser celles-ci au contact direct des compresses et cependant, en raison de la septicité du contenu du gros intestin, il peut être nécessaire pour parer aux dangers d'infection de la zone de l'intervention. Ces dangers ont été très diminués par les procédés de décollement pariétaux et l'extériorisation, mais, néanmoins, dans certaines circonstances, les manœuvres n'ont pas pu être régulières, la protection du péritoine a été imparfaite, il y a des risques de péritonite. Faut-il se priver de la sécurité du Mickulicz? Je ne le crois pas, parce que, le plus souvent, il lui suffira de constituer une barrière latérale, facile à réaliser, et parce que c'est dans la chirurgie du gros intestin où les anaérobies constituent un si grand danger que son double rôle de cloisonnement et d'oxygénation sera particulièrement utile. Il faudra toutefois s'efforcer de ne pas mettre les compresses au voisinage immédiat des sutures, la barrière sera faite au large. Si malgré ces précautions une fistule survient, elle sera au moins la preuve que le malade a survécu et son oblitération sera faite ultérieurement. Pour ma part, j'ai eu recours assez souvent au tamponnement à la gaze après des colectomies et surtout des cæco-hémi-colectomies. Dans ces cas, je n'ai jamais été obligé de réintervenir pour des fistules persistantes. Je crois, du reste, n'avoir observé de fistulations intestinales que dans les interventions faites pour des lésions tuberculeuses.

On a reproché, enfin, au Mickulicz de créer des éventrations; ce reproche n'existe à peu près pas pour le Mickulicz pelvien qui est le plus fréquemment employé, car si on a la précaution de ne laisser qu'un orifice pariétal de petites dimensions et de refouler celui-ci au ras du pubis, il ne persiste après cicatrisation qu'une sorte d'ombilic déprimé, sans hernie. Pour les Mickulicz atypiques placés dans la grande cavité péritonéale, l'éventration tardive est plus à craindre, mais sa cure radicale paraîtra peu de chose si le drainage a permis la guérison.

Conclusions. — Le tamponnement de Mickulicz, qui à son apparition a transformé les résultats alors désastreux de la chirurgie abdominale, peut encore, actuellement, malgré les perfectionnements des techniques modernes, rendre de très grands services et conserve des indications précises. Si l'on considère qu'il agit en créant par adhérences une barrière efficace contre la diffusion des infections péritonéales, son utilité apparaîtra toutes les fois qu'il ne sera pas possible de réaliser anatomiquement cette barrière.

Il sera donc indiqué après les interventions pelviennes, dans lesquelles des manœuvres septiques ont eu lieu au-dessus du côlon pelvien, au-dessus, par conséquent, du cloisonnement protecteur réalisé par la péritonisation haute. Dans les infections de la grande cavité péritonéale, il sera particulièrement précieux dans les appendicites aiguës, diffusantes et dans les interventions hépatiques avec ouverture des voies biliaires. Plus rares seront les indications fournies par la chirurgie gastro-intestinale ; cependant, certaines interventions graves sur le gros intestin pourront bénéficier de son emploi, sous réserve d'une mise en place prudente, en évitant le contact direct avec les sutures.

Le tamponnement de Mickulicz ne devra pas être laissé en place plus de sept à dix jours, temps nécessaire et suffisant à l'édification de la solide barrière de défense qu'on lui demande de constituer.

VIIIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE[1]

***

Les **réactions vestibulaires** étaient la seconde question mise à l'étude. Elle a été l'objet de deux rapports, dus l'un au professeur A. de Klejn, professeur à l'Université d'Utrecht, l'autre au docteur A. Hautant, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris.

Les moyens d'exploration clinique de l'appareil vestibulaire.

Par M. A. de Klejn.

Les réflexes d'origine vestibulaire sont de deux ordres. Les uns ont pour point de départ les canaux semi-circulaires : Flourens (1824) a démontré leur existence en physiologie; Ménière a transposé ses enseignements en clinique humaine (1861). Les autres réflexes sont d'origine otolithique (sacculaire et utriculaire). Biener s'est efforcé d'en faire admettre l'existence (1874). Il a, d'autre part, découvert l'origine labyrinthique du nystagmus de rotation et du nystagmus galvanique. Ces recherches ont été à leur tour appliquées à la clinique par Barany (1905) qui a montré, en outre, l'intérêt du nystagmus calorique.

Les réflexes d'origine semi-circulaire sont liés à des mouvements de la tête. Les capsules qui recouvrent les crêtes sensorielles des canaux semi-circulaires sont, en effet, mobiles dans l'endolymphe et susceptibles de réagir aux mouvements de la tête en excitant les cils sensoriels pendant le mouvement. Leur action cesse à l'arrêt du déplacement.

Au contraire, les réflexes d'origine otolithique sont des réflexes toniques, qui sont liés à une certaine position de la tête dans l'espace, et qui persistent tant que cette position est maintenue. En effet, les membranes otolithiques, dont le poids spécifique est élevé, et qui recouvrent les macules du saccule et de l'utricule, obéissent aux lois de la pesanteur; suivant la position de la tête dans l'espace, elles exercent, sur les éléments sensoriels, une compression plus ou moins intense, qui persiste aussi longtemps que la position de la tête.

M. de Klejn d'abord avec Magniez, puis seul, a consacré une série d'importants travaux à l'étude des réflexes toniques d'origine otolithique. Mais en général, il s'agit de réflexes qui restent du domaine de la physiologie, ou du moins, dont la recherche clinique est des plus délicates.

M. de Klejn distingue trois catégories de réflexes labyrinthiques toniques :

1° Les premiers agissent sur la *musculature du corps*. On les constate chez les animaux décérébrés maintenus en l'air dans des positions variées. Le rapporteur relève les rares observations cliniques dans lesquelles ces réflexes ont pu être mis en évidence chez l'homme;

2° D'autres réflexes méritent le nom de *réflexes de redressement labyrinthique*. Ils maintiennent l'attitude céphalique normale pendant que le corps subit dans l'espace des changements d'attitude variés. Ces réflexes sont très nets chez les animaux. On a pu les observer chez des nourrissons normaux et chez des anencéphales. Chez l'adulte et même chez le grand enfant, ils n'ont guère été étudiés, du fait de la difficulté qu'on éprouve d'assurer le déplacement passif du corps en laissant libres les positions de la tête;

3° Parmi les réflexes otolithiques, ce sont les *attitudes compensatrices des globes oculaires* qui sont les moins difficiles à mettre en évidence en clinique. Leur siège est vraisemblablement dans les utricules. En effet, la destruction totale des deux *maculæ sacculi* ne les fait pas disparaître (Wersteegh). Mais, d'autre part, si l'on centrifuge des cobayes à grande vitesse, selon la technique de Wittmaak, de manière à détacher les otolithes sans léser les *cupulæ*, on constate que l'on n'obtient plus les attitudes compensatrices des globes oculaires, alors que les réflexes d'origine semi-circulaire sont tous conservés. Parmi les réflexes toniques d'attitude des globes oculaires, seuls les réflexes rotatoires peuvent être étudiés. Il existe, pour leur observation, un grand nombre de techniques. De Klejn décrit la sienne qui lui a permis de constater, dans l'inclinaison latérale de la tête, une rotation du globe qui varie de 3 à 14 degrés.

Outre ces réflexes toniques d'origine otolithique, on décrit avec Barany (1913) un « nystagmus otolithique ». Il existe, en effet, des cas de « vertige de position » dans lesquels le vertige et le nystagmus sont régulièrement exclusivement provoqués par une attitude déterminée de la tête dans l'espace. De Klejn discute l'interprétation de ces faits. Il montre que la physiologie n'apporte pas d'argument en faveur de l'existence d'un nystagmus otolithique, et il émet diverses hypothèses pour expliquer vertiges et nystagmus de position sans faire intervenir les otolithes : lésion du système nerveux central — influence de la pesanteur ou de l'attitude du cou sur les conditions de pression du liquide céphalo-rachidien dans la fosse cérébrale postérieure — anomalie d'une artère auditive interne ou d'une artère vertébrale.

En terminant son rapport, de Klejn discute la signification et la valeur du nystagmus calorique de Barany. Il rappelle l'interprétation proposée dès le début par Barany. L'irrigation du conduit auditif par l'eau chaude ou froide produit une modification de température de l'endolymphe, qui change sa densité et qui détermine un courant ascendant dans le cas d'irrigation chaude, un courant descendant dans le cas d'irrigation froide. Depuis lors, Kobrak a constaté que des différences de température extrêmement faibles (1 degré) suffisent pour provoquer le nystagmus calorique, et il a opposé une autre théorie à celle de Barany : le nystagmus calorique serait dû à un réflexe vaso-moteur qui, issu du conduit auditif externe, modifierait l'état des vaisseaux labyrinthiques. Le rapporteur discute longuement la théorie de Barany et celle de Kobrak. Il conclut en faveur de l'ancienne théorie de Barany qui, somme toute, « a bien résisté aux attaques scientifiques ».

Au point de vue pratique, il fait l'éloge de l'épreuve calorique qui a l'avantage d'être possible même chez le malade couché et de ne provoquer chez lui, si elle est provoquée prudemment, suivant la technique de Kobrak, ni vertige, ni vomissement, et, d'autre part, de permettre l'exploration isolée de chacun des deux labyrinthes. Il insiste sur la nécessité de pratiquer la double épreuve, chaude et froide, si l'on veut avoir le droit de tirer des conclusions de l'épreuve calorique.

Étude clinique sur l'examen fonctionnel de l'appareil vestibulaire.

Par M. A. Hautant.

Dans son étude, M. A. Hautant se place à un point de vue plus purement pratique.

Après un résumé précis et schématique de physiologie vestibulaire, il décrit et discute les différents symptômes et les différentes épreuves qui traduisent la souffrance du vestibule.

La *sensation vertigineuse* vraie, giratoire, est un anamnes-

---

Association de la Presse médicale française.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 55, p. 915.

tique d'une importance primordiale dans le diagnostic des affections labyrinthiques. Cependant on peut voir des labyrinthites totalement destructives dont toute l'évolution se poursuit sans aucune sensation vertigineuse. D'autre part, le vertige peut s'observer dans les tumeurs cérébrales, dans les affections cérébelleuses. Mais, dans ces derniers cas, il est bien probable qu'il traduit seulement le retentissement des lésions sur le vestibule ou sur les voies vestibulaires.

Le vertige se présente en général sous forme de grandes crises subites et dramatiques dans les lésions des terminaisons sensorielles. Au contraire, il est moins violent mais plus constant dans les lésions des voies vestibulaires ou des centres bulbaires. Dans l'hypertension simple de la fosse cérébelleuse, la sensation est atténuée et fugace. Les crises sont d'autant plus violentes que la lésion est plus brutale et que l'émotivité est plus grande. Des lésions graves, si elles sont progressives, peuvent évoluer sans vertige.

Le vertige peut être le fait d'un simple trouble vaso-moteur (rétrécissement mitral, insuffisance aortique, troubles gastriques). Les éblouissements, les défaillances doivent en être distingués. De même, le « vertige hystérique » et le « vertige épileptique ». Cependant on sait maintenant que l'oreille peut être le point de départ de crises épileptiques (Pierre Marie et J.-R. Pierre), et le principe de Charcot — d'après lequel le vertige vrai ne s'accompagne jamais de perte de connaissance — n'est plus admis sans restriction.

Les *troubles de l'équilibre* sont souvent le fait de lésions vestibulaires. Mais il ne faut pas oublier que le maintien de l'équilibre dépend de trois facteurs : la sensibilité profonde périphérique, la réactivité labyrinthique et la coordination motrice cérébelleuse. Dans cette synergie, le premier rôle revient à la sensibilité profonde périphérique.

L'épreuve de Romberg, chez les vestibulaires, se manifeste, après occlusion des yeux, par la sensation vertigineuse, par la chute latérale et par le nystagmus spontané. Elle peut être sensibilisée (station à cloche-pied, épreuve de pulsions, épreuve de V. Stein, épreuve de Babinski et Weil). Elle atteint son maximum de netteté dans les lésions récentes et totales de l'appareil vestibulaire, s'atténue ou même disparaît dans les lésions anciennes, se manifeste d'une manière intermittente dans les lésions atténuées.

Le Romberg est également positif dans les affections de la fosse cérébrale postérieure, mais il présente dans ce cas des caractères un peu différents : la chute se produit non pas latéralement, mais en arrière. Elle ne s'accompagne pas de réaction vertigineuse. Elle n'est pas en rapport avec la direction du nystagmus spontané. Enfin, elle ne se modifie pas suivant l'attitude de la tête sur le cou.

Barany attribue ces différences à l'origine différente du Romberg, labyrinthique dans le premier cas, cérébelleux dans le second. A. Hautant estime, au contraire, avec Dejerine, que les lésions cérébelleuses pures ne donnent pas lieu à un signe de Romberg vrai. Les caractères du Romberg, dans les lésions de la fosse cérébrale postérieure, sont dus à l'excitation bilatérale des voies labyrinthiques dont les conséquences sont naturellement toutes différentes de celles de l'excitation unilatérale des canaux semi-circulaires eux-mêmes.

Le *nystagmus spontané*, quand il est d'origine labyrinthique, est toujours un nystagmus rythmique, de direction et d'intensité variables, mais dont la durée ne dépasse pas quelques jours ou quelques semaines. Qu'il s'agisse d'un nystagmus constant, d'un nystagmus de mouvement ou d'un nystagmus d'attitude, il bat vers l'oreille malade quand il traduit l'irritation du labyrinthe, vers l'oreille saine quand il résulte de sa paralysie. Quand il bat vers les deux oreilles, son interprétation est délicate. Le nystagmus de paralysie est toujours de courte durée. Après destruction opératoire du labyrinthe, A. Hautant a observé, dans les heures qui suivent, le nystagmus vers l'oreille malade; puis, à partir du deuxième au quatrième jour, le nystagmus bat vers l'oreille saine. Le dixième jour, il apparaît dans les deux directions, et de ce moment, commence à s'atténuer progressivement. Au bout de deux ou trois ans, il disparaît souvent.

Dans certains cas, des secousses nystagmiques font place à des mouvements cloniques de convergence oculaire. Ce symptôme, dont la signification a été très discutée, serait lié avant tout, d'après Hautant, à l'état névropathique du sujet.

La *rotation* est l'excitant adéquat de l'appareil vestibulaire. A ce titre, l'épreuve de rotation est l'épreuve physiologique de l'oreille interne. Mais elle excite toujours les deux labyrinthes à la fois, et c'est là un grave inconvénient.

M. Hautant ne croit pas que la rotation agisse exclusivement par le mouvement communiqué au liquide endolymphatique dans les canaux semi-circulaires suivant la théorie de Mach-Breuer. Il pense qu'il faut faire intervenir également le déplacement des otolithes, et surtout l'excitabilité des noyaux vestibulaires du bulbe (Barany). La théorie oculaire du nystagmus rotatoire (Cernach et Vestenbaum) est loin d'être prouvée.

L'épreuve rotatoire doit être faite surtout la tête droite : le nystagmus, dans cette position, est horizontal, et donne des renseignements généraux sur l'appareil vestibulaire.

Les autres modes de rotation, la tête inclinée à 90 degrés en avant ou à 90 degrés sur une épaule, sont plus difficiles à supporter. Ils s'accompagnent de nystagmus rotatoire ou vertical, et permettent d'explorer les canaux verticaux, mais leur interprétation est difficile.

La durée du nystagmus provoqué par l'épreuve rotatoire est d'ailleurs très variable, à l'état normal, d'un sujet à l'autre, et même, chez un sujet déterminé, d'un jour à l'autre.

Le rapporteur envisage minutieusement les variations de l'épreuve aux cas de paralysie unilatérale récente ou ancienne, de paralysie totale bilatérale, d'hypo ou d'hyperexcitabilité unilatérale. Il décrit les « épreuves de rotation minima », dont les techniques ont été proposées récemment par Grahe et par Kobrak.

L'*épreuve calorique*, simple, facile à mettre en œuvre même chez des malades couchés, est véritablement la technique de choix au point de vue pratique.

La physiologie de l'épreuve calorique est encore obscure, et le rapporteur ne prend pas nettement parti entre la théorie physique du déplacement de l'endolymphe émise par Barany, et la théorie vaso-motrice de Kobrak. Il admet que les otolithes puissent suffire pour provoquer un réflexe calorique grossier.

L'épreuve doit, en général, être pratiquée successivement suivant deux techniques : l'injection minima (Kobrak), avec 5 à 10 centimètres cubes d'eau, facile à supporter, et l'injection massive (50 à 100 centimètres cubes), qui, seule, provoque des mouvements réactionnels, mais qui est souvent utile pour juger d'une hypoexcitabilité labyrinthique.

Dans l'appréciation de l'épreuve, on doit tenir compte de quatre facteurs : la quantité et la température de l'eau employée, et surtout le temps de latence (normal entre quinze secondes et une minute) et la durée de réaction (normale entre une et deux minutes). On a admis que le temps de latence était surtout réglé par l'état auriculaire extralabyrinthique, et la durée de réaction par l'état des voies et des centres, mais cette donnée est trop schématique : les variations du temps de latence et de la durée de réaction marchent généralement de pair.

Les résultats de l'épreuve calorique sont modifiés par la position de la tête, qui permet ainsi de dissocier, de chaque côté, l'excitation du canal horizontal et celle des canaux verticaux.

La position optima du canal horizontal correspond à la tête penchée en arrière, à 60 degrés. Le nystagmus normal est horizontal; à 10 centimètres cubes d'eau à 25 degrés, il apparaît en moyenne au bout de trente secondes et dure cent secondes.

La position optima des canaux verticaux est représentée par la tête inclinée dans le plan frontal à 30 degrés vers l'épaule opposée. Le nystagmus normal est rotatoire. L'épreuve est moins sensible que la précédente : la période de latence est de 50 à 60 secondes, la durée de la réaction de 75 à 115 secondes.

La position pessima est l'inclination de la tête de 30 degrés en avant. C'est dans cette position que se manifeste tout d'abord la diminution de l'excitabilité calorique qui est encore à l'état d'ébauche, par exemple dans l'hypertension cranienne.

M. Hautant discute l'interprétation des divers résultats de l'épreuve calorique : inexcitabilité totale ou partielle, hyperexcitabilité (exceptionnelle), hypoexcitabilité, plus ou moins accusées, passagères ou permanentes.

L'*épreuve galvanique* a été bien étudiée par M. Babinski avec ses élèves Weil, Barré, Cl. Vincent. M. Hautant en a repris la mise au point avec son élève J. Durand.

M. J. Durand a confirmé, dans leur ensemble, les travaux bien connus de l'école de M. Babinski. Il a constaté de grandes variations individuelles, mais il admet comme pathologique une différence de plus de 2 milliampères entre les intensités nécessaires pour provoquer, d'un côté ou de l'autre, l'inclination ou le nystagmus.

La réaction galvanique n'est presque jamais totalement absente (rares cas de méningite cérébro-spinale, de labyrinthite hérédo-syphilitique). Elle répond non pas à une simple excitation périphérique, mais à une influence du courant à la fois sur la voie périphérique et sur la voie centrale de l'appareil vestibulaire.

L'épreuve galvanique, quand elle est altérée, permet d'affirmer un trouble de la voie vestibulaire; mais ses résultats normaux n'entraînent pas l'intégrité de cette même voie : il n'est pas rare qu'elle soit normale après trépanation du labyrinthe. Ses modifications, d'ailleurs, ne sont pas proportionnelles au degré des lésions, mais elles sont surtout marquées dans les altérations légères et en évolution, plus irritatives que paralysantes. Elles sont plus précieuses pour le neurologiste que pour l'auriste.

On considère habituellement que le courant galvanique interroge à la fois l'appareil sensoriel et le tronc du nerf vestibulaire; le vestibule une fois paralysé, il provoque encore une réaction. Il n'en est pas de même des épreuves caloriques et rotatoires, qui disparaissent avec la destruction de l'organe sensoriel. Il y aurait donc, dans la comparaison des diverses épreuves, un moyen de dissocier les lésions périphériques et les lésions centrales. En fait, cette dissociation est souvent difficile; cependant les épreuves caloriques et rotatoires normales, avec résistance du courant galvanique et bonne audition, sont en faveur d'un processus endocranien.

D'autre part, quand l'altération porte sur la direction de la chute, elle dépend plutôt d'un trouble sensoriel; lorsqu'elle se manifeste surtout par l'intensité accrue du courant nécessaire, elle relève plutôt d'un trouble central, qui affecte le tronc ou les centres nerveux.

(*A suivre.*) J. MOUZON.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 JUIN 1927)

Contribution à l'étude du renforcement de l'immunité par l'injection de substances amylacées. — MM. J.-A. SICARD, J. PARAF et R. WALLICH, se basant sur les études de Commandon (action leucotactique de l'amidon) et de Ramon (influence du tapioca sur le renforcement des immunités sériques chez le cheval) démontrent à l'aide d'expériences sur le cobaye : d'une part le pouvoir leucogène des injections de tapioca spécialement préparé, et, d'autre part, l'augmentation de résistance des animaux dans la lutte anti-infectieuse (choléra, typhi-murium) et antitoxique (diphtérie).

Ces résultats expérimentaux leur ont permis de tenter l'application de cette méthode à l'homme et de prévoir :

1° L'injection de tapioca remplaçant l'abcès de fixation;

2° Le traitement des diphtéries graves par l'injection associée de tapioca et de sérum, pour renforcer l'immunité passive;

3° Le renforcement de l'immunité active par l'association de tapioca à l'anatoxine dans la vaccination antidiphtérique.

Les variations du taux de la glycémie consécutives aux injections intraveineuse et intracardiaque d'histamine. — MM. S. KATZENELBOGEN et E. ABRAMSON ont étudié l'action de l'histamine sur la glycémie des cobayes et des lapins. Les constatations suivantes se dégagent de cette étude : 1. lorsque l'histamine provoque un choc violent, fatal, ce choc s'accompagne le plus souvent d'une hypoglycémie; 2. dans les cas de troubles modérés ou d'absence de troubles, l'histamine provoque le plus souvent une hyperglycémie qui apparaît dans l'espace de dix minutes à une heure trente minutes après l'injection.

L'influence exercée par la gestation sur le sommeil a été l'objet d'une étude statistique de M. Henri VIGNES. Chez un bon nombre de femmes, la gestation ne modifie pas le sommeil. Chez quelques-unes (et surtout chez les femmes auxquelles s'applique l'épithète de vagotoniques), il existe de l'hypersomnie et de la somnolence au début de la gestation. Chez un cinquième, il se produit, soit de façon passagère au début de la gestation, soit de façon plus prolongée de l'insomnie, ou tout au moins une diminution du sommeil, cet état semblant causé, soit par des préoccupations plus ou moins avouées, soit par un énervement lié à des formes frustes d'hyperthyroïdie.

La substance active des eaux de Barèges (barégine). — MM. René ROBINE et DEJUSSIEU ont repris l'étude de la barégine, ce produit onctueux spécial aux eaux thermales monosulfurées, dont la dernière analyse fut faite en 1865 par Patsumot. Ils ont trouvé des chiffres analogues à ce dernier pour le carbonate de chaux, la silice, l'oxyde de fer, le chlorure de Na et le phosphate de chaux; l'arsenic atteint 17 milligrammes, chiffre beaucoup plus élevé que celui de Schlagdenhaufen, ainsi que les chiffres du NaCl, du soufre total et des phosphates. Ils mettent en évidence trois nouveaux corps : le *cuivre*, l'*alumine* et le *manganèse*.

En outre, la barégine se révèle comme constituée par le produit de déchet des éléments microbiens se développant dans ces eaux thermales. Ce magma, englobant de rares formes d'attente et des spores, se forme au dépens des bactéries usées, mortes, vidées, qui s'hydratent, se déforment et s'agglomèrent. Il donne la réaction générale des celluloses. Ces bactéries, dont certaines semblent n'avoir jamais été décrites, ont un pouvoir réducteur puissant et sont douées de propriétés bactériolytiques et bactériophagiques qui expliquent les résultats thérapeutiques obtenus par le traitement des eaux monosulfurées dans les fistules, les plaies, certaines métrites et les furonculoses.

Note histologique sur le rachitisme expérimental chez le rat. — MM. S. DOBKEVITCH et P. MOULONGUET, étudiant le rachitisme expérimental, ont été amenés à constater que les lésions expérimentales produites par les régimes rachitisants classiques ne correspondent pas exactement aux lésions du rachitisme humain. En effet, par le régime carencé en phosphore de Pappenheimer dit 85, exclusif, on obtient une énorme hyperplasie du cartilage, portant sur la couche sériée qui s'aplatit avec un aspect feuilleté et nécrotique sur un os métaphysaire normal, isolant le cartilage de l'os, avec stérili-

sation du processus de l'ostéogénèse cartilagineuse. Ces lésions sont très distinctes des lésions du rachitisme humain qui peuvent être caractérisées comme une ostéogénèse en désordre, avec existence d'une zone fortement vascularisée où s'entremêlent des îlots de cartilage, de tissu ossiforme, d'os vrai (tissu spongoïde de Jules Guérin). Les auteurs ont cherché à approcher davantage de ces lésions et y sont parvenus par différentes modifications de régime sur lesquelles ils reviendront ultérieurement, notamment en alternant le régime 85 avec un régime normal.

Action de la bile et des sels biliaires sur l'excitabilité et la conductibilité cardiaques. — M. Louis Lyon-Caen. La bile de chien et les solutions de sels biliaires à 1/100 agissent uniquement sur la conductibilité du cœur de grenouille; elles provoquent : un ralentissement marqué du rythme sinusal normal, une dissociation auriculo-ventriculaire de rythme et demi, puis du tiers, puis arrêt des contractions ventriculaires, sans modifications de la chronaxie ventriculaire. Les solutions concentrées de sels biliaires à 4/100 agissent en deux phases : dans la première, mêmes effets sur la conductibilité; dans la seconde, augmentation très marquée de la chronaxie normale qui est triplée et quintuplée.

Sur l'efficacité comparée des ondes cunéiformes et des ondes rectangulaires. — MM. A. Strohl et Ph. Fabre constatent que les courants progressifs de courte durée excitent le muscle avec une quantité d'électricité moindre que les courants constants interrompus de même longueur. C'est une nouvelle confirmation du principe suivant lequel, parmi les courants qui mettent en jeu une quantité donnée d'électricité dans un temps donné, ce sont ceux dont l'intensité reste constante qui sont les moins efficaces.

— Société de biologie de Lyon (séance du 20 juin 1927) :

Action affaiblissante de l'état colloïdal sur le pouvoir infertilisant des essences vis-à-vis des microbes. — MM. Morel, Rochaix et Chevallier montrent que le pouvoir infertilisant des essences diminue considérablement quand elles passent de l'état moléculaire à l'état micellaire. Cette diminution est vraisemblablement en rapport avec la dispersion des essences, le contact réciproque des essences et des microbes étant évidemment moins étendu dans les cas de l'agglomération micellaire que dans celui de la dissolution moléculaire.

Sur le mécanisme d'inactivation de la toxine tétanique par les savons et les acides gras. — MM. P. Sédallian et L. Velluz. Dans la formation des cryptotoxines, l'adsorption du savon par la micelle toxique n'est pas suffisante. Le pouvoir neutralisant du savon croît par la présence, dans la molécule des acides gras correspondants, de liaisons éthyléniques ou d'un oxhydrile alcoolique. Tout se passe comme si, sur la micelle toxique ayant adsorbé *in vitro* un savon, il se formait ensuite *in vivo* dans la cellule (milieu acide), un film d'acide gras insoluble conférant à son support colloïdal l'inertie réactionnelle.

Acide lactique, ammoniaque et créatinine urinaires dans les états parkinsoniens. — MM. J. Froment et L. Velluz ont noté, chez quarante parkinsoniens, rigides et pour la plupart non trembleurs, des variations horaires considérables de l'ammoniaque urinaire, variations étudiées à l'aide du rapport de Maillard-Lanzenberg. La présence d'acide lactique, caractérisée par ses réactions analytiques, permet de lier l'ammoniurie ainsi observée à une acidose d'origine lactique, n'entraînant d'ailleurs pas de modifications sensibles de la réserve alcaline. Ces résultats permettent d'apparenter la rigidité parkinsoninnne à un état de contraction soutenue.

Sur l'état colloïdal micellaire de la gélatine. — M. André Chevallier. Dans certaines conditions avec de la gélatine très pure au point isoélectrique, on peut obtenir des suspensions qui semblent différer par leur état physique des solutions ordinaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 JUIN 1927)

Obstruction intestinale par hydronéphrose. — M. Cadenat fait un rapport sur une observation de M. Caraven (d'Amiens) qui opéra un malade présentant des signes d'obstruction intestinale due à un kyste; après marsupialisation de la poche kystique, le malade guérit et on reconnut ultérieurement que le kyste était une hydronéphrose qui s'était développée dans un rein en fer à cheval.

Invagination intestinale aiguë chez l'adulte. — MM. Perdoux et Botreau-Roussel (rapport de M. Cadenat) présentent deux nouvelles observations d'invagination chez l'adulte; dans le premier cas, l'opération faite après vingt-quatre heures montra une invagination iléo-cæcale; guérison après résection du grêle; chez le deuxième malade, une invagination iléo-cæcale; résection de 20 centimètres de grêle; guérison.

Invagination intestinale chez l'adulte. — M. Okinczyc fait un rapport sur six cas d'invaginations aiguës ou subaiguës; 4 opérations suivies de résections intestinales donnèrent 2 guérisons et 2 morts; 2 opérations avec simple désinvagination donnèrent 2 guérisons.

Les greffes osseuses (*suite de la discussion*). — M. Cunéo étudie les réparations par greffes des grandes pertes de substance qui ne peuvent être faites que par hétérogreffe, le plus souvent par os de bœuf. Mais l'emploi de telles greffes n'est pas toujours satisfaisant, et M. Cunéo se demande si les prothèses en ébonite ne seraient pas préférables; quant aux greffes pour pertes de substance du tibia, il emploie toujours le péroné transplanté avec les muscles de sa face postérieure.

La splénectomie dans les anémies. — M. Grégoire reprend l'étude des résultats de la splénectomie dans les anémies; il estime que cette opération est à recommander dans les splénomégalies par réaction inflammatoire, par maladie de Banti; qu'elle a des indications dans les formes spléniques de la maladie de Hodgkin et qu'elle est contre-indiquée dans les splénomégalies leucémiques; il l'a exécutée 17 fois, en discute les indications opératoires et les contre-indications.

M. Baumgartner se demande si les hémorragies disparaissent après la splénectomie.

M. Lecène craint qu'elles ne disparaissent pas, car il a fait une splénectomie chez un malade présentant une grosse rate et des hématémèses, et six mois après le malade, qui semblait guéri, a succombé à une nouvelle hémorragie.

Fracture de la colonne vertébrale. — M. Sorrel présente l'observation d'un malade qui, après un traumatisme, présente un aplatissement de la XIIe vertèbre dorsale, puis des douleurs lombaires indéterminées, qui firent envoyer le malade à Berck avec le diagnostic de mal de Pott. M. Sorrel se demande s'il s'agit d'une fracture du rachis, d'un mal de Pott, d'une malformation congénitale ou d'une maladie de Kümmel-Verneuil?

NOTES DE PRATIQUE

URÉMIE DE LA SCLÉROSE CARDIO-RÉNALE

Huchard a établi, comme base de ce traitement, la *méthode des trois lavages* ; *a*. Lavages de l'estomac ; *b*. lavages de l'intestin ; *c*. lavages du sang (injections sous-cutanées de 200 à 300 g. de sérum).

Comme médication pathogénique et préventive, on prescrira la Théosalvose caféinée ou spartéinée (2 cachets de 0g50 par jour) et on alternera le régime lacté exclusif et le régime lacté mitigé.

LIVRES NOUVEAUX

Nos Enfants à la mer [Guide médical pour le séjour sur les plages] (1), par le docteur Georges BARRAUD (de Chatelaillon-Plage), ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris, avec préface du docteur COMBY.

Le but des premiers chapitres de ce petit Précis est de faire connaître au médecin praticien les indications et les contre-indications des cures marines et les différentes plages où ces cures peuvent être pratiquées, suivant les saisons, suivant l'âge et l'état diathésique ou morbide des jeunes sujets. Dans les chapitres suivants sont étudiées en détail les conditions de l'existence au bord de la mer, tout spécialement pour les jeunes enfants, ainsi que les principes, les résultats, la technique et la surveillance de la cure solaire. De même, les bains de mer, froids et chauds, ainsi que les bains de varech et les bains de sable sont l'objet d'un long chapitre très détaillé, car le bain de lame surtout peut être beaucoup plus nuisible qu'utile. De plus, il est nécessaire de bien connaître la marche à suivre pour faciliter l'acclimatement, et de ne pas ignorer les troubles dus, soit au climat marin, soit aux bains de mer, soit à l'héliothérapie. Enfin, il n'est point de puériculture complète si la culture physique n'est pas mise en œuvre et les plages sont des lieux d'élection pour l'éducation respiratoire, la gymnastique éducative et pour la pratique des sports et des jeux de plein air. Le résumé des précautions à prendre et des erreurs à éviter dans la puériculture héliomarine forme le dernier chapitre de ce Guide dont les conclusions s'appliquent à toutes nos stations maritimes françaises. Ce petit livre, ainsi que le dit le docteur Comby dans sa préface, rendra donc doublement service :

1° Aux médecins trop souvent embarrassés dans les directives à donner aux familles pour le choix d'une plage;

2° Aux familles elles-mêmes, en les mettant en garde contre l'emploi inconsidéré d'un agent thérapeutique d'une grande puissance.

L. G.

(1) In-16 de 144 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 11 juillet. — Jury : MM. Roger, président; Lemierre, Widal et Debré. — M. JAUFFRET. Injections d'extraits de glandes à sécrétion interne dans les ventricules cérébraux. — M. COFFIN. Etude de l'estomac du nourrisson. — M. LACLAINCHE. L'immunité transmise. — M. THOMAS. Etude des affections acquises de l'artère pulmonaire.

Jury : MM. Sebileau, président; Legueu, Heitz-Boyer et Cadenat. — M. BRISEBOIS. Stérilité masculine épidymo-testiculaire. — M. LANCRY. Etude de quelques difformités congénitales du maxillaire inférieur. — M. PITON. Etude des adénopathies cancéreuses secondaires du cou.

Mardi 12 juillet. — Jury : MM. Brindeau, président; Guillain, Sicard et Lévy-Valensi. — M. Delavenne. Etude sur les kystes de l'ovaire après l'accouchement. — M. Catacousinos. Etude du diagnostic des tumeurs intramédullaires. — M. Baldy. Les syndromes de l'artère cérébrale antérieure.

Jury : MM. Bernard, président; Cunéo, Lecène et Loeper. — M. Blanche. Les débuts cliniques de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. — M. Médina. Etude du procédé d'autoplastie dans l'amputation du sein. — M. Hiély. Etude des tumeurs avec tissus hétérolopiques du sein.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Coquot et Maignon. — M. Graire. De la saignée.

Mercredi 13 juillet. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Henry et Vallée. — M. Urbain. Etude sur certaines maladies microbiennes communes à l'homme et aux animaux.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

EXAMEN CLINIQUE D'UNE FEMME A TERME

L'examen clinique d'une femme à terme comprend trois grandes étapes :

Le diagnostic de la présentation.

La recherche des causes de dystocie.

Un examen médical complet portant principalement sur le cœur, les urines, la tension.

LE DIAGNOSTIC DE LA PRESENTATION

Le palper, d'une part, avec recherche de la tête, du siège, du dos et des petites parties; l'auscultation, d'autre part, avec la localisation du foyer sont les deux épreuves qui feront faire ce diagnostic.

On trouve :

I. **Dans la règle : la présentation céphalique.** — Pôle fœtal inférieur : tumeur arrondie, régulière, résistante : la tête.

Sommet. — Différence de hauteur entre le front et l'occiput.

Diagnostic de position par la localisation : du dos, des petites parties, et de sa variété.

La face. — Exceptionnelle.

Encoche profonde : le sinus de la nuque.

II. **Plus rarement, 1/60 : siège.** — *A.* **En bas.** — Excavation vide.

Au-dessus : tumeur volumineuse, irrégulière, mollasse : le siège.

B. **En haut.** — Les deux signes majeurs : ballottement céphalique, sillon du cou.

III. **Encore plus rare, 1/200 à terme : l'épaule.** — *A.* **Capital** de la reconnaître pour faire version, car très grave :

Fœtus : mort par asphyxie.

Mère : rupture utérine.

B. **C'est une présentation transversale.** — Dans une fosse iliaque : la tête.

Dans l'autre : le siège.

Entre les deux : le dos.

Foyer bas à propagation transversale.

RECHERCHE DES CAUSES DE DYSTOCIE

I. **Les bassins rétrécis.** — La cause la plus fréquente.

Interrogatoire. — Antécédents de la femme : *marche.*

Examen systématique de :

Détroit supérieur, surtout dans son diamètre promonto-sous-pubien.

Incurvation : sacrum, épines sciatiques.

Détroit inférieur : diamètre bi-ischiatique.

A. **Pratiquement**, c'est le **bassin rachitique**, le plus mauvais bassin, l'indication la plus fréquente de la césarienne.

Lésion essentielle. — Rétrécissement du détroit supérieur.

Deux variétés. — Annelé : difficulté d'engagement.

Canaliculé : avec en plus difficulté de rotation.

Toujours pratiquer palper mensurateur, radio, pelvimétrie.

Dans le doute attendre le travail.

Si plus petit de 9 : césarienne.

B. **Bassin coxalgique.** — Asymétrique.

Lésion caractéristique : atrophie du côté malade (souvent associée, si femme a marché, à aplatissement du côté sain).

C. **Bassin de la luxation de la hanche.** — Rétrécissement léger du détroit supérieur, agrandissement de l'inférieur.

Le dégagement sera donc rapide : protéger le périnée.

D. **Bassin des pottiques.** — En entonnoir.

Agrandissement antéro-postérieur du détroit supérieur.

Rétrécissement transversal du détroit inférieur.

Difficulté de dégagement.

II. **Assez souvent : tumeurs pelviennes.**

A. **Fibrome.** — Gros, abdominal : dans la règle, pas de dystocie.

Pelvien, prævia : à surveiller, peut bloquer l'utérus, mais peut également ascensionner ou se laminer.

B. **Kyste.** — Gros, abdominal : comme le fibrome.

Pelvien : obstacle immuable, infranchissable, césarienne.

C. **Néo.**

III. **Le placenta prævia : rarement.** — Hémorragie antérieure. On sent :

Cal élevé et dévié.

Epaississement du segment inférieur.

Matelas mollasse entre la présentation et le doigt.

EXAMEN MÉDICAL COMPLET

Permet de prévoir et de prévenir :

Eclampsie,

Accidents gravido-cardiaques ou pulmonaires.

Rechercher **lésions mitrales** : digitaline et forceps.

Prendre **tension.**

Examiner **urines** : si albumine, hypertension : lait; bactériurie; pyélonéphrite.

Ausculter **poumons** : pronostic de tuberculose.

Dépister :

La syphilis,

La *vaginite gonococcique* qui contre-indiquerait les manœuvres obstétricales.

La Pratique chirurgicale. Opérations usuelles, par le docteur G. Pascalis, avec 150 figures de L. Pascalis. In-8. — Prix : 22 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Conduit auditif interne. Considérations anatomiques, anatomo-pathologiques et cliniques, par le docteur Ch. Claoué, ancien prosecteur à la Faculté de Bordeaux. Une brochure de 13 pages extraite de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.* — Bordeaux, Mollat, édit.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 11 juillet. — MM. Kahn et Joly, 15; Truchot, 14; Chaperon, 10.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Toulouse. — Un concours pour la nomination d'un vénéréologiste adjoint aux hôpitaux de Toulouse sera ouvert à l'Hôtel-Dieu le 14 novembre 1927.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat général des hospices.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. Voron, agrégé libre près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à compter du 1er octobre 1927, professeur de clinique obstétricale à ladite Faculté [chaire vacante : M. Commandeur, dernier titulaire]. (*J. O.*, 12 juillet 1927.)

PRIX BENJAMIN J. ROSENTHAL. — M. Benjamin J. Rosenthal vient d'offrir une médaille et un prix de 20.000 fr. au médecin français qui aura le plus contribué au soulagement des tuberculeux.

Une Commission a été instituée au ministère du Travail et de l'Hygiène en vue de désigner le bénéficiaire de cette récompense qui sera décernée le 1er janvier 1928.

Les candidats devront adresser leurs travaux avec toutes justifications et leur titre de docteur en médecine et de leur nationalité française au ministère du Travail et de l'Hygiène, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, Paris.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — M. Kindynis, externe à l'hôpital Beaujon; MM. les docteurs Rascol (de Pauillac) et Labat (de Toulouse).

Médaille de vermeil. — M. le docteur Rama (île Maurice).

Médaille d'argent. — MM. lès docteurs Nègre (de Mazamet) et Bourdinière (de Rennes).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Matry (de Folembray), Lévy (de Nancy), Lacroix (de Strasbourg), Rogale (de l'Isle-Jourdain), Dumas (de Verrières), Aucher (de Lussac-les-Châteaux), Levrault (de Persac), Rousseau (de l'Isle-Jourdain), Valegeas (de Saint-Junien).

MM. Delas et Lacouture, internes des hôpitaux à Pessac-Sanatorium; Pilot, interne des hôpitaux de Vienne; François, interne à la Maternité de Nancy; Jean Pichon, ancien interne des hôpitaux de Lille; Lacroix, interne des hôpitaux de Lyon; Carteaud, interne à l'hôpital Saint-Louis; David, interne à l'hôpital des Enfants-Malades; Mlle Wolf, interne à l'hospice de la Salpêtrière; MM. Imbert, interne à l'hôpital Claude-Bernard; Lerond, interne à l'hôpital Saint-Louis; Louvel, interne à l'hôpital Saint-Antoine; Hamelin, interne à l'hôpital Trousseau; Mlle Odier, interne à l'hôpital Saint-Louis; Mme Mornet, née Cros, et Mlle Lévy, internes aux Enfants-Malades; MM. Jarrier, interne des hôpitaux de Rouen; Soutra, interne des hôpitaux du Havre.

MM. Perret, externe des hôpitaux de Lyon; Lefrançois et Cocagne, externes à l'hôpital Trousseau; Fournié, externe à l'hôpital des Enfants-Malades; Diriart, externe faisant fonctions d'interne à l'hôpital Trousseau; Mlles Hallard, externe à l'hospice des Enfants-Assistés; Moret, externe à l'hôpital des Enfants-Malades; MM. Lecomte, externe à l'hôpital Saint-Louis; Samitca et Leblanc, externes à l'hôpital Trousseau; Guyot, Magnin, Beletre et Mlle Gagneur, externes à l'hôpital Claude-Bernard; MM. Fayot, externe à l'hôpital Trousseau; Rothéa, Lang et Le Rochais, externes à l'hôpital des Enfants-Malades.

VISITE DE MÉDECINS AMÉRICAINS. — Les 160 médecins américains, membres de l'Inter-State Post graduate assembly of North America, ont assisté jeudi dernier, comme nous l'avons déjà annoncé, à une brillante réception offerte à la fondation Salomon de Rothschild par la Bienvenue française. Des diplômes de membre d'honneur ont été remis par nos confrères américains à MM. Herriot, les maréchaux Foch et Joffre, MM. Jusserand, Durafour, Paul Appell, Mme Curie, MM. Widal, Calmette, Roger, J.-L. Faure, Doleris, Guillain, Nobécourt, Roux, Tuffier et de Martel. Dans l'après-midi de samedi, une délégation conduite par M. le professeur Hartmann, a été reçue à l'Elysée par M. le Président de la République.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE. — XIXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (Paris, du mardi 11 au samedi 15 octobre 1927). — Le Comité du XIXe Congrès de médecine qui doit se tenir à la Faculté de médecine, du 11 au 14 octobre prochain inclus, a décidé qu'une exposition artistique groupant : d'une part des tableaux et gravures ayant trait à la vaccine, et, d'autre part des portraits, silhouettes et caricatures de médecins contemporains y serait adjointe, nos confrères qui désireraient y participer, gracieusement, sont priés de s'adresser pour tous renseignements à M. le docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe). Joindre un timbre pour la réponse.

XXVIIe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE. — Le XXVIIe Congrès de l'Association française d'urologie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le mardi 4 octobre 1927, sous la présidence de M. le docteur Oraison (de Bordeaux).

La question suivante a été mise à l'ordre du jour : « De l'état actuel de l'exploration radiologique pour le diagnostic des affections rénales. » Rapporteurs : MM. Belot et Pasteau (de Paris).

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser à M. le docteur O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris (VIIe).

Ve CONGRÈS DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS DE LANGUE FRANÇAISE. — Le Ve Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française se tiendra à Lyon les 29, 30 septembre et 1er octobre prochains, sous la présidence du professeur Villard.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° « Diagnostic et traitement chirurgical de la stérilité d'origine utérine et tubaire. » Rapporteurs : MM. Chatillon (de Genève) et Douay (de Paris).

2° « Indications de l'interruption de la grossesse. » Rapporteurs : MM. Brouha (de Liége) et Bue (de Lille).

3° « De la séparation de la mère et du nouveau-né et des moyens de l'éviter. » Rapporteur : M. Rhenter (de Lyon).

Seuls les membres des sociétés de gynécologie et d'obstétrique de langue française pourront prendre part au Congrès.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au professeur Voron, 12, quai Tilsitt, Lyon.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 18e décade, du 21 au 30 juin, 878 décès, au lieu de 949 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.030, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, au lieu de 3 pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 32, au lieu de 25 pendant la décade précédente (moyenne 23).

La variole et la varioloïde n'ont causé aucun décès ; 3 cas nouveaux ont été déclarés par les médecins, au lieu de 4 pendant la décade précédente (la moyenne est 0).

Vérification faite, 3 cas de variole ont été confirmés. — 10 cas de varicelle ont été signalés.

La rougeole a causé 14 décès, au lieu de 16 pendant la décade précédente (moyenne 12). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 154, au lieu de 178 pendant la décade précédente (moyenne 161).

La scarlatine a causé 5 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 118 ; il s'élevait à 116 pendant la décade précédente (moyenne 76).

La coqueluche a causé 12 décès, au lieu de 4 pendant la décade précédente (moyenne 6).

La diphtérie a causé 6 décès, au lieu de 5 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 83, au lieu de 64 pendant la décade précédente (moyenne 79).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Carayon (de Montauban), directeur du journal *Le Propharmacien*, organe de l'Union des médecins-propharmaciens de France ; J.-B. Robert, à Toulon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Chevalier Jackson (de Philadelphie) fera le 21 juillet 1927, à 16 h. au grand amphithéâtre de la Faculté, une conférence en anglais sur la bronchoscopie et l'œsophagoscopie dans leurs rapports avec la pratique de l'art dentaire (avec projections en cinématographie).

MÉRY

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Henry Méry, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur.

Henry-Charles Méry était né à Chartres le 17 octobre 1862. Interne des hôpitaux en 1884, dans la promotion d'Albarran, de Guinon, Pierre Delbet, Vaquez et Widal, il fut nommé agrégé de médecine en 1898. La même année il arrivait au concours des hôpitaux. En 1921 il fut élu membre de l'Académie dans la section d'hygiène.

Après avoir fait de l'anatomie pathologique avec Cornil, Méry se consacra entièrement à la médecine infantile. Il faut signaler ses travaux sur les maladies infectieuses, sur les infections à streptocoque, la diphtérie et la scarlatine. La clinique et l'hygiène des nourrissons, et de la seconde enfance, l'hygiène scolaire lui doivent de nombreuses et intéressantes études, mais ce fut surtout la clinique qui l'attira. Ici même en 1907 il publia avec Babonneix un remarquable article sur l'œdème aigu du poumon.

Méry était un modeste, sa vie entière a été consacré au travail. Il laissera le souvenir d'un homme courtois et bienveillant et sera regretté très sincèrement par tous ceux qui l'ont connu.

Que son fils et tous les siens veuillent bien trouver ici l'expression de notre très profonde sympathie. L. G.

REVUE GÉNÉRALE

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE SYPHILITIQUE

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Par M. Charle TOINON,
Ancien interne des hôpitaux,
Chef-adjoint de Clinique médicale thérapeutique
à l'Ecole de médecine de Marseille.

La tension artérielle, ainsi que la définit Gallavardin, représente une force créée par la contraction ventriculaire, entretenue par la réaction de la paroi vasculaire à la distension, réglée par la résistance des vaisseaux périphériques à l'écoulement du sang.

Cette définition seule laisse prévoir la multiplicité des facteurs qui peuvent rompre cet équilibre et causer une élévation pathologique de la tension sanguine dans les artères.

Le problème de l'hypertension artérielle est toujours d'actualité. Les théories pathogéniques se partagent les auteurs. Tandis que les uns, avec Widal et Ambard, en font la conséquence d'une lésion rénale, d'autres, avec Vaquez, prétendent qu'elle est primitive, indépendante de toute altération du rein. Il s'agirait alors soit de lésions vasculaires plus ou moins généralisées, soit de lésions endocrino-sympathiques. Enfin, les travaux plus récents de Lian, Laubry, Doumer et Oury ont élargi le cadre de la question en ne regardant plus l'hypertension comme une affection rénale, surrénale ou vasculaire, mais comme un syndrome d'hypertonie vasculaire par dérèglement ou hyperexcitation des centres du tonus vasculaire et sous l'influence des causes les plus disparates.

Si la pathogénie de l'hypertension artérielle est complexe, complexe est son étiologie. Et si, parfois, une cause nette apparaît aux yeux du clinicien, trop souvent, le doute subsiste.

Fréquence. — La *syphilis* aime les vaisseaux. On sait aussi qu'elle touche volontiers le rein et le système endocrino-sympathique. Il n'est donc pas étonnant qu'elle joue un rôle important dans les modifications de la tension artérielle.

Ce rôle a été diversement interprété suivant les auteurs. Certains ne relevaient aucun antécédent chez les hypertendus dans les 2/3 des cas.

Pendant ces dernières années, une réaction s'est produite, et de nombreux travaux ont signalé l'action de la syphilis sur l'équilibre de la tension sanguine et son rôle sur l'éclosion de l'hypertension artérielle.

C'est ainsi que le professeur Vaquez et M. Leconte dans un article du *Paris médical* (Le passé, le présent, l'avenir des hypertendus : 2 juillet 1921) ont observé 128 syphilitiques sur les 1.000 observations rapportées.

Plus récemment, dans son ouvrage sur « Les médicaments et médications cardiaques », le professeur Vaquez semble accorder un rôle moins important à la syphilis dans l'étiologie de l'hypertension. « En ce qui concerne les maladies infectieuses, dit-il, on a invoqué la syphilis; c'est une affirmation gratuite dont rien ne prouve le bien fondé ».

Sur 100 malades hypertendus, de trente à soixante-cinq ans, Amblard a noté 78 fois la syphilis.

Stoll va même plus loin et affirme avoir constaté de l'hypertension artérielle 90 fois sur 100, surtout chez des syphilitiques héréditaires.

Pour Léon Giroux et Brin, le rôle de la syphilis serait important dans la constitution de l'hypertension. Ils ont constaté cette anomalie circulatoire dès la période secondaire, comme Milian et Tzank.

Mais c'est d'ordinaire quinze à vingt ans après le chancre que l'hypertension s'accuse, alors que la réaction de Bordet-Wassermann est devenue négative.

Pathogénie. — On sait que l'*aortite* est un facteur d'hypertension artérielle. Or, les statistiques montrent la fréquence de la syphilis dans l'étiologie des aortites chroniques : 70 à 80 p. 100 des cas pour les uns, 80 à 85 p. 100 des cas pour Etienne (de Nancy).

D'après Brin et Giroux : « les lésions d'aortite chronique sont sous la dépendance de la syphilis tout comme le tabès et la paralysie générale auxquels d'ailleurs elles sont si fréquemment associées ».

Il est inutile d'insister sur la fréquence avec laquelle le tréponème touche l'aorte, selon des modalités diverses d'ailleurs.

Dans certains cas, les spirochètes attaquent seulement les parois du vaisseau et déterminent des lésions d'aortite aiguë, ou beaucoup plus souvent chronique.

Parfois même, un processus dégénératif infiltre tous les éléments de la paroi, et morcelle le tissu élastique de la tunique moyenne qui se laisse facilement distendre et qui entraîne la formation d'un anévrisme.

Dans d'autres cas, les lésions s'étendent aux valvules sigmoïdes aortiques et le tableau du rétrécissement aortique ou, plus souvent, celui de l'insuffisance aortique à type Hogdson sont réalisés.

Si la syphilis détermine très souvent des lésions d'aortite chronique, elle peut déclencher aussi des *altérations du filtre rénal*, que les lésions soient décelables cliniquement ou qu'elles soient seulement constatées à l'autopsie. Fincke signale la syphilis 37 fois sur 39 cas de néphrites hypertensives. Et tandis que Letulle et Fiessinger la retrouvent dans 26 et 30 p. 100 des cas, Etienne arrive au chiffre de 63 p. 100.

Chez les hérédo-syphilitiques, le spirochète existe en abondance au niveau des glomérules de Malpighi et des tubes contournés.

Quant à la syphilis acquise, dès la phase septicémique, c'est-à-dire dès la *période secondaire*, elle peut déterminer des lésions variées du rein.

Enfin, plus tard, à la *période tertiaire*, on peut encore observer des néphrites et des accidents localisés tels que gommes ou foyers scléro-gommeux.

Or, si la néphrite syphilitique peut exister seule, bien plus souvent, elle coexiste avec une aortite.

« L'extrême fréquence, dit Gallavardin, de la néphrite chronique hypertensive, au cours de l'aor-

tite syphilitique, est une notion courante. Il serait puéril de prétendre que les plaques gélatiniformes, l'ectasie aortique concomitante sont des lésions spécifiques et que la néphrite est d'ordre banal. N'est-il pas évident, au contraire, que tout est syphilitique, la néphrite comme l'aortite; et n'est-il pas légitime de désigner cette association morbide si commune sous le nom de *néphro-aortite syphilitique?* »

Quand on sait avec quelle fréquence la syphilis est dépistée dans l'étiologie des lésions endocriniennes, on comprend que l'hypertension artérielle puisse encore être constatée dans divers *syndromes endocrino-sympathiques*; et notamment dans des cas de lésions des capsules surrénales et du système chromaffine.

Ici, comme dans les autres domaines de la pathologie, la notion de la syphilis acquise ou héréditaire prend une importance chaque jour croissante.

Dans sa thèse sur les troubles de la tension artérielle chez les syphilitiques (Paris 1924) Bonnot conclut :

« Chez tous les malades présentant des modifications de la pression sanguine et principalement chez les hypertendus, il faut penser à la syphilis et la rechercher. La syphilis est, en effet, un des facteurs les plus fréquents des troubles de la pression artérielle.

Le mécanisme de ces troubles est encore discuté; il est probable qu'interviennent à la fois des lésions de l'aorte, des capillaires périphériques, des reins et des glandes vasculaires sanguines ».

Dans la plupart des cas précédemment signalés, il s'agit d'hypertension associée à des lésions cardiaques, vasculaires ou rénales, chez des sujets relativement âgés dont l'infection syphilitique date de quinze à vingt ans.

Mais récemment, A. Dumas (L'hypertension syphilitique solitaire; *Paris médical* du 5 juillet 1924) et M. Bazoge (L'hypertension artérielle syphilitique solitaire; *Thèse de Paris*, 1925), ont montré qu'*en dehors de ces types d'origine cardio-réno-artérielle, il existe des cas d'hypertension syphilitique isolée*, manifestation relativement précoce de la syphilis.

Au sujet de cette *hypertension syphilitique solitaire*, nous pensons utile d'apporter quelques précisions.

Il ne faudrait pas croire, en effet, qu'il s'agit là d'une hypertension sans troubles fonctionnels, ni surtout anatomiques. Comme nous le verrons plus loin, les trois pathogénies invoquées plus haut se partagent les auteurs. Tandis que les uns en font la conséquence d'une atteinte endocrino-sympathique avec retentissement humoral, d'autres incriminent le rein (Oberling et Hickel), enfin d'autres, avec Dumas et Bazoge, pensent qu'une artérite diffuse est à la base du trouble tensionnel.

Il faut donc bien se pénétrer de ce fait que, par hypertension solitaire, on veut parler de l'hypertension isolée, seule conséquence de troubles vasculaires, rénaux ou endocrino-sympathiques qui ne se manifestent que par cette hypertension.

En résumé, on peut observer en clinique plusieurs types d'hypertension syphilitique suivant l'organe lésé par le spirochète.

Ce sont :

1° L'*hypertension d'origine cardio-vasculaire* (aortite et vascularite disséminée).

2° L'*hypertension d'origine rénale pure.*

3° L'*hypertension d'origine néphro-aortique* relève de ces deux mécanismes : atteinte simultanée de l'aorte et du rein.

4° L'*hypertension d'origine endocrino-sympathique.*

5° Quant à l'*hypertension solitaire*, nous avons dit ce qu'il faut en penser.

Pour ne préjuger en rien de sa pathogénie qui peut être vasculaire, rénale ou endocrino-sympathique, nous la décrirons dans un chapitre à part. Mais, nous le répétons, son individualité lui vient seulement de ce fait qu'elle est cliniquement isolée, sans autre symptôme traduisant une atteinte artérielle, rénale, endocrinienne ou neuro-végétative.

Nous allons envisager successivement ces différentes variétés.

Formes cliniques des hypertensions syphilitiques. — *A.* **L'hypertension syphilitique d'origine cardio-vasculaire.** — La vascularite peut être disséminée dans tout le système artériel et être responsable de certains cas d'hypertension dite solitaire. D'autres fois une localisation élective se fait sur l'aorte.

Nous avons vu plus haut que toute une gamme de lésions peut être alors réalisée.

Dans le cas le plus simple les tuniques seules du vaisseau sont altérées, et l'*aortite syphilitique* est constituée.

Mais, comme l'a dit Bricou, l'atteinte des valvules sigmoïdes aortiques est d'une extrême fréquence, par extension des lésions voisines venues de l'aorte : on a alors affaire à l'*insuffisance aortique syphilitique*.

Enfin, si le processus inflammatoire détruit la tunique moyenne de l'aorte, un *anévrisme* est en puissance.

L'aortite syphilitique. — L'aortite syphilitique aiguë est une rareté. Le plus souvent, c'est l'*aortite chronique* qui est réalisée.

Les statistiques montrent la fréquence de l'aortite syphilitique parmi les aortites chroniques : 80 à 85 p. 100 des cas pour Etienne (de Nancy).

Huit fois sur dix, c'est un homme qui est atteint, de douze à quinze ans environ après le chancre, comme l'admet Mauriac. Les tréponèmes, dit Etienne, se sont fixés sur l'aorte dès la phase septicémique, et les lésions qu'ils déterminent mettent un temps variable, parfois très long, avant d'apparaître.

Plus rarement, comme l'ont constaté Fournier et Letulle, les signes d'aortite surviennent chez des syphilitiques récents.

« Beaucoup de médecins ont vu des localisations aortiques évidentes, constituées moins de cinq ans après le chancre (des anévrismes en particulier, selon Gallavardin).

« Laubry et Marre ont publié l'observation d'un malade qui, un an après le chancre, présenta tous

les signes d'une aortite grave, à la fois thoracique et abdominale.

« Etienne a observé trois cas d'aortite indubitable au cours de la première année de l'infection syphilitique; dans l'un de ces cas il s'agissait d'une jeune fille en pleine poussée secondaire.

« Ayant examiné dix-neuf prostituées qui avaient contracté la syphilis depuis quelques années, le même auteur trouva neuf fois des modifications très nettes du deuxième bruit aortique (*XIVe Congrès de méd.*, mai 1920). » (Heitz.)

Il n'en reste pas moins vrai que, le plus souvent, l'atteinte aortique se révèle une quinzaine d'années après le chancre.

Si la syphilis acquise joue un grand rôle, la syphilis héréditaire, elle aussi, peut intervenir comme le prouvent les lésions d'aortite constatées à l'autopsie de mort-nés ou l'association de stigmates d'hérédo-syphilis et de signes d'aortite chez des enfants.

Comme l'indique Heitz, Lévy-Franckel a publié, dans les *Archives des maladies du cœur*, cinq observations de lésions aortiques hérédo-syphilitiques chez des enfants mort-nés ou n'ayant vécu que quelques heures ou quelques jours.

O. Klotz de même. L'aortite des jeunes gens, assez rare, serait souvent sous la dépendance d'une syphilis héréditaire (Osler, Thayer).

Nous ne décrirons ni les signes cliniques ni les signes radiologiques de l'aortite syphilitique. Les modifications de la tension nous retiendront davantage.

En effet, si la tension artérielle est parfois normale comme l'ont montré Gallavardin et Vaquez, le plus souvent il y a hypertension avec maxima élevée, minima basse, augmentation de la tension différentielle.

Formes cliniques et variations de la formule sphygmomanométrique. — Suivant la localisation du processus morbide on peut distinguer des formes cliniques un peu différentes :

a. *Aortite sigmoïdienne avec signes valvulaires d'insuffisance ou de rétrécissement aortique.*

En cas d'insuffisance aortique d'origine syphilitique, la tension artérielle est caractéristique.

La maxima est en général très élevée.

La minima est normale ou un peu au-dessous de la normale. Nous verrons au contraire plus loin que, dans la néphro-aortite syphilitique, la minima est elle-même bien au-dessus de la normale dans la plupart des cas.

La pression différentielle est énorme, plus élevée que dans l'insuffisance aortique rhumatismale.

Les oscillations des parois artérielles sont importantes, ce qui se traduit par un *indice élevé* à l'appareil de Pachon.

Avec l'appareil de Vaquez-Laubry on note le *timbre vibrant des sons* que l'on perçoit.

Enfin, bien souvent, la tension est plus élevée aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Nous allons revenir sur ce détail au sujet de l'aortite abdominale.

b. *Aortite sus-sigmoïdienne* avec crises d'angine de poitrine et poussées hypertensives paroxystiques fréquentes.

c. *Aortites postérieures* (thoracique ou abdominale). — Les syndromes d'aortite postérieure ont été bien étudiés dans la thèse de Combes (Paris 1921) et dans l'ouvrage plus récent de Laubry, Mougeot et Walser (Paris 1925).

L'aortite abdominale a fait l'objet de travaux spéciaux de Potain, J. Teissier et Loeper.

Nous n'insisterons pas sur les signes fonctionnels et physiques révélateurs de la localisation morbide.

Pour ce qui est de la tension, Teissier et ses élèves arrivent aux conclusions suivantes :

« *A l'état normal et chez un sujet dans le décubitus horizontal, la tension maxima est, à la pédieuse, égale ou très légèrement inférieure à celle de la radiale.* En cas d'aortite abdominale, au contraire, on trouve à la pédieuse un chiffre supérieur de 2, 3 ou 4 centimètres de mercure. »

« Nous avons acquis la conviction, disent Laubry, Mougeot et Walser, que chez les sujets normaux les tensions systolique et diastolique mesurées au cou-de-pied et à la radiale sont les mêmes. *Dans les cas où nous avons constaté une hypertension maxima relative à la pédieuse, ce signe nous a toujours paru être en rapport avec des lésions d'aortite postérieure de type scléreux.* »

Ce signe de la pédieuse ou signe de Teissier n'est pas considéré par tous les auteurs comme la traduction d'une sclérose étendue de l'aorte.

C'est ainsi que les médecins anglais, et notamment Hill et Flack, le considèrent comme un bon symptôme d'insuffisance aortique.

On le constate aussi chez certains athéromateux de la crosse, en l'absence de signes physiques qui permettraient d'affirmer une localisation prédominante sur l'aorte abdominale.

Dans quelques cas plus rares, « au lieu de provoquer de l'hypertension aux membres inférieurs l'aortite abdominale peut au contraire s'accompagner d'un abaissement de la pression dans les fémorales et les tibiales avec diminution considérable de l'amplitude des oscillations : il en est ainsi quand un placard athéromateux rétrécit le calibre du gros vaisseau, un peu au-dessus de l'origine des iliaques. Mais alors on observe le phénomène de la claudication intermittente. » (Heitz.)

d. A côté de ces localisations sigmoïdiennes, sus-sigmoïdiennes, thoracique et abdominale, il faut encore signaler les cas d'*aortite diffuse*, souvent latente, découverte d'autopsie.

e. Enfin, si le spirochète détruit les tuniques moyennes de l'aorte, il en résulte la formation d'une *poche anévrismale.*

Quelle est son influence sur la tension artérielle?

On peut dire que son développement trouble peu la tension même lorsque l'ectasie est volumineuse.

Mais on peut observer de l'inégalité de tension des deux artères humérales (1 à 3 centimètres de mercure), quand l'anévrisme siège entre le tronc brachio-céphalique et la sous-clavière gauche.

Quand il est situé sur le trajet de l'aorte postérieure, thoracique ou abdominale, « les troubles apportés dans le dynamisme de la pulsation arté-

rielle s'opposent, point par point, aux troubles déterminés par la sclérose aortique. On trouve, en effet, en aval du sac, la pulsation artérielle privée aux membres inférieurs, d'une partie de sa force vive, la pression maxima abaissée, la tension différentielle diminuée ; l'amplitude oscillométrique et palpatoire du pouls affaiblie, enfin la V. P. O. P. inférieure à ce qu'elle est aux membres thoraciques ».

« L'asynchronisme radio-fémoral doit être considéré, dans l'énorme majorité des cas, comme la traduction d'une aortite postérieure avec diminution de l'extensibilité (par sclérose aortique) lorsqu'il y a précession fémorale, augmentation de l'extensibilité (par poche anévrismale) en cas de précession radiale. » (Laubry, Mougeot, Walser.)

B. **L'hypertension syphilitique d'origine rénale.** — La fréquence des troubles du fonctionnement rénal chez les aortiques syphilitiques hypertendus est une notion courante. Si ces lésions de néphrite chronique ne sont pas cliniquement constatables pendant la vie du malade, on peut les mettre en évidence par des procédés plus délicats de laboratoire, ou enfin les découvrir à l'autopsie.

Cette association morbide si fréquente a été bien étudiée par Gallavardin sous le nom de néphro-aortite syphilitique.

Mais la *néphrite syphilitique peut exister seule.* C'est Rayer qui, le premier, a établi une relation entre la syphilis et les lésions rénales observées chez les syphilitiques. Et si certains auteurs ont attribué ces lésions au traitement mercuriel, beaucoup d'autres ont fixé avec netteté le rôle du tréponème dans l'éclosion des troubles rénaux chez les syphilitiques.

Descouts dans sa thèse en 1878, Karnoven, vingt ans plus tard, puis Balzer dans son article du *Traité de la syphilis* de Fournier, ont apporté leur contribution à la question. Lian conclut que si néphrite chronique et hypertension chez le vieillard relèvent souvent d'une autre cause, chez l'adulte elles sont fréquemment d'origine syphilitique.

D'après Merklen, toute néphrite sèche à manifestations graves doit éveiller l'idée d'une manifestation syphilitique.

Chez l'enfant, Nobécourt a étudié la fréquence de la syphilis à l'origine des néphrites chroniques hypertensives.

Récemment, Bibent et Pierre Bezy, dans les *Archives de médecine des enfants* (janvier 1926) ont rapporté un cas de néphrite chronique hypertensive chez un enfant de douze ans. Ils n'ont pas trouvé de stigmates d'hérédo-syphilis, et le sang et le liquide céphalo-rachidien ont donné un Wassermann négatif. Cependant le traitement spécifique conduit avec prudence a enrayé la marche de l'affection.

Joint à un régime et à une hygiène appropriés, il a fait baisser la tension d'une façon nette.

Watson Wemyss avait publié une observation analogue en 1922 (*Journ. méd. d'Edimbourg*, déc. 1922).

Les *néphrites hypertensives sont d'ailleurs rares dans l'enfance*, Sawyer en 1903 n'en comptait que vingt-quatre cas.

L'étiologie la plus souvent mise en cause est l'hérédo-syphilis.

La syphilis du rein peut se manifester sous des formes cliniques très variables qui peuvent survenir à toutes les périodes de la maladie et même dans des cas de syphilis héréditaire.

Les *néphrites syphilitiques héréditaires* peuvent affecter plusieurs formes :

1° La *syphilis rénale précoce* évolue rarement seule. Des lésions multiples atteignent non seulement les reins mais encore les différents organes, et surtout le foie. Elles traduisent la septicémie spécifique dont le nouveau-né est atteint.

Un traitement antisyphilitique énergique doit être rapidement institué et longtemps prolongé si l'on veut enrayer une évolution fatale ou des séquelles fâcheuses.

2° La *néphrite syphilitique héréditaire tardive* est plus fréquente qu'on ne le pense. C'est d'elle que relèvent, d'après Castaigne, un certain nombre de cas d'albuminurie de l'enfance (surtout albuminurie orthostatique) et de débilité rénale.

Un traitement antisyphilitique, commencé dès l'étiologie connue, a souvent une action favorable sur les lésions.

Mais celles-ci retentissent peu sur la tension artérielle. Les néphrites hypertensives, nous l'avons vu, sont rares dans l'enfance.

L'hypertension artérielle rentre plus souvent dans le cortège symptomatique des *néphrites syphilitiques acquises des périodes secondaire et tertiaire.*

Les *néphrites aiguës secondaires* se manifestent par les signes habituels des néphrites aiguës : syndrome urinaire caractérisé par une quantité considérable d'albumine, œdèmes; signes variables d'imperméabilité rénale, hypertension artérielle.

Ce sont les néphrites de la période septicémique; c'est dire que leurs signes coexistent souvent avec l'efflorescence des accidents secondaires de la syphilis.

Toutes les formes de *néphrites chroniques* peuvent se rencontrer *dans la période tertiaire.* Elles peuvent affecter le type de la dégénérescence amyloïde ou le type hydropigène ou urémigène.

La *néphrite urémigène* est celle qui retentit le plus souvent sur la tension artérielle.

Aux petits signes de Dieulafoy qui traduisent des troubles de la circulation artérielle et des troubles toxiques s'ajoute le syndrome urinaire classique : urines abondantes, claires, peu denses, peu toxiques.

Les différentes méthodes d'exploration montrent un déficit considérable des fonctions rénales : les éliminations de l'eau et du bleu de méthylène sont fortement troublées, l'azotémie est élevée.

Enfin le syndrome cardio-artériel est au complet : pouls vibrant, forte hypertension artérielle avec élévation à la fois de la maxima et de la minima, hypertrophie du cœur avec bruit de galop gauche.

Le *pronostic de ces formes est lié à l'âge des lésions.* Quand elles sont anciennes, elles sont constituées ordinairement par de la sclérose, et le traitement n'a pas de prise sur elles.

Au contraire, si la syphilis est dépistée dès le

début un traitement approprié amène parfois une guérison complète.

Ces cas sont rares malheureusement car le plus souvent on s'adresse à des lésions anciennes, définitivement organisées.

C. **L'hypertension syphilitique d'origine néphro-aortique.** — Nous avons étudié jusqu'ici les troubles de la tension artérielle liés à des lésions isolées de l'aorte ou du rein.

Leur association est fréquente en clinique, et ainsi se trouve réalisée la *néphro-aortite syphilitique bien étudiée par Gallavardin.*

La symptomatologie est constituée par l'association des signes physiques, radiologiques, et fonctionnels dus à l'aortite, et des troubles traduisant l'altération du filtre rénal.

Tension artérielle. — C'est chez ces malades que l'on rencontre une formule sphygmomanométrique caractéristique. *L'hypertension très élevée porte à la fois sur la maxima et la minima :* on trouve souvent dans ces cas une tension systolique de 25 à 30 centimètres de mercure, et une tension diastolique qui atteint ou même dépasse 15 centimètres de mercure.

D. **L'hypertension syphilitique d'origine endocrino-sympathique.** — 1° Cette origine peut être invoquée dans certains cas d'hypertensions paraissant pures sans lésions vasculaires ni rénales visibles. Pathogénie possible de certaines hypertensions dites solitaires.

2° Cette hypertension d'origine endocrino-sympathique est celle dont la pathogénie est rattachée par Vaquez et Josué à l'hyperépinéphrie.

3° En faveur de ce mécanisme plaident encore la relative fréquence des syndromes endocriniens au cours de l'hypertension et l'action de certaines préparations opothérapiques thyro-ovariennes sur les facteurs primordiaux d'hypertension comme : amélioration du métabolisme, résorption des œdèmes, action diurétique.

4° Les variations de la tension dues à des lésions primitives des glandes vasculaires sanguines (ménopause, fibromes) doivent aussi entrer en ligne de compte.

5° Enfin, il faut rattacher à ce groupe l'hypertension de certains hyperglycémiques chez lesquels s'observent :

a. Les troubles d'une ou plusieurs sécrétions internes, pancréatique surtout.

b. L'altération des fonctions sympathiques, intimement liée à ces troubles endocriniens.

c. Un facteur mécanique, conséquence de l'hyperglycémie qui résulte du trouble endocrino-sympathique.

En ce qui concerne les lésions spécifiques du système endocrino-sympathique capables de provoquer l'hypertension, les faits anatomiques et cliniques qui doivent en démontrer l'existence sont loin d'être aussi nettement établis que pour les variétés précédentes.

On ne peut cependant exclure à priori ce facteur d'hypertension du large cadre des hypertensions chez les syphilitiques.

E. **L'hypertension syphilitique dite solitaire.** — Nous avons étudié dans les chapitres précédents des cas d'hypertension artérielle liés à des lésions aortiques, rénales ou aortico-rénales, et survenant en général chez des individus qui ont atteint la cinquantaine.

A. Dumas, dans un article du *Paris médical* (5 juillet 1924), et tout récemment M. Bazoge dans sa thèse (Paris 1925), ont signalé, chez des individus relativement jeunes, des faits d'hypertension syphilitique solitaire qui ne s'accompagnent d'aucun signe de lésions cardio-vasculaires ou rénales.

« Nous reconnaissons à l'aortite, à la néphrite et à la néphro-aortite syphilitique, dit Dumas, toute leur valeur, mais nous croyons qu'il existe une artérite syphilitique diffuse qui ne vise pas seulement l'artério-sclérose du tertiarisme, mais aussi les manifestations inflammatoires vasculaires précoces, laquelle artérite peut à elle seule tenir sous sa dépendance l'élévation de la tension artérielle. »

Fréquence. — La fréquence de cette hypertension syphilitique solitaire est difficile à fixer d'une façon précise.

Brin et Giroux signalent qu'ils ont remarqué, avec de nombreux auteurs, la fréquence des réactions de Wassermann positives chez les malades atteints d'hypertension solitaire.

Au dispensaire de l'hôpital Saint-Louis, Bazoge en a trouvé 4 cas sur 50 malades en traitement choisis au hasard.

Dans son article sur l'hypertension artérielle syphilitique infantile, stigmate d'hérédo-syphilis, Genevrier indique cette dernière comme manifeste dans l'étiologie des hypertensions infantiles ou juvéniles isolées, en dehors de toute altération appréciable de l'appareil rénal ou cardio-vasculaire.

Étude clinique. — Au point de vue clinique, les malades sont uniquement des hypertendus et des syphilitiques.

La recherche des signes fonctionnels permet dans certains cas de mettre en évidence des troubles dus à l'hypertension : céphalée frontale ou fronto-occipitale, surtout le matin au réveil; vertiges lors des changements de position, insomnies, bourdonnements d'oreille, fourmillements dans les extrémités, douleurs lombaires, épistaxis, palpitations, dyspnée d'effort, crises de pseudo-asthme.

Dans d'autres cas, l'hypertension ne cause aucun trouble fonctionnel, et elle n'est dépistée qu'à l'occasion d'un examen complet et systématique du malade.

Pour parler d'hypertension syphilitique solitaire, il faut démontrer l'intégrité des appareils cardio-vasculaire, rénal et endocrino-sympathique.

Cœur et aorte seront déclarés indemnes de lésion si on note : percussion normale, aucune altération des bruits de la base, absence de signes cliniques d'aortite, examen radioscopique normal.

Il faut ensuite vérifier l'intégrité du rein : absence d'œdèmes, de polyurie, d'albuminurie, de cylindrurie.

L'élimination provoquée du bleu de méthylène et

de la phénolsulfonephtaléine, la recherche de l'azotémie et de la constante d'Ambard, le bilan des chlorures fournissent des renseignements complémentaires dont il faut s'entourer.

Et si tous ces examens sont négatifs, on pourra parler d'hypertension solitaire chez un syphilitique, disent Dumas et Bazoge qui rattachent en somme cette hypertension solitaire à un processus d'artérite diffuse des petits vaisseaux. Mais il reste encore à établir le degré de participation du système endocrino-sympathique.

FORMES CLINIQUES. — Dumas et Bazoge distinguent deux catégories de malades :

Les jeunes sujets atteints de syphilis récente présentent une hypertension solitaire, variable, que le traitement peut faire baisser.

Les sujets âgés, atteints de syphilis tertiaire, présentent une hypertension élevée, stable, sur laquelle le traitement n'a que peu ou pas d'influence.

(A suivre.)

VIIIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE[1]

Étude clinique sur l'examen fonctionnel de l'appareil vestibulaire *(fin)*.

Par M. A. HAUTANT.

Les *mouvements réactionnels des membres* d'origine vestibulaire, qu'ils soient spontanés ou provoqués par les excitations vestibulaires, sont peu marqués, et ont besoin d'être mis en évidence, soit par l'épreuve des bras tendus de Hautant, soit par l'épreuve de l'indication de Barany. Cette dernière épreuve a besoin, pour garder sa pleine valeur, d'être recherchée avec une technique impeccable. Il importe, en particulier, que le mouvement de va-et-vient de l'index se fasse à une cadence qui ne soit ni trop rapide, ni trop lente (2 à 3 secondes pour un cycle complet).

Pour l'épreuve des bras tendus comme pour l'épreuve de l'indication, il y a anomalie soit lorsqu'on observe une déviation spontanée, soit lorsque les épreuves rotatoires ou caloriques ne sont suivies d'aucune déviation.

Mais le trouble n'est pas toujours lié à une lésion de la voie vestibulo-cérébelleuse : c'est une « réaction » qui peut s'observer à la suite des excitations les plus variées. Des réflexes physiologiques normaux peuvent la modifier, tels l'influence de la direction du regard ou des contractions musculaires dans l'autre bras, des actions vaso-motrices consécutives à l'excitation de la peau ou de la pituitaire, des mouvements de rotation du cou susceptibles de modifier la pression du liquide céphalo-rachidien.

Les anomalies peuvent correspondre à une simple otite moyenne, à une lésion du trijumeau, à une affection cérébrale, tant du lobe frontal que des localisations les plus variées. Elles peuvent même relever d'un facteur purement psychique.

Par contre, il n'est pas rare de voir des abcès du cervelet, et même des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, évoluer sans aucune altération de l'épreuve de l'indication.

M. Hautant n'admet pas que l'épreuve de l'indication puisse être interprétée comme un test des fonctions cérébelleuses, selon la théorie de Barany, et les localisations cérébelleuses fondées sur les modalités de ces réactions pour chaque articulation lui paraissent illusoires. Il n'admet pas davantage la théorie psycho-physiologique de Brünner, qui interprète la déviation de l'index comme une conséquence de la sensation vertigineuse. Pour lui, l'épreuve de l'indication, comme celle des bras tendus, est un réflexe de la voie vestibulo-spinale; c'est une sorte d'épreuve de Romberg sensibilisée. La déviation normale de l'index se fait dans le même sens que la première phase lente du nystagmus, et elle reconnaît vraisemblablement la même origine.

M. Hautant rassemble ensuite, dans une vue d'ensemble, les symptômes qui permettent de reconnaître l'*inexcitabilité*, l'*hyperexcitabilité* et l'*hypoexcitabilité vestibulaires*. Il insiste particulièrement sur la difficulté de l'interprétation des troubles dans les cas d'hyper ou d'hypoexcitabilité vestibulaires bilatérales, ou dans les altérations unilatérales anciennes, dont les réactions ont été égalisées peu à peu par la synergie fonctionnelle vestibulaire. Les meilleurs signes de l'hyperexcitabilité sont le nystagmus spontané, ou bien l'exagération des réflexes nystagmiques, surtout lorsque cette exagération coïncide avec une sensation vertigineuse post-rotatoire non exagérée.

Les signes les plus sensibles de l'hypoexcitabilité labyrinthique sont la résistance au courant galvanique au delà de 6 à 8 milliampères, et l'absence de réactions vertigineuses et de mouvements réactionnels des extrémités après les excitations vestibulaires provoquées.

« Le bilan d'un appareil vestibulaire n'est donc pas limité à la mesure du réflexe nystagmique; l'étude des autres signes de la série vestibulaire doit toujours entrer en ligne de compte. »

Enfin, M. Hautant termine son rapport en étudiant la valeur des *épreuves vestibulaires dans les affections endocraniennes*. En général, les troubles vestibulaires, en pareil cas, se distinguent par deux caractères essentiels : 1° tandis que les troubles d'origine labyrinthique sont, dès le début, au complet, comprenant à la fois nystagmus spontané, mouvements réactionnels et sensation vertigineuse, dans les troubles d'origine endocranienne, au contraire, il est fréquent qu'un seul de ces symptômes soit d'abord présent : nystagmus spontané sans chute ni sensation vertigineuse; chute sans nystagmus spontané; 2° tandis que les symptômes de la série labyrinthique sont toujours concordants, la chute et les mouvements réactionnels (bras tendus et indication) se produisant en direction opposée à la secousse nystagmique, dans les troubles endocraniens, au contraire, il y a souvent une discordance entre ces divers symptômes : la chute ou la déviation se produisent du même côté que le nystagmus spontané; ou bien on voit apparaître des troubles vestibulaires anormaux, tels que nystagmus vertical ou déviation conjuguée des yeux.

Parmi ces discordances vestibulaires, une des plus curieuses est le syndrome décrit par Eagleton (1923). Ce syndrome est caractérisé par une excitabilité normale des canaux horizontaux, avec inexcitabilité des canaux verticaux : le nystagmus calorique fait défaut dans la position de la tête penchée en avant; il existe, au contraire, dans la position de la tête inclinée en arrière. Le syndrome d'Eagleton a une valeur indéniable comme indice d'hypertension dans la fosse cérébelleuse. Il s'observe, en général, du côté opposé à la lésion.

Ce syndrome d'Eagleton est particulièrement fréquent dans les tumeurs de l'acoustique. Joint à la paralysie unilatérale totale de la VIIIe paire, portant sur l'auditif et sur le vestibulaire, il permet le diagnostic précoce de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Mais son absence ne contre-indique pas d'une façon absolue ce diagnostic. Le nystagmus est très fréquent, le plus souvent horizontal, ample, battant du côté de la tumeur. La chute se fait du côté de la tumeur.

Des syndromes vestibulaires variés peuvent s'observer dans la sclérose en plaques, dans l'encéphalite épidémique, dans les tumeurs du tronc cérébral.

Dans les tumeurs cérébelleuses, les troubles de l'équilibre

Association de la Presse médicale française.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 55, p. 915, et n° 56, p. 932.

et le nystagmus sont très marqués; mais les vertiges ne s'accompagnent ni de pâleur, ni de sueurs, ni de vomissements, et les troubles vestibulaires ne s'accompagnent pas de déficit de l'audition. Le syndrome d'Eagleton est fréquent, l'épreuve de l'indication souvent anormale.

Dans les tumeurs des fosses cérébrales moyenne et antérieure, on peut observer également des troubles vestibulaires, particulièrement dans les tumeurs frontales, mais ces troubles n'ont pas la même persistance que dans les tumeurs postérieures. Dans ces dernières, les altérations des épreuves vestibulaires ont du moins autant de valeur que la stase papillaire.

Enfin le vertige psychopathique peut s'accompagner de nystagmus spontané, de signe de Romberg, de troubles du signe de l'indication, d'altérations dans les épreuves caloriques, rotatoires et galvaniques. Mais il se distingue par sa constance, par sa longue durée, par le peu de gêne qu'apporte, dans la vie courante, un déséquilibre en apparence très intense, par l'absence de toute lésion auditive concomitante en évolution, par les discordances et la variabilité des signes qui l'accompagnent, et en particulier des réflexes nystagmiques, enfin par l'épreuve thérapeutique : le vertige psychopatique s'améliore par la psychothérapie; il est aggravé par toute intervention chirurgicale. Au contraire, dans les cas de crises vertigineuses intenses labyrinthiques d'origine organique, la destruction chirurgicale du vestibule peut amener la disparition immédiate et définitive des crises.

DISCUSSIONS ET COMMUNICATIONS

Recherches sur l'état des fonctions vestibulaires dans les crises oculogyres de l'encéphalite épidémique. — MM. Helsmoostel junior (d'Anvers) et Van Bogaert. Sur 14 sujets atteints de parkinsonisme post-encéphalitique et de spasmes oculogyres, les uns avaient des réactions labyrinthiques augmentées, les autres des réactions diminuées. Les symptômes vestibulaires spontanés faisaient défaut.

L'influence de l'alcool et de la scopolamine sur l'appareil vestibulaire et sur le cervelet chez l'homme normal et chez l'homme malade. — M. Henner (de Prague) fait tourner une suite de films cinématographiques, qui montrent les caractères des troubles de la marche et de l'équilibre dans l'intoxication alcoolique.

Ces troubles constituent un véritable syndrome cérébelleux qui s'accompagne de réactions labyrinthiques variées. D'autre part, la scopolamine sensibilise très nettement les sujets sains comme le montrent les films, à l'égard des réactions labyrinthiques (épreuve rotatoire, épreuve galvanique). Cette notion illustre la théorie de l'auteur, d'après laquelle le syndrome parkinsonien serait l'expression d'une hyperfonction cérébelleuse.

Le mécanisme d'action du courant électrique sur l'appareil vestibulaire. — Mlle Luisa Levi (de Turin).

L'épreuve pneumatique. — M. Ramadier insiste sur l'intérêt de cette épreuve, qui, à l'inverse des autres épreuves labyrinthiques témoigne toujours, lorsqu'elle existe, d'un trouble pathologique, et, d'autre part, met en cause exclusivement l'appareil vestibulaire périphérique (caisse du tympan, capsule labyrinthique et milieux endolabyrinthiques) à l'exclusion des voies labyrinthiques. En dehors des otites moyennes banales, — dans lesquelles l'épreuve pneumatique est transitoire, — des fistules labyrinthiques, — dans lesquelles elle coïncide avec une perforation tympanique, — l'épreuve pneumatique positive est toujours le stigmate d'une labyrinthite hérédo-syphilitique tardive (« signe d'Henneberg »). Elle distingue ces labyrinthites hérédo-syphilitiques des syndromes labyrinthiques de la syphilis acquise, qui sont d'origine radiculo-méningée, et dans lesquelles le « signe d'Henneberg » est en défaut.

M. André-Thomas admet avec le rapporteur que l'épreuve de l'indication doit être considérée aujourd'hui comme une épreuve labyrinthique, bien plutôt que comme un test cérébelleux. Les cas sur lesquels Barany s'appuyait, en effet, étaient des cas de tumeurs qui ne permettent pas de conclusions physiopathologiques valables. D'autre part, la notion anatomique admise par Barany, d'une voie vestibulo-cérébelleuse atteignant le cortex cérébelleux, est inexacte, et les voies vestibulaires ne dépassent pas le noyau du toit. Cependant, ce serait aller loin de nier l'action du cervelet, centre régulateur du tonus, sur les réflexes vestibulo-toniques. Il n'y a pas lieu non plus d'abandonner l'idée qu'il existe des localisations cérébelleuses. Les expériences d'extirpation cérébelleuse partielle (Rothmann, André-Thomas et Dumpt), les faits de blessure du cervelet observés pendant la guerre par M. André-Thomas semblent établir, sans contestation possible, l'existence de ces localisations cérébelleuses. Au point de vue pratique, il importe d'explorer, dans l'épreuve de l'indication, non pas un seul segment du membre, mais les divers segments les uns après les autres, car il peut y avoir des dissociations.

Le syndrome de paralysie du facial et du vestibulaire. — M. Gaussé a réuni une dizaine de cas (dont trois personnels) d'un syndrome rare, constitué par l'association d'une paralysie faciale et d'une paralysie vestibulaire, sans aucun trouble cochléaire. La paralysie vestibulaire était parfois bruyante; d'autres fois, elle était latente et révélée seulement par les épreuves. Dans le plus grand nombre des cas, le syndrome était consécutif au zona (lésion isolée du ganglion de Scarpa). Dans quelques observations, la syphilis était en cause. Parfois, il existe des réactions paradoxales : telle l'abolition des réactions rotatoires faisant contraste avec la conservation des réactions caloriques, discordance beaucoup plus rare que l'inverse.

Sur le vertige voltaïque. — M. G.-A. Weill précise les travaux qu'il a poursuivis sur ce sujet avec M. Babinski.

Sur une variété de nystagmus dissocié, observé dans la clérose en plaques. — MM. Radovici et Savulesco (de Bucarest).

Chronaxie normale du nerf vestibulaire. — MM. Bourguignon et Digeau.

Absence unilatérale du signe provoqué de l'indication dans les lésions labyrinthiques unilatérales. — M. J. Durand.

La synergie fonctionnelle des deux vestibules. — M. Lanos.

Les petits signes de l'hyperexcitabilité vestibulaire calorique. — M. Alajémoff.

Romberg antéro-postérieur, non modifiable par les positions de la tête dans les lésions labyrinthiques bilatérales. — M. Ombrédanne.

Oscillations pendulaires du tronc dans la station debout au cours des affections vestibulaires. — M. Camillo Negro (de Turin).

J. MOUZON.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1927)

Recherche sur la production d'ozone dans l'air par les rayons ultraviolets. — M. J. Dadlez.

Les rapports entre l'activité spirillicide et trypanocide des éléments et leur classification électrochimique. — MM. C. Levaditi et J. Longinesco.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1927)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Méry, membre titulaire de l'Académie dans la section d'hygiène.

Prix de l'hébéphrénie. — M. Maurice DE FLEURY fait connaître à l'Académie qu'un généreux donateur qui désire garder l'anonymat vient de mettre à la disposition des chercheurs une somme d'un million de francs permettant de susciter, d'aider et de récompenser tous travaux, recherches cliniques et expérimentales, tendant à la découverte du traitement préventif ou curatif de l'hébéphrénie.

Sous ce terme il faut comprendre tout le groupe des psychoses habituellement nommées : hébéphréno-catatonie, schizophrénie, folie discordante, états délirants plus ou moins systématisés, d'origine vraisemblablement accidentelle, toxique, infectieuse ou peut-être même traumatique, qui surviennent chez les sujets jeunes, de vingt à trente-cinq ans, et dont l'évolution chronique nécessite le séjour dans une maison de santé jusqu'à la libération par la mort.

La plus grande partie de la somme, versée en cinq annuités, sera destinée à subventionner les grands services et laboratoires psychiatriques de Paris et de la province, 30.000 fr. étant réservés pour des prix et l'impression du meilleur mémoire.

L'alcoolisme des taudis. — M. Léon BERNARD, au nom de la Commission de l'alcoolisme, propose à l'Académie d'adopter les conclusions suivantes :

L'Académie remercie la Société médicale des bureaux de bienfaisance ainsi que le docteur Guérin de leur communication, et, pour répondre à leur appel, formule les deux vœux suivants :

1° L'Académie demande à l'autorité administrative de prendre les mesures nécessaires pour que, dans les hôtels meublés tenus par des cabaretiers, une entrée soit toujours établie qui permette aux locataires de pénétrer dans les chambres sans être astreints de passer par le débit;

2° L'Académie appelle l'attention des Pouvoirs publics sur l'intérêt qu'il y aurait à accorder à une ou plusieurs associations privées accréditées le droit « de citation directe » pour toutes infractions aux lois et règlements visant la lutte contre l'alcoolisme.

Ces conclusions sont votées à l'unanimité.

Infection avec exanthème de nature indéterminée. — M. Léon BERNARD. La Commission nommée pour examiner le travail du professeur Olmer (de Marseille) considère qu'il est du plus haut intérêt de publier celui-ci dans le *Bulletin* de manière à appeler l'attention sur les faits observés et décrits par notre confrère. Il s'agit d'une maladie infectieuse qui rappelle par certains traits le typhus exanthématique, mais qui, toujours bénigne, différente de celui-ci par ses caractères étiologiques et certains phénomènes cliniques, enfin, par l'absence de la réaction de Weill-Félix, ne semble rentrer dans aucun des cadres nosologiques actuellement classés.

M. NETTER a observé, dans son service de scarlatineux chez des enfants isolés depuis trente jours au moins, l'apparition d'exanthèmes analogues. Des faits semblables ont été constatés aux Etats-Unis et en Australie. Il semble donc bien qu'il existe une maladie se rapprochant du typhus exanthématique et se transmettant sans l'intermédiaire des poux.

La radiartériographie cérébrale. — M. Egas MONIZ (de

Lisbonne) a obtenu la visibilité des artères cérébrales chez l'homme par des injections d'iodure de sodium dans la carotide interne. Ces injections seraient sans danger pour les malades. L'iodure de sodium, même à de faibles dosages, est visible aux rayons X à travers la voûte cranienne. M. Egas Moniz a utilisé la radiartériographie pour le diagnostic des localisations des tumeurs cérébrales.

Pathogénie, prophylaxie et traitement de la scoliose des adolescents. — M. Gourdon, chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux, établit, d'après les expériences et observations cliniques poursuivies depuis de nombreuses années, que contrairement à l'opinion émise par les auteurs anciens et modernes qui ont étudié la scoliose des adolescents, ce n'est pas la déviation rachidienne qui constitue le symptôme principal de cette affection, mais *la rotation vertébrale*. L'expérimentation et l'observation clinique concordent pour démontrer que la rotation des vertèbres précède leur inflexion latérale, elle s'accentue dès que cette inflexion apparaît et s'exagère plus qu'elle au cours de l'aggravation de la scoliose; enfin, elle est beaucoup plus difficile à corriger que la déviation latérale.

Il décrit les symptômes des différents états scoliotiques, basés sur la rotation et la torsion vertébrale. Les déviations qui suivent la rotation vertébrale et apparaissent successivement sont: la déviation unilatérale totale du rachis qui se transforme, ensuite, en deux puis en trois courbures de compensation opposées les unes aux autres. La scoliose des adolescents est la conséquence d'une affection osseuse « rachitisme tardif » et de causes d'ordre statique. Le ramollissement osseux se produit, le plus souvent, sous la double influence de la croissance exagérée du tronc et des troubles des glandes génitales et thyroïdiennes, particulièrement fréquents chez les filles.

Le traitement de la scoliose est complexe car il faut corriger, à la fois, la rotation et la déviation des vertèbres et trouver les attitudes dans lesquelles les segments rachidiens sont le plus facilement mobilisables.

M. Gourdon énumère les directives du traitement orthopédique correspondant aux différents degrés de scoliose et souligne que le redressement doit se compléter par un traitement général.

Il fait ressortir que l'on peut préserver les adolescents des déviations vertébrales en examinant leur dos, tousles six mois, pour dépister l'état préscoliotique (hémithorax plus étalé en arrière et moins étalé en avant sans déviation du rachis) indice de rotation vertébrale précédent l'inflexion latérale. Cet état se traite facilement, guérit vite, et les enfants ainsi soignés ne sont plus exposés aux déviations vértébrales.

Modifications morphologiques et cytologiques apportées par le radium à la cellule végétale en état d'équilibre biologique. — MM. A. Sartory, R. Sartory et J. Meyer.

LIVRES NOUVEAUX

Huit leçons de psychiatrie infantile à l'usage des éducateurs (1), par H. M. Fay.

L'arriération chez l'enfant est à l'heure actuelle considérée comme fréquente : 5 à 6 p. 100 au minimum si l'on se contente des chiffres classiques, mais bien davantage en réalité dans certains milieux. On fait bien entendu entrer dans ce décompte toutes les formes légères qui sont justement celles qui sont les plus dangereuses socialement et les plus influençables par la thérapeutique.

En quelques conférences, brèves mais pleines de substance, l'auteur s'efforce de faciliter la tâche des éducateurs. Pour bien s'orienter parmi les diverses formes frustes d'arriération, il est indispensable d'analyser les éléments d'un psychisme normal; aptitudes affectives, actives et aptitudes intellectuelles dont les altérations, isolées ou combinées, par excès ou par défaut et par modification de leurs importances relatives donnent naissance aux divers syndromes anormaux que l'auteur décrit ensuite dans leurs traits principaux. Ces syndromes sont en eux-mêmes de gravité inégale. Dans certains cas une méthode appropriée d'éducation ou d'instruction suffira à guérir l'anomalie mentale ou à en pallier les effets; d'autres fois la collaboration du médecin est nécessaire au diagnostic clinique et surtout au diagnostic étiologique et à l'établissement du traitement. Parfois, dans le cas d'hérédo-syphilis en particulier, le rôle du médecin est le principal et d'une efficacité notable, mais il est des cas où devant les tares personnelles et héréditaires — sur l'importance desquelles l'auteur insiste à juste titre, tares psychiques surtout — médecin et éducateur sont impuissants.

C'est dire l'intérêt du présent opuscule qui permet à tous les éducateurs une connaissance plus précise de la personne mentale de l'enfant, qui les arme mieux, leur permet d'orienter tôt et utilement vers le médecin les sujets dont l'état le nécessite, et de limiter dans la mesure du possible l'aggravation des tares et leur dissémination.

L. Babonneix.

(1) Paris 1927, au Foyer central d'hygiène, 4, rue Molière, et chez l'auteur.

La Constitution schizoïde (1) par le docteur D. Finkelstein. Préface du professeur H. Claude.

Après une assez longue éclipse, l'étude des constitutions revient à la mode, surtout en psychiâtrie. Le malheur est que les auteurs ne s'entendent pas très bien sur la définition de ce mot. Celle de M. Kretschner qu'adopte M. Finkelstein : « Ensemble des caractères d'un individu greffés sur son hérédité », manque évidemment de clarté, car quel est ici le sens de caractère? Mais il s'agit de constitution schizoïde, laquelle inventée par Kretschner, appartient aux individus qui vivent en imagination et sont peu ou pas adaptables aux conditions de l'existence sociale, en opposition avec la constitution cycloïde, celle des gens adaptables, vivant dans la réalité. Après ce préambule indispensable, l'auteur expose les conceptions de Kretschner, de Bleuler et de H. Claude, relatives à la constitution schizoïde. A lire ces pages, on comprend surtout que 99 p. 100 des hommes sont schizoïdes, ce qui explique pourquoi le monde marche si mal. Bien peu d'entre nous, à moins d'être totalement dépourvus d'imagination, échappent donc à son emprise. En dehors de cette notion, les contours de la schizoïdie restent des plus confus. Si les psychiâtres sont à peu près d'accord pour reconnaître que la constitution schizoïde, mal définie du reste, est le terrain sur lequel se développent les psychoses schizophréniques, ils cessent de l'être quand il faut établir le mécanisme de ce développement. Seul le professeur Claude est arrivé à de la précision en distinguant cliniquement la démence précoce vraie ou hébéphrénie de la schizophrénie qui vient de la schizoïdie par l'intermédiaire fréquent de la schizomanie. La conclusion, qui ne surprendra personne, du travail de M. Finkelstein est que nous ne savons pas grand chose de ce qui se cache positivement sous tous ces mots barbares.

J. L.

La Chirurgie esthétique. Son rôle social, par Mme le docteur A. Noël, ex-interne des hôpitaux de Paris. — Paris, Masson et Cie.

(1) Une broch. in-8°, 1926. — Paris, H. Jouve.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — *Concours de l'internat et de l'externat.* — Le concours pour 10 places d'internes titulaires s'ouvrira le 18 octobre 1927, dans un local à désigner, à 8 h. du matin.

Le concours pour 50 places d'externes s'ouvrira le 17 octobre 1927, à 4 h. du soir.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Concours pour l'emploi d'aide de clinique. — Il est ouvert un concours pour l'emploi d'aide de clinique à la Clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts.

Le concours aura lieu le 7 novembre 1927.

Le nombre des places mises au concours est fixé à quatre au minimum.

Peuvent prendre part au concours les docteurs en médecine ainsi que les étudiants ayant pris au moins douze inscriptions à l'une des facultés de médecine de l'Etat, de nationalité française, âgés de moins de trente-cinq ans.

L'inscription des candidatures sera reçue à la direction de l'hospice national des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, jusqu'au 22 octobre 1927, à 18 heures.

INSTITUT DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE COLONIALES DE MARSEILLE. — Ont obtenu le diplôme d'études médicales coloniales :

A la session de mars : MM. Bapt, Berg, Brunet, Emperaire, Ensales, Granier, Lamouroux, Lanzalavi, Nina, Ollivier, Raybaud.

A la session de juin : MM. Camus, Favre, Henry, Pétremant, Le Tallec, Turcan.

Ont subi, en outre, avec succès, les épreuves en vue d'être inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes : MM. Cabiran, Favre, Henry, Le Tallec et Turcan.

M. Ramboud a obtenu à la session de juin le diplôme d'études pharmaceutiques coloniales.

GUERRE. (Réserve.) — Sont promus dans les cadres des officiers de réserve du corps de santé, et, par décision ministérielle de même date, sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin aide-major de 1re classe (rang du 18 mars 1927). — Les médecins aides-majors de 2e classe, internes des hôpitaux, ci-après désignés :

Gouvernement militaire de Paris : MM. Corby, Debray, Delarue, Fouet, Launay, Leloup, Merat, Oumansky, Patel, Peron, Raïga, Rimé, Salmon.

1re région : MM. Le Kieffre, Tramblin.

2e région : M. Louet.

3e région : M. Desvallées.

8e région : MM. Beaupère, Drey, Machavoine, Parthiot.

13e région : M. Beylot.

14e région : MM. Amouroux, Barral, Berard, Bouvier, Delore, Fayollat, Gardere, Grivet, Josserand, Labry, Langenieux, Manhes, Mestrallet, Michel, Paupert-Ravault, Petouraud.

15e région : MM. Jamin, Longchampt, Bonnet, Lapeyre, Mourgue.

17e région : MM. Caffort, Calmettes, Pommepuy, Sorel.

18e région : MM. Auriat, Denis, Guinaudeau, Lachapelle, Leonardon-Lapervenche, Loubet, Magendie, Mahon.

19e région : MM. Fulconis, Lagrot, Mirante.

20e région : MM. Adnot, Arnoux, Boheme, Burger, Cuny, Joublot, Kueny, Levy, Metzger, Neel, Pierson, Reny, Thomas.

Troupes de Tunisie : M. Cattan.

LA LOI QUI DONNE DES MAMANS AUX PETITS ENFANTS SANS MÈRE. — C'est la loi de 1923 qui autorise les personnes

de plus de quarante ans à adopter des enfants mineurs et les met à l'abri de toute revendication ultérieure.

Intermédiaire désintéressé et discret, l'Adoption a déjà fait ses preuves. L'année dernière, 117 enfants voués à l'abandon lui ont été proposés. L'œuvre a été assez heureuse pour décider 11 mères à garder leur enfant. 50 adoptions ont été effectuées, 38 nouveau-nés sont en pouponnière. Les frais de l'œuvre sont relativement peu considérables puisqu'elle n'entretient les bébés que pendant les premiers mois, jusqu'à ce qu'ils soient assez beaux et robustes pour être proposés en adoption.

On objecte quelquefois l'hérédité douteuse des enfants. Il ne s'agit pas d'enfants trouvés. L'œuvre désire recevoir les enfants de la mère à laquelle le secret est assuré, ou au moins du médecin qui donnera les renseignements utiles. D'ailleurs ces « enfants de l'amour » sont généralement beaux et forts. Ce sont les enfants de très jeunes filles séduites. Qu'on ne s'y trompe pas, les professionnelles n'ont pas d'enfants pour les raisons que vous savez.

S'il est nécessaire, un examen de sang, la vaccination antituberculeuse sont pratiqués. L'enfant reste sous observation médicale le temps voulu.

L'œuvre confie provisoirement les enfants avant l'adoption définitive qui assure toute sécurité aux adoptants.

Le danger de reprise n'existe plus ainsi avec la nouvelle loi. Pour 2 mères environ sur 100 qui regrettaient leur coupable abandon, devait-on laisser 98 innocents sans foyer.

Fondée dans un esprit très large, l'œuvre s'occupe d'enfants de toutes les religions, mais le désir des protecteurs de l'enfant au point de vue religieux est scrupuleusement respecté.

Le Comité est composé de juristes distingués, de ministres des cultes et de parents adoptifs de 2, 3 et jusqu'à 6 enfants.

Faites connaître l'œuvre à ceux auxquels elle peut rendre service. Procurez quelques dons à l'œuvre pour lui permettre de payer les pouponnières modèles dans lesquelles les bébés passent leurs premiers mois. Qui ne voudrait, au prix de quelques mois de nourrice, assurer l'avenir heureux d'un être innocent guetté par toutes les déchéances.

Demandez les renseignements et envoyez les dons, même les plus minimes à l'Adoption française, 44 *bis*, rue Pasquier, Paris (VIIIe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. Fernand WIDAL.) — *Cours de perfectionnement*, sous la direction de M. le professeur Lemierre et de MM. Abrami, Brulé, et Pasteur Vallery-Radot, agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle et oscillométrie : Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° Etude des ictères : recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. — Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses et de l'auto-agglutination des hématies.

2° Insuffisance hépatique : rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation et de floculation (1 leçon). — Syphilis, maladie hydatique, lèpre, peste, mycoses.

Les cuti-réactions (1 leçon). — Asthme, rhume des foins, urticaire, etc.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Transfusion du sang (1 leçon). — Technique et indications.

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 heures, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 17 octobre et seront terminés le 11 novembre 1927.

Le droit d'inscription est fixé à 200 fr. pour chacun des cours.

Prière de retirer les bulletins de versements relatifs à ces cours au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — POUR VISITER L'AVALLONNAIS ET LE MORVAN. — Le moyen le plus pratique et à la fois le plus économique pour visiter toutes les curiosités que recèle l'admirable région de l'Avallonnais et du Morvan, c'est d'en parcourir les routes en automobile.

Les autocars P.-L.-M. qui sillonnent cette région jusqu'au 30 septembre offrent, à cet égard, aux touristes, toutes les commodités désirables : confort, régularité des horaires et choix judicieux des itinéraires.

Les jeudi et dimanche jusqu'au 30 juin, des voitures partent le matin d'Avallon et y reviennent le soir même en passant par Quarré-les-Tombes, La Pierre-qui-Vire, Gouloux, Le Lac des Settons, Montsauche, Lormes, le château de Chastellux, Pierre-Perthuis, Saint-Père, Vézelay et Sermizelles.

Du 2 juillet au 30 septembre, ce circuit sera remplacé par deux autres, qui partiront également d'Avallon, l'un pour la visite de l'Avallonnais, l'autre pour celle du Morvan. Le premier aura lieu tous les jours et permettra de visiter La Pierre-qui-Vire, Quarré-les-Tombes, Chastellux, Pierre-Perthuis, Saint-Père, Vézelay et les curieuses grottes d'Arcy-sur-Cure, une des principales attractions du tourisme de l'Avallonnais. L'autre sera effectué les mardis, jeudis et dimanches, pendant les mois de juillet et de septembre, tous les jours en août, et passera par Meluzien, Quarré-les-Tombes, La Roche-du-Chien, Gouloux, Montsauche, Le Lac des Settons, Château-Chinon, Lormes et Chastellux.

REVUE GÉNÉRALE

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE SYPHILITIQUE

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE (1)

Par M. CHARLE TOINON,

Ancien interne des hôpitaux,
Chef-adjoint de Clinique médicale thérapeutique
à l'Ecole de médecine de Marseille.

Diagnostic des hypertensions syphilitiques. — Pour arriver au diagnostic d'hypertension syphilitique il faut résoudre un certain nombre de problèmes.

1° IL Y A HYPERTENSION.

2° LE MALADE EST SYPHILITIQUE. — Il est nécessaire de fouiller avec soin ses antécédents personnels et héréditaires.

Il faut rechercher *les stigmates d'une hérédo-syphilis ou les reliquats d'une syphilis acquise* : cicatrice de chancre, lésions cutanéo-muqueuses et osseuses, ganglions épitrochléens, modifications des réflexes pupillaires, diminution des réflexes rotuliens ou abolition, leucoplasie buccale, association de signes nerveux comme tabes ou paralysie générale.

La recherche du Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien est souvent d'un grand secours. Mais *il ne faut jamais oublier qu'une réaction négative ne permet pas de rejeter l'hypothèse d'une syphilis.*

La question, on le voit, s'est compliquée. Elle est plus complexe encore si l'on envisage la syphilis héréditaire.

En effet, à côté des cas faciles où les antécédents du malade mettent sur la voie et où les stigmates d'hérédo-syphilis se retrouvent en plus ou moins grand nombre, il est d'autres cas où l'on ne peut rien affirmer.

Le diagnostic biologique est alors indispensable, mais malheureusement il fait parfois défaut.

Leroux et Labbé, dans une statistique parue dans les *Archives des maladies des enfants* en décembre 1911, montrent que si la réaction est positive dans 100 p. 100 des cas au cours de la syphilis héréditaire précoce avec manifestations cutanéo-muqueuses, elle ne l'est plus que dans 33 p. 100 des cas au cours de syphilis héréditaires frustes et latentes.

Et comme le dit Fernet : « Une réaction positive dans le sang implique l'existence non douteuse d'une syphilis, soit virulente, soit même latente. Une réaction négative ne doit pas faire éliminer l'hérédo-syphilis. »

« Dans la syphilis héréditaire tardive, alors qu'il s'agit, dans les formes actives, de lésions de modalité tertiaire; alors qu'il s'agit, dans les formes latentes, de lésions anciennes complètement cicatrisées; alors qu'il s'agit encore de stigmates dystrophiques, on comprend bien que le sang peut ne pas contenir de sensibilisatrice et que la réaction de fixation peut être négative. »

3° CETTE HYPERTENSION EST-ELLE D'ORIGINE SYPHILITIQUE? — On doit écarter toutes les hypertensions non syphilitiques, puis démontrer par l'épreuve thérapeutique que la syphilis est bien la cause directe de l'hypertension.

A. *Les hypertensions non syphilitiques.* — C'est tout le chapitre étiologique de l'hypertension artérielle qu'il faut passer en revue.

L'*hérédité* est un facteur important, comme l'a montré Dieulafoy : certaines familles sont touchées à chaque génération, d'autres familles restent indemnes. Le professeur Vaquez, dans son ouvrage sur les *Médicaments et médications cardiaques*, est de cet avis; un facteur, dit-il, « dont il faut tenir grand compte, c'est l'influence familiale. Elle intervient dans un très grand nombre de cas ».

James O'Hare, Walker et Vickers, Muller, Fleischmann, Pal, During, Brockbank, Rosenbloom, Mortensen ont insisté aussi sur le caractère familial de l'hypertension.

Magniel, dans son article sur l'hypertension artérielle du jeune âge, abonde dans le même sens :

« Le rôle de l'infection tréponémique à cet âge, déclare-t-il, ne pourrait être invoqué qu'à titre d'hérédo-syphilis; or, la plupart des observations n'en ont montré aucun signe et presque toujours la réaction de Bordet-Wassermann a été négative. »

Magniel ajoute : « Par contre, une hérédité, véritable fatalité inéluctable, paraît souvent en cause : l'hérédité hypertensive dans laquelle des membres d'une même famille, parents et enfants, meurent vers le même âge adulte, grands hypertendus, quelles qu'aient été les précautions prises, d'ordre hygiénique et médical. »

Les modifications de la crase sanguine doivent aussi entrer en ligne de compte. Pléthoriques, obèses, goutteux, gros mangeurs sont souvent hypertendus, en dehors de toute atteinte vasculaire ou rénale.

Aubertin, Terry (de New-York), Pedrazzini, Faber et Mackeprang, Kulbe ont étudié tout particulièrement les rapports qui existent entre hypertension et obésité.

Il faut rapprocher de ces *auto-intoxications* toutes les *intoxications exogènes* qui peuvent déclancher une hypertension isolée; alcool, plomb doivent être mentionnés au premier plan.

Les *infections* les plus diverses, en dehors de la syphilis, peuvent être la cause de l'hypertension artérielle. Avant d'incriminer le spirille, il faudra se livrer à une enquête minutieuse et explorer attentivement les antécédents du malade.

Enfin, les troubles endocrino-sympathiques sont parfois à l'origine du déséquilibre de la tension artérielle sans que la syphilis en soit la cause.

C'est ainsi que l'*hyperactivité du système sympathique* peut causer l'hypertension chez les convalescents de maladies infectieuses, les surmenés, les émotionnés, les nerveux angiospasmodiques, les tachycardiques; en un mot, chez tous les « sympathiques » de Gallavardin.

Les lésions des glandes endocrines peuvent aussi

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 57, p. 945.

jouer un rôle important dans la pathogénie de l'hypertension.

« La presque constance d'une légère hypertension artérielle chez les malades atteints de goitre exophtalmique ou de maladie de Basedow fruste, les relations intimes entre le cœur et l'appareil thyroïdien (cœur goitreux) permettent de se demander si les hypertrophies thyroïdiennes rencontrées dans d'assez nombreux cas d'hypertension solitaire n'auraient pas un rôle important dans leur production.

« Evidemment ces deux causes (la syphilis et les hypertrophies thyroïdiennes) ne peuvent avoir la prétention que d'expliquer une minorité de cas d'hypertension permanente; elles méritent cependant d'être prises en considération. » (Gallavardin.)

On connaît, enfin, les travaux de Maranon, Moorhead Hopkins, Hope, Potter sur l'hypertension de la ménopause, et les recherches de Faber, Muller, Kerpolla sur la pathogénie endocrinienne de l'hypertension essentielle.

B. Les hypertensions non syphilitiques étant éliminées, il faut démontrer que l'hypertension est bien la conséquence de la syphilis, autrement dit que cette hypertension constatée chez un syphilitique est elle-même d'origine syphilitique.

L'épreuve thérapeutique est un test d'une grande valeur. Sans doute n'est-il pas pathognomonique.

En effet, dans les cas où la syphilis n'est que possible, « qu'un traitement arsénobenzolé soit suivi d'abaissement tensionnel, dit Dumas, ce n'est pas assurément une raison rigoureusement suffisante pour affirmer la nature syphilitique de cette hypertension ».

Cependant si régime et hypotenseurs sont restés sans effet, et si au contraire le traitement spécifique amène un abaissement notable de la tension, on a là un facteur important en faveur de l'origine syphilitique de cette hypertension.

Évolution et pronostic des hypertensions syphilitiques. — Ces hypertensions ont une évolution très variable suivant les signes cliniques présentés par le malade, la précocité et l'intensité du traitement spécifique qu'on lui a fait subir.

1° L'hypertension syphilitique dite solitaire. — Elle représente le cas le plus simple.

Constitue-t-elle une entité morbide susceptible de rétrocéder sous l'influence du traitement, ou au contraire se complique-t-elle toujours, dans un avenir plus ou moins lointain, de lésions aortiques, rénales ou néphro-aortiques?

Dumas et Bazoge distinguent deux catégories de malades.

Chez les sujets dont l'hypertension relève d'une syphilis de date récente, un traitement spécifique précoce peut agir sur les lésions d'artérite inflammatoire diffuse. S'il est suffisamment intensif et prolongé, il peut enrayer l'hypertension, et éviter ainsi les complications souvent funestes qui en découlent.

Au contraire chez les sujets âgés, l'hypertension solitaire serait due à des lésions organisées de mésartérite hypertrophique résistant à toute thérapeutique. Et à plus ou moins brève échéance des accidents d'aortite, néphrite ou néphro-aortite peuvent survenir avec leur pronostic fâcheux.

2° L'hypertension syphilitique d'origine vasculaire. — Dans le cas d'hypertension par aortite syphilitique c'est encore la précocité du diagnostic qui permet d'instituer le traitement spécifique et qui règle ainsi l'évolution.

En effet le traitement n'agit bien que sur les lésions récentes. Dans certains cas, les lésions régressent, et, avec elles, l'hypertension.

Au contraire, quand il s'agit de vieilles lésions d'aortite fibreuse avec placards durs, endartère ficelée de dépressions cicatricielles, le traitement n'a plus d'action. Et l'hypertendu serait inguérissable.

« Cependant Sédillot, dans un article du *Monde médical* (15 mai 1926, p. 504) estime qu'on est toujours en présence d'une lésion infectieuse tréponémique en pleine évolution, et que vingt et même trente ans après le chancre, en pleine fin de période tertiaire, des foyers tréponémiques peuvent se rallumer. »

« Même à la veille de la mort du malade, dit-il, le traitement spécifique peut, intensif, donner un résultat. »

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Et l'hypertendu est alors menacé par toutes les complications de l'aortite qui peuvent troubler le cours de la maladie et en modifier le pronostic.

Une crise d'angine de poitrine, ou même d'œdème aigu des poumons, les embolies à distance (surtout cérébrales), la rupture spontanée de l'aorte ou d'un anévrisme aortique menacent perpétuellement le malade d'une mort subite.

En l'absence de complications, l'évolution se fait vers l'asystolie. Les malades amaigris, cachectiques s'acheminent vers l'insuffisance cardiaque terminale.

3° L'hypertension syphilitique d'origine rénale. — Cette évolution est encore plus à redouter dans les cas de lésions rénales associées.

Dans la néphro-aortite, après une phase de lutte du myocarde contre le barrage rénal, caractérisée par une maxima élevée, on assiste à l'épuisement du muscle cardiaque. La tension maxima s'abaisse tandis que la minima reste au même chiffre ou même augmente.

Cette hypertension diastolique, avec diminution de la pression différentielle, est d'un fâcheux présage.

C'est d'elle que dépend surtout le pronostic. Elle traduit le plus souvent la grande insuffisance ventriculaire gauche, seule ou associée à l'insuffisance droite.

Traitement des hypertensions syphilitiques. — L'hypertension artérielle, quelle que soit sa cause, est souvent d'un pronostic fâcheux.

« Si l'idée dominante qu'il importe de garder de l'hypertension artérielle permanente est qu'il s'agit d'une affection compatible avec une survie longtemps et parfois indéfiniment prolongée il n'en est pas moins vrai qu'elle constitue le signe indéniable

d'un état pathologique et que ses risques sont réels. Qu'on oppose un groupe d'hypertendus à un groupe d'autres individus choisis dans des conditions analogues, mais sans hypertension, il est certain que la moyenne de la survie sera très notablement écourtée dans le premier. » (Gallavardin.)

La découverte de la syphilis à l'origine de cette hypertension est d'un gros intérêt pratique. Elle permet en effet d'instituer un traitement spécifique qui, dans certains cas, modifiera les lésions d'où relève l'hypertension. Et ainsi seront écartées les complications redoutables dont nous avons parlé plus haut.

Mais, cette influence heureuse du traitement spécifique sur l'évolution du processus hypertensif ne se produit que dans certains cas.

Parfois même l'institution d'une thérapeutique antisyphilitique peut avoir des conséquences funestes.

Et l'on peut dire que si le succès du traitement dépend en grande partie de l'âge des lésions, les indications de ce traitement doivent être tirées de l'état du cœur et des reins.

A. **Choix du traitement.** — Arsenic. — Dans le cas d'hypertension essentielle chez un syphilitique jeune, récemment contaminé, on utilisera l'arsenic comme traitement d'attaque.

« L'hypertension, dit Barbier, n'est pas en elle-même une contre-indication à l'emploi des arsénobenzènes, puisqu'ils tendent plutôt à abaisser la tension; et en fait, ainsi que le signale Bory, les hypertendus « moyens » (22.21 au Pachon par exemple), tolèrent en général les doses habituelles de novarsénobenzol aussi bien que la plupart des autres malades. En réalité, ce qui importe, c'est l'état du myocarde. »

Nous ajouterons : c'est aussi l'état du foie et du rein. L'examen des urines, l'exploration du fonctionnement rénal et hépatique devront toujours être pratiqués avant de commencer le traitement.

Le premier jour on injecte une dose faible de novarsénobenzol : 0g15. Si cette injection est bien supportée, on en fait une de 0g30 cinq ou huit jours après.

Puis chaque semaine on augmente la dose de 0g15 jusqu'à une dose maxima calculée d'après le poids du malade et surtout d'après sa tolérance au médicament.

La dose optima étant environ de 1 centigramme et un tiers de novarsénobenzol par kilogramme de l'individu, on peut monter jusqu'à 0g75 chez une femme de 60 kilogs, jusqu'à 0g90 chez un homme de 70 kilogs.

On fait ainsi une série de huit injections, et l'on s'arrête. Par exemple chez une femme de 60 kilogs : 0g15, 0g30, 0g45, 0g60, 0g75, 0g75, 0g75, 0g75. Chez un homme de 70 kilogs : 0g15, 0g30, 0g45, 0g60, 0g75, 0g90, 0g90, 0g90.

Certains médecins sont plus prudents et ne dépassent pas 0g45, qu'ils répètent quatre à cinq fois, jusqu'à dose totale de 2g50 à 3 grammes, même si le traitement se poursuit d'une façon normale.

En cas d'accidents, on utilise les moyens habituels (adrénaline, huile camphrée, éther), on diminue les doses suivantes, ou même on remplace les injections de novarsénobenzol par d'autres injections : sels mercuriels, bismuthiques.

Enfin si l'arsénothérapie intraveineuse a ses partisans, elle a aussi ses détracteurs.

J. Casabianca étudie ses méfaits dans un article de la *Revue médicale de France et des Colonies* (n° 14, déc. 1924).

Il en conclut que si l'injection intraveineuse d'arsénobenzènes a des avantages illusoires, elle comporte par contre de très graves dangers.

Certains préfèrent donc employer d'autres voies et font des injections, par exemple de sulfarsénobenzol, par voie sous-cutanée ou intramusculaire, ou administrent le néo par la voie rectale.

Cette technique est à employer quand le traitement intraveineux est mal supporté, surtout chez les malades qui ont présenté des signes d'insuffisance cardiaque (Josué, Laubry).

Mercure. — Les sels solubles sont surtout employés, car les sels insolubles ont une action plus lente et sont souvent douloureux.

Le traitement peut être conjugué au traitement arsenical. On fait alors deux injections par semaine de 0g01 de cyanure de mercure intraveineux, entre les injections de novarsénobenzol.

D'autres fois, il faut recourir au traitement mercuriel seul : quand le malade ne peut voir régulièrement son médecin, qu'il présente des accidents lors des injections arsenicales, ou qu'il est arséno-résistant.

Il faut alors donner la préférence au cyanure de mercure, peu toxique, diurétique, et d'une grande activité. On l'utilise en injections intraveineuses de 0g01 tous les jours ou 0g02 tous les deux jours, et l'on fait ainsi plusieurs séries.

« Vaquez et Laubry signalent, dans les aortites et les ectasies, une sédation manifeste des troubles fonctionnels et parfois la diminution du diamètre transversal d'une aorte dilatée; pour certains auteurs même (Lacapère), le cyanure influencerait souvent mieux que les arsénobenzènes certaines syphilis cardio-vasculaires à condition de prolonger suffisamment le traitement » (Barbier).

Redoutant toujours la voie intraveineuse, mal supportée chez certains cardiaques plus ou moins compensés, certains auteurs préfèrent recourir aux injections intra-musculaires de biiodure ou de benzoate de mercure, tous les jours à la dose de 0g02, 0.03 et même 0.04. Leur action est réelle et peu inférieure à celle du cyanure.

Quand on emploie les injections insolubles, il faut être toujours très prudent, car, en cas d'intolérance ou de bloquage du rein ou du foie, le mercure accumulé dans les muscles constitue un réel danger.

Pendant toute la durée du traitement, il faut surveiller les accidents buccaux (stomatite) et intestinaux (colique, diarrhée) et les combattre dès qu'ils se produisent.

Bismuth. — Introduit dans la thérapeuthique de la syphilis depuis quelques années, il s'est déjà imposé par son action sur les spirochétoses en général, sur la syphilis, en particulier.

S'il ne peut guère être employé comme traitement d'attaque, il donne du moins de bons résultats à doses d'entretien. Il doit être utilisé dans les cas d'intolérance arsénico-mercurielle, ou de syphilis arséno- ou hydrargyro-résistante, enfin quand il y a des contre-indications à l'arsenic ou au mercure.

Le mauvais état de la bouche et l'altération du rein sont des contre-indications à son emploi.

« Fournier et Guénot, Cl. Simon ont signalé son heureuse action sur des anévrismes de l'aorte et diverses aortites. Laubry et Bordet, dans une longue expérimentation chez de nombreux malades atteints de la plupart des formes de l'aortite syphilitique, concluent d'une part à la remarquable activité du bismuth qui améliora presque aussi vite les troubles fonctionnels (douleurs, crises angineuses, etc.) et exerça la même influence sur les signes physiques (action d'arrêt sur les lésions des parois vasculaires, rétrocession de la médiastinite) que les injections d'arsénobenzènes, et, d'autre part, à sa remarquable tolérance qui a permis de traiter sans inconvénient des sujets ayant un bruit de galop, ayant eu des accès de dyspnée, de la dyspnée d'effort ou de décubitus » (Barbier).

Les préparations solubles sont à rejeter : en injections intramusculaires, elles sont, en général, très douloureuses et provoquent de vives réactions locales.

Il faut donner la préférence aux préparations insolubles : iodo-bismuthate de quinine (Quinby) et hydroxyde de bismuth (Muthanol).

On fera des séries de dix à douze injections intramusculaires à raison de 0g15 de bismuthmétal par injection et de deux ou trois injections par semaine.

IODE ET IODURES. — C'est le plus souvent par la voie gastrique que ces médicaments sont employés sous forme surtout d'iodure de potassium à doses progressives (depuis 0g50 jusqu'à 2 et même 4 grammes; dix jours par mois).

Si le rein est altéré, son administration doit être suspendue, car il accentue l'insuffisance rénale et risque de déclencher des accidents d'œdème aigu du poumon.

On l'emploie parfois associé au biiodure de mercure sous forme de sirop de Gibert du Codex ou de sirops mixtes du même type, mais avec une teneur plus forte en iodure de potassium.

On peut utiliser aussi le lipiodol en injections intramusculaires de 2 centimètres cubes par séries de quinze ou en capsules.

L'hypertension est parfois influencée d'une façon nette par ce traitement.

B. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Nous n'insisterons pas sur le traitement général de l'hypertension syphilitique.

Régime alimentaire, règles d'hygiène et de diététique, médications hypotensives, traitements hydrominéraux devront être employés comme pour toute hypertension.

Nous nous étendrons davantage sur le traitement spécifique qui seul, dans certains cas, peut arrêter l'évolution de la maladie vers les accidents redoutables d'insuffisance cardiaque.

Et c'est ici que la forme clinique d'hypertension syphilitique doit intervenir, car c'est de l'état du cœur et des reins que dépendent les règles du traitement.

Celui-ci est, en effet, bien différent suivant que l'hypertension est bien compensée ou qu'au contraire le malade présente des signes d'insuffisance cardiaque, rénale ou cardio-rénale.

1° **Traitement de l'hypertension syphilitique sans insuffisance cardio-rénale.** — Dans ce cadre rentrent l'hypertension syphilitique dite solitaire et l'hypertension par aortite syphilitique pure sans lésions rénales associées ni accidents d'insuffisance cardiaque.

I. TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION SYPHILITIQUE DITE SOLITAIRE BIEN COMPENSÉE. — Il s'agit souvent, nous l'avons dit, de sujets dont la contamination est récente. Dans ce cas, il faut instituer un traitement immédiat, très intense et de longue durée.

Les médicaments d'attaque sont alors tout indiqués et en première ligne l'*arsenic*.

Nous avons dit plus haut la conduite à suivre pour le novarsénobenzol intraveineux.

On commence par des doses très faibles que l'on augmente progressivement avec les précautions d'usage.

On fait ainsi des séries de huit piqûres à doses croissantes, séries que l'on répète environ tous les trois mois.

Le sulfarsénol, en injections sous-cutanées ou intramusculaires, peut remplacer le novarsénobenzol intraveineux si l'on redoute cette dernière voie d'introduction.

Le traitement d'entretien doit être aussi mis en œuvre pour consolider les effets du traitement d'assaut.

A cet effet, on associe le mercure sous forme d'injectionsbioutrihebdomadaires de *cyanure de mercure* intraveineux ou de biiodure ou benzoate de mercure intramusculaire.

En cas d'intolérance arsénicale ou mercurielle, la *médication bismuthique* peut être employée : séries de dix à douze injections intramusculaires de muthanol ou de Quinby.

Dans les périodes intracalaires, la *cure iodée* pourra être utilisée.

Pendant toute la durée du traitement, il faut surveiller l'intégrité du système cardio-rénal. Si celle-ci est certaine, la thérapeutique doit être intensive et prolongée.

La question des doses a été récemment étudiée par Milian, dans un article du *Paris médical*, sur la thérapeutique antisyphilitique (6 mars 1926).

Les accidents dus à l'injection d'arsénobenzènes, dit l'auteur, se produisent surtout aux faibles doses de 15, 30, 45 centigrammes, et deviennent de plus en plus rares au fur et à mesure qu'on approche de la dose idéale de 1cg 1/2 par kilogramme.

« Pour le mercure, il y a des médecins, et non des moindres, qui donnent par exemple une série de 10 piqûres en injections intraveineuses de cyanure de mercure à 1 centigramme, une tous les deux

jours, et qui se figurent avoir accompli une action d'éclat en matière de thérapeutique antisyphilitique, alors qu'un pareil traitement est à peine capable, dans l'immense majorité des cas, de guérir un accident déterminé comme une syphilis ulcéreuse, et à plus forte raison, une lésion de syphilis viscérale ou nerveuse. »

« Le cyanure de mercure doit être administré quotidiennement, sauf le dimanche, pour laisser reposer le malade et le médecin, à la dose de 1 centigramme par jour jusqu'à la dose de 20, 25, 30 et quelquefois davantage d'injections. Le meilleur guide pour la dose tolérée est l'état du malade, et en général, cette médication est admirablement supportée, grâce à ses propriétés diurétiques » (Milian).

Les deux seuls accidents, dit-il, sont la stomatite et l'entérite dysentériforme avec coliques. Ils peuvent être évités si l'on prend les précautions d'usage : brossage des dents après chaque repas et le soir avant de se coucher, prohibition des aliments laxatifs et difficiles à digérer, absorption de carbonate de bismuth par la bouche.

Précocité, intensité et longue durée du traitement sont donc trois conditions indispensables pour obtenir un résultat efficace.

Certains syphiligraphes sont, on le voit, partisans de doses massives dont ils conseillent l'emploi chez les sujets atteints de syphilis cardio-vasculaire, et surtout chez les aortiques.

Il sera cependant prudent, suivant le conseil de Leredde de ne pas dépasser 0g45 d'arsénobenzol à la première série. On n'atteindra les doses massives que plus tard, c'est-à-dire 0g75 et 0g90, quand les premières séries n'ont provoqué aucun accident.

Nous venons d'envisager le cas d'hypertensions syphilitiques chez des sujets jeunes, récemment contaminés.

S'il s'agit, au contraire, de malades âgés, dont la syphilis est ancienne, il y a bien des chances qu'ils présentent une hypertension solitaire stable, sur laquelle le traitement n'a que peu ou pas d'action. Dans ce cas, il sera prudent de manier des doses minimes pour éviter les accidents cardio-rénaux.

II. Traitement de l'hypertension par aortite syphilitique pure bien compensée. — Au XIVe Congrès de médecine de Bruxelles 1920, Vaquez, Laubry et Donzelot ont adopté les conclusions suivantes : Le traitement doit être rapide et énergique :

a. *Cure arsénio-mercurielle* : 7 à 8 injections hebdomadaires atteignant 0g45 de novarsénobenzol, doses qu'on peut à la rigueur dépasser, mais à laquelle les auteurs s'arrêtent d'ordinaire.

Dans l'intervalle de huit jours : une injection de cyanure de mercure tous les deux jours.

b. *Cure de mercure et d'iode* (préparation huileuse en injections intramusculaires).

Ce traitement doit être répété tous les trois ou quatre mois dans les premiers temps ; on peut ensuite espacer progressivement les cures.

Les indications et contre-indications doivent être basées sur la résistance générale du sujet, sur l'état de ses reins et surtout sur l'état de son myocarde.

L'aortite syphilitique survenant en général plusieurs années après le chancre, *c'est surtout un traitement de longue haleine, à doses d'entretien, qu'il convient d'instituer.*

Celui qui donne les meilleurs résultats est le traitement mercuriel par injections intraveineuses de cyanure longtemps répétées, à la dose de 1 centigramme, trois fois par semaine. « On peut prolonger ce traitement pendant des mois et même des années, en interrompant pendant une quinzaine de jours quand quinze ou vingt injections ont été faites. En effet, les modifications sont longues à se produire et on ne doit pas se décourager devant l'insuccès apparent après quelques semaines de traitement. »

On peut associer à ces piqûres l'absorption d'*iodure de potassium* (2 à 3 grammes par jour) ou de capsules de *lipiodol*.

Le *biiodure de mercure*, qui agit à la fois par son mercure et son iodure, peut donner d'excellents résultats. Comme, d'autre part, on l'introduit par la voie intramusculaire, il ne traumatise pas les veines, ce qui est un gros avantage.

La médication iodée est à surveiller car elle peut provoquer des poussées d'œdème pulmonaire, surtout quand il s'agit de malades âgés, artério-scléreux, dont la dépuration rénale est insuffisante.

Des cures alternées ou mixtes (par exemple mercure et iode, puis mercure et bismuth) pourront être prescrites et donneront parfois des résultats favorables si on les continue pendant assez longtemps.

2° **Traitement de l'hypertension syphilitique compliquée d'insuffisance cardio-rénale.** — A l'hypertension syphilitique dite solitaire et à l'hypertension par aortite syphilitique pure bien compensée s'opposent tous les cas où le trouble de la tension artérielle est compliqué d'insuffisance cardiaque, rénale ou cardio-rénale.

Tandis que dans les formes précédentes le praticien pouvait frapper fort et longtemps à cause de l'intégrité du système cardio-rénal, ici au contraire il devra être très prudent dans sa thérapeutique de peur d'augmenter la défaillance cardiaque et l'insuffisance rénale.

« Il ne viendra à l'idée d'aucun médecin de prescrire des injections mercurielles à un cardio-rénal avancé qui, initialement, est peut-être bien un syphilitique, mais qui est en train de mourir d'urémie ou d'insuffisance cardiaque. Mais il faut reconnaître que ce traitement, inutile et même dangereux à cette phase, eût présenté de sérieux avantages quelques années ou même quelques mois auparavant. Ni le taux de l'hypertension artérielle, si élevé soit-il, ni la présence d'une albuminurie légère même permanente, ni l'existence de symptômes indéniables d'insuffisance cardiaque ne doivent, à eux seuls, être considérés comme des contre-indications formelles à l'institution ou tout au moins à l'essai d'un traitement spécifique. » (Gallavardin.)

« Il est impossible de fixer le point au delà duquel une lésion spécifique n'est plus influençable par le traitement; si ce traitement est bien toléré, il y a beaucoup de chances pour qu'il puisse encore être utile. »

a. Hypertension syphilitique et lésions rénales. — En ce qui concerne l'hypertension d'origine rénale le traitement mercuriel doit être essayé en prenant les précautions suivantes :

Il faut rejeter les solutions de sels insolubles et avoir recours au biiodure ou au cyanure de mercure. Ce dernier est souvent bien toléré à cause de ses propriétés diurétiques. D'ailleurs son administration devra se faire à faibles doses en surveillant étroitement le malade.

On pourra lui associer le *bismuth* en injections intramusculaires (muthanol ou Quinby) et *l'iodure de potassium* per os.

Quant à l'arsenic, son emploi est moins indiqué, car il constitue surtout un traitement d'attaque. Or, nous avons vu qu'il s'agit le plus souvent de néphrites chroniques contemporaines d'une syphilis tertiaire, c'est-à-dire de lésions anciennes.

De plus, *l'arsenic est souvent dangereux* car il risque d'augmenter l'insuffisance rénale. C'est dire qu'on ne devra l'employer qu'à des doses très faibles en exerçant une surveillance attentive pour être prêt à interrompre le traitement à la moindre alerte.

D'ailleurs, il faut avouer que les auteurs sont loin d'être d'accord sur le traitement de la syphilis rénale.

Farland (*Amer. Journ. of med. Assoc.*, avril 1924) estime que le traitement mercuriel est plus nocif pour le rein que le traitement arsénical, celui-ci ne provoquant que des lésions tubulaires passagères qui disparaîtraient un à trois mois après la cessation du traitement.

Lortat-Jacob (*La Médecine*, mai 1924) conseille les sels solubles de bismuth et l'iodo-bismuthate de quinine.

Farrand (Th. de Paris, 1925) conseille le novarsénobenzol comme l'agent thérapeutique le meilleur. Il reconnaît que dans certains cas, pourtant, mercure et bismuth sont mieux tolérés.

Dreyfus, enfin, étudie l'intoxication bismuthique chez les syphilitiques rénaux (Th. de Paris, 1926).

Ces divergences de vue prouvent assez nettement toute la difficulté du problème.

Dans les cas d'hypertension d'origine néphro-aortique, il faut être plus prudent encore. Il vaut mieux s'abstenir de préparations arsénicales qui sont dangereuses car elles peuvent entraîner des crises d'œdème aigu du poumon.

Il est donc préférable de n'employer que le mercure et l'iode. Et encore se méfiera-t-on des poussées congestives que ce dernier médicament peut déclancher au niveau des poumons.

b. Hypertension syphilitique et insuffisance ventriculaire gauche. — Quand l'hypertension a retenti sur le cœur et que des accidents d'insuffisance ventriculaire gauche sont imminents, il est indispensable d'associer au traitement antisyphilitique un traitement toni-cardiaque, hygiénique et diététique, encore plus sévère.

Le *régime* consistera dans la réduction des boissons et du régime alimentaire et la suppression de tous les excitants.

Le *repos au lit* sera ordonné.

On soutiendra le cœur par de l'huile camphrée et de petites doses de digitaline : par exemple x à xii gouttes par jour pendant cinq jours.

Enfin, on utilisera les hypotenseurs : nitrites, benzoate de benzyle, trinitrine en solution alcoolique à 1 p. 100 ou sous forme de dragées caféinées de Dubois. Mais nous savons ce qu'on peut en attendre depuis les travaux récents du professeur Mattei et de Dias.

Parfois une saignée même est indiquée.

c. Hypertension syphilitique et insuffisance cardiaque totale. — Enfin, l'insuffisance cardiaque peut ne pas rester localisée aux cavités gauches. Elle peut s'étendre aussi aux cavités droites, et l'asystolie totale est alors constituée.

A cette période le traitement antisyphilitique est non seulement inutile, mais encore dangereux. Il faut considérer le malade non plus comme un syphilitique mais comme un asystolique.

Loin d'être combattue, son hypertension doit être respectée car elle constitue un moyen de lutte contre le barrage veineux.

Le *traitement est celui de l'asystolie* : diète lactée ou même hydrique avec réduction des liquides. Repos au lit. Purgatif drastique ou lavement purgatif.

Parfois saignée abondante de 400 grammes ou même 500 grammes.

Digitaline à fortes doses, après préparation indispensable : soit L gouttes en deux jours ou même en vingt-quatre heures. Si la digitaline n'agit plus, extrait de strophantus en pilules ou ouabaïne en injections intraveineuses à raison de un quart de milligramme le premier jour, un demi le deuxième jour, un demi le troisième jour. On peut répéter cette cure de dix en dix jours. Si la diurèse est insuffisante : théobromine et régime déchloruré.

Enfin, caféine et huile camphrée interviendront à la période ultime.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera la bibliographie de la question dans les thèses et travaux suivants :

Gallavardin. *La Tension artérielle en clinique*, Paris, Masson, éditeur.

Bonnot. Contribution à l'étude des troubles de la tension artérielle chez les syphilitiques, *Th. de Paris*, 1924.

Bazoge. L'hypertension artérielle syphilitique solitaire. Etude clinique, *Th. de Paris*, 1925.

Toinon. Hypertension artérielle et syphilis. Contribution à l'étude de leurs rapports, *Th. de Montpellier*, 1926.

Laubry et Doumer. Pathogénie de l'hypertension artérielle, *Presse méd.*, 30 juin 1926.

Oury. Conceptions récentes sur la pathogénie de l'hypertension, *Presse méd.*, 22 sept. 1926.

Dreyfus. Intoxication bismuthique chez les syphilitiques rénaux, *Th. de Paris*, 1926.

Lappas. Contribution à l'étude de l'hypertension artérielle, *Th. de Paris*, oct. 1926.

Leclercq. Notes sur l'hypertension artérielle, *Presse méd.*, 3 nov. 1926.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 JUILLET 1927)

Les antagonismes physico-chimiques des microbes. — MM. C. Arnaudi, W. Kopaczewski et M. Rosnowski.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 JUILLET 1927)

La maladie de Brill. — M. Netter rappelle que cette maladie, décrite en 1897 par Brill, a été depuis observée dans divers pays. Elle diffère du typhus exanthématique par son caractère bénin, en ce qu'elle n'est pas contagieuse et qu'elle peut apparaître en dehors de l'intervention des poux. Elle est souvent prise, au début, pour une fièvre typhoïde. Mais la réaction de Widal est toujours négative. M. Netter a eu l'occasion d'en observer plusieurs cas et l'a toujours considérée comme un typhus endémique bénin.

Est-il possible de standardiser le traitement antirabique? — M. Remlinger s'est demandé s'il était possible de standardiser le traitement antirabique. L'étude à laquelle il s'est livré l'a conduit à la conviction que rien ne s'oppose à cette standardisation. Quand on voudra la pratiquer, le mieux sera de procéder par étapes et de sérier les difficultés.

La contagion et le hasard dans le cancer. — M. Auguste Lumière, dans un mémoire présenté par M. Hartmann, fait la critique des statistiques sur lesquelles certains se basent pour admettre la contagiosité du cancer.

En ce qui concerne la contagion conjugale, il établit que le calcul des probabilités et l'expérience d'un tirage au hasard donnent la proportion de 1 couple sur 225 dans lequel le cancer risque d'atteindre les deux époux. Par conséquent, dit-il, lorsqu'on observera la réunion, dans le temps ou dans l'espace, de plusieurs couples d'époux cancéreux, il ne faudra en chercher la cause dans la contagion maritale et plus généralement en dehors du hasard que si la statistique porte sur un très grand nombre de cas et fournit une proportion de deux époux cancéreux supérieure à 1/225 du nombre total des couples.

En ce qui concerne les maisons à cancer, le nombre des cas dans lesquels il y a effectivement 0, 1, 2 et même 3 décès de sujets cancéreux dans un immeuble concorde de façon suffisamment approchée avec le calcul des probabilités pour que l'on puisse estimer vraisemblable que c'est le hasard, quelque peu troublé par diverses causes d'irrégularités signalées par l'auteur, qui préside à la distribution du cancer dans les maisons.

Sur la norhomoéphédrine. — M. Tiffeneau fait une communication sur les effets cardio-vasculaires du chlorhydrate de norhomoéphédrine et sur l'action de ce sel en pathologie intestinale.

Les ondes galvaniques alternatives à longues périodes. — M. Laquerrière. Jusqu'ici, on utilisait le courant continu, soit à l'état constant, soit à l'état variable, en faisant des passages relativement courts de courant, soit dans le même sens, soit alternatif. M. Laquerrière a réalisé des passages alternatifs de durée longue et réglable, s'établissant progressivement. Avec ces ondes alternatives :

1° On ne risque pas d'avoir des effets électrolytiques fâcheux comme avec le courant continu constant si l'on fait des séances fortes.

2° On réalise des ondes qui sont le meilleur moyen de provoquer des contractions des muscles très dégénérés.

Note au sujet des qualités d'isolement thermique, de perméabilité et d'affinité pour l'eau présentées par les diverses sortes d'étoffes utilisées comme sous-vêtements. — MM. Téchoueyres et Marc Walbaum présentent à l'Académie le résultat des expériences qu'ils ont effectuées démontrant que les sous-vêtements doivent être bourrus pour être perméables aux échanges gazeux et qu'ils doivent ralentir l'évaporation anormale de la sueur provoquée par les changements brusques des conditions extérieures.

Les tissus bourrus de laine du type flanelle sont, parmi un grand nombre de tissus étudiés, ceux qui possèdent au maximum ces deux qualités.

Sur une drogue antidysentérique encore inconnue en France. — M. Raymond Hamet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1927)

Remarques sur la digestion gastrique chez les enfants de trois à quatorze ans. — MM. E. Lesné, P. Zizine et M. Picquard. L'enfant du second âge est hypochlorhydrique par rapport à l'adulte et présente un taux d'acidité de fermentation supérieur à celui de l'adulte; exception faite pour cette acidité de fermentation tout l'ensemble de son chimisme est abaissé par rapport à celui de l'adulte, acidité totale et acidité ionique.

Le pouvoir peptique de son suc gastrique est en rapport avec le taux de HCl libre de ce suc gastrique. Ce pouvoir peptique est notablement augmenté par additions au repas d'épreuve d'une solution concentrée de chlorures de Na, Mg et Ca.

Propriétés pathogènes des bacilles acido-résistants issus de l'ultravirus tuberculeux. — M. J. Valtis a observé que les bacilles acido-résistants que l'on trouve dans les ganglions des cobayes inoculés avec des filtrats tuberculeux réinoculés à des cobayes sains produisent les mêmes lésions que les filtrats inoculés directement.

Modifications des lois de sommation sous l'influence d'applications de morphine sur la moelle. — Mme Mazoué applique sur la face dorsale de la moelle de la grenouille un tampon de coton imbibé de solution de morphine à 1 p. 100 dans du Ringer. Cette application détermine une variation des lois de sommation qui se traduit par un étalement de la courbe des voltages en fonction du rythme des excitations; finalement, le réflexe médullaire se produit pour l'excitation unique.

Ce changement dans la courbe est lié aux modifications apportées par la morphine à l'excitabilité de la moelle.

L'ultravirus tuberculeux dans les urines de sujets atteints de tuberculose rénale. — M. P. Nélis constate que sur six cobayes injectés avec une urine bacillifère filtrée sur bougie 42, trois animaux meurent précocement (c'est-à-dire dans le premier mois) et présentent des bacilles acido-résistants dans leurs ganglions. Chez les trois autres, morts ou sacrifiés entre un et quatre mois, il ne peut pas en découvrir et il suppose que ces éléments ont été éliminés.

Toutefois, dans un cas, il a pu trouver des bacilles réinoculables qu'on pouvait déceler après cinq mois chez l'animal dans l'organisme duquel ils avaient été introduits.

Sur les relations entre la contraction et la teneur du muscle en glutathion réduit. — MM. A. Blanchetière, Léon Binet et L. Mélon, continuant leurs recherches sur le glutathion, dosent le glutathion réduit, chez le chien, dans les

muscles avant et après travail. Les chiffres qu'ils rapportent montrent que seule la tétanisation prolongée conduit à une diminution nette et constante du glutathion réduit dans le muscle. Ils discutent la signification de ce phénomène.

Effet de l'émanation du radium. — M. H. v. SCHRETTER a constaté que, sous l'influence de l'émanation du radium, les bacilles s'allongent alors que les cocci se déforment. Les bacilles tuberculeux subissent un allongement inconstant, et en tout cas minime, dégénèrent et perdent en partie leur virulence.

Dispositif pour la mesure de la vitesse et de la marche de la coagulation sanguine. — M. R. FEISSLY. Ce dispositif comprend une capsule de verre paraffiné contenant le sang à examiner; la capsule — plongée dans un vase de Dewar — est en relation avec un manomètre à pétrole et une petite pompe foulante.

L'opération consiste à déterminer la viscosité du sang — par les déplacements de l'index de pétrole — cette viscosité atteignant son maximum au moment où la coagulation est achevée.

Les réflexes de posture locale et les réflexes d'attitude chez les déments précoces catatoniques. — MM. H. CLAUDE, H. BARUK et A. THEVENARD étudient les réflexes de posture locale et les réflexes d'attitude (phénomène de la poussée) chez les déments précoces catatoniques. Ils insistent sur l'exagération fréquente des réflexes de posture locale et surtout sur leur variabilité et signalent le caractère normal des phénomènes de la poussée chez les malades observés. Ces deux derniers caractères leur paraissent constituer d'importantes différences entre le comportement musculaire des catatoniques et celui des parkinsoniens.

L'hyperalbuminose du liquide céphalorachidien du nouveau-né à la naissance. — M. R. WAITZ. Chez le nouveau-né normal, on ne peut retirer de liquide céphalorachidien par la ponction lombaire. Chez certains enfants (accouchements difficiles, souffrance fœtale), on obtient du liquide clair ou teinté de sang, toujours caractérisé par une hyperalbuminose allant de 0,45 centigrammes à 1 gramme.

Cette hyperalbuminose est encore fréquente à l'examen des liquides franchements sanglants.

Elle témoigne de la diffusion dans le liquide céphalorachidien de l'albumine des zones d'œdème aigu des méninges.

Modifications du foie et de la rate à la suite de la pancréatectomie. — MM. RATHERY, MILLOT et KOURILSKY.

Lésions histologiques constatées à la suite de l'injection de synthaline chez le foie normal et dépancréaté. — MM. RATHERY, MILLOT et KOURILSKY.

Election. — M. PLANTEFOL est nommé membre titulaire.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

MISE HORS CAUSE

La Cour d'appel d'Orléans, par arrêt du 17 février 1926, confirmant un jugement du Tribunal civil de Pithiviers du 24 décembre 1924, a statué sur une question de responsabilité intéressante; le jugement et l'arrêt, tout en rejetant la demande formée contre le médecin, montrent la facilité avec laquelle on veut rendre le médecin responsable d'un accident.

Un médecin avait ordonné, pour un enfant, interne dans une institution religieuse, et atteint d'une angine phlegmoneuse, les lavages par eau de Seltz. La lingère de l'établissement, préposée également à titre d'infirmière aux soins des malades, crut bien faire en faisant chauffer le siphon, dont l'eau était froide. Mais, tandis qu'elle le posait sur le marbre sans avoir pris la précaution de l'envelopper, le siphon éclata; un éclat de verre creva l'œil de l'enfant.

Les parents exercèrent une action en dommages-intérêts contre l'institution; et celle-ci appela en garantie le médecin qui avait ordonné le traitement. Il a été mis hors de cause, à juste raison; l'infirmière en effet n'était pas sa préposée.

Le jugement indique les circonstances de fait et les raisons pour lesquelles le médecin ne pouvait pas être retenu comme responsable de l'accident. Le voici :

Attendu, dit le jugement, qu'il est vrai que le directeur de l'institution a appelé en garantie le docteur X, prétendant que s'il y a une faute, c'est le médecin qui doit en être rendu seul responsable, car c'était à lui de veiller à l'exécution de ses prescriptions en fournissant les renseignements utiles à leurs applications, les explications et les démonstrations indispensables qui sont le complément obligatoire de toute ordonnance;

Mais attendu que le docteur X, à qui il est reproché d'avoir ordonné un traitement dangereux, n'avait cependant prescrit qu'un traitement classique de l'angine phlegmoneuse, indiqué dans les ouvrages de médecine et maintes fois appliqué sans accident;

Qu'il est de jurisprudence qu'à raison de l'impossibilité où sont les tribunaux d'apprécier la valeur des doctrines médicales, le médecin n'est passible de réparations civiles et le cas échéant de sanctions pénales, que s'il est dûment établi qu'il a violé les principes universellement reconnus par le Corps médical et définitivement entrés dans le domaine scientifique (note Lesage, *Gazette des Tribunaux*, 14 décembre 1922);

Attendu d'ailleurs qu'il importe d'observer que le dommage causé au jeune P... ne peut en aucune façon être imputé à un traitement médical contre-indiqué, mais bien à la mauvaise exécution matérielle ou plus exactement à la préparation imprudente à un traitement dont l'efficacité n'est pas en discussion;

Attendu donc qu'il suffit de rechercher si le docteur X peut être déclaré responsable de cette préparation matérielle;

Attendu qu'il est intéressant de remarquer que la demoiselle L..., chargée de donner des soins aux jeunes malades, est une personne d'un certain âge remplissant les fonctions d'infirmière et que le docteur X devait, dès lors, considérer comme particulièrement qualifiée pour donner aux malades les soins nécessités par leur état;

Qu'il s'agissait d'un traitement courant ne demandant dans son application que des précautions faciles à prendre;

Que le médecin a déclaré avoir donné au cours de la consultation toutes les explications nécessaires et qu'il n'est pas établi qu'il ait omis d'indiquer que le siphon devait être, rationnellement d'ailleurs, employé à froid;

Attendu enfin qu'il serait excessif d'obliger un médecin à assister en personne à un traitement d'usage courant, qu'une telle obligation aurait pour résultat de rendre impossible l'exercice de la médecine;

Attendu que, dans ces conditions, le demandeur en garantie n'a pas rapporté ou offert de rapporter la preuve d'une faute pouvant entraîner la responsabilité du docteur X;

Que ce dernier n'a commis aucune négligence et a intégralement observé les devoirs de son état;

Attendu que la mise en cause du docteur étant dès lors nettement injustifiée, le directeur de l'école peut seul, dans la présente instance être retenu comme responsable du dommage causé par le fait de la demoiselle L...

Le Cour d'appel d'Orléans a maintenu ce jugement, en faisant observer qu'il serait excessif d'obliger un médecin à assister à un traitement d'usage facile et courant. La profession médicale ne serait plus possible si le médecin était obligé d'appliquer le traitement, alors qu'il s'agit d'un traitement courant, rentrant dans les aptitudes de toute infirmière placée spécialement auprès du malade.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE AORTIQUE

En s'appuyant sur les observations de plusieurs cas de cardiopathies diverses intéressant l'orifice aortique avec troubles plus ou moins importants de la compensation, Pasternatzky a cru pouvoir conclure que le chlorure de calcium — envisagé comme diurétique cardiaque — ne justifiait pas les espérances suggérées par les cliniciens anglais.

Il citait même deux cas où des aggravations sérieuses s'étaient traduites par des œdèmes, de l'albuminurie, de la dyspnée au cours du traitement par le chlorure de calcium. Il avait eu recours à l'adonis vernalis pour ramener une amélioration.

Dans un cas de rétrécissement pulmonaire avec insuffisance aortique, le même résultat heureux fut obtenu en prescrivant le Diurène ou extrait total d'adonis vernalis.

LIVRES NOUVEAUX

Les Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire (1), par L. Bard, professeur de clinique médicale, à l'Université de Lyon.

La première partie de cette étude est consacrée à l'exposé de la classification personnelle de l'auteur et à la description sommaire des formes qu'elle distingue. La seconde partie envisage les jugements dont elle a été l'objet et les classifications différentes qui lui restent opposées.

Cette classification, qui a été proposée pour la première fois dans un rapport présenté au Congrès français de médecine de Montpellier en 1896, a victorieusement résisté à l'épreuve du temps, bien que l'auteur n'en ait fait l'objet d'aucune publication nouvelle avant celle qu'il présente aujourd'hui au public médical.

Aux formes décrites dans la classification initiale, qui ont été intégralement conservées, ont été ajoutées quelques formes nouvelles, dont la plupart proviennent de subdivisions des formes précédentes.

La caractéristique générale de cette classification est de laisser de côté les groupements purement séméiologiques, ne modifiant pas l'évolution de la maladie, ou n'étant applicables qu'à l'une de ses phases, de même que les divisions basées sur la simple considération des degrés anatomiques des lésions. Elle réserve l'appellation de formes cliniques aux variétés multiples qui constituent, dans le cadre de la maladie, des sortes d'entités nosologiques secondaires, possédant une certaine autonomie depuis leur origine jusqu'à leur terminaison, dans lesquelles les caractères évolutifs jouent un rôle essentiel et dont le pronostic est le souci prédominant.

L. G.

(1) In-8 de 98 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Les articles 272, 274, 199, 213, 223, 225 *bis*, 227, 238, 264, 265, 271 et 261 du règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris sont modifiés ainsi qu'il suit :

E. Prix de l'internat en médecine, prix de médecine, prix de chirurgie :

Art. 272. — Au mois de décembre de chaque année, il est ouvert, pour les prix à décerner aux internes en médecine qui terminent leur quatrième année d'exercice, deux concours distincts qui portent : l'un sur la médecine, l'autre sur la chirurgie et les accouchements. Le concours de médecine s'ouvrira le premier lundi du mois de décembre, le concours de chirurgie et d'accouchement le premier jeudi de ce mois.

Les candidats ne peuvent se faire inscrire que pour l'un ou l'autre de ces deux concours.

Art. 274. — Les épreuves des concours pour les prix à décerner aux internes en médecine sont réglées ainsi qu'il suit :

1° Un mémoire, soit de médecine, soit de chirurgie ou d'accouchement, basé sur des observations recueillies dans les services pendant l'internat. Ce mémoire est remis ouvert et doit être déposé au bureau du Service de santé de l'administration le 15 octobre au plus tard.

2° Une composition écrite anonyme sur un sujet de physiologie (sans anatomie) et de pathologie médicale, ou, s'il s'agit du concours de chirurgie et d'accouchement sur un sujet d'anatomie et de pathologie chirurgicales.

Il est accordé trois heures pour cette épreuve.

Les compositions devront être écrites à l'encre et ne porter ni signature, ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux. La lecture sera faite par un interne des hôpitaux désigné par l'administration durant le temps dont le jury disposera pendant les épreuves de consultation écrite anonyme (temps employé par les candidats pour l'examen des malades et la rédaction de leur consultation écrite anonyme).

Les copies seront numérotées dans l'ordre des lectures. En aucun cas les membres du jury ne prendront en mains les copies des candidats. A cet effet, les lecteurs se tiendront à la disposition du jury jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance les notes sont votées après délibération et inscrites en toutes lettres au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'administration.

3° Une épreuve de consultation écrite anonyme.

L'anonymat de cette épreuve est assuré de la façon suivante :

A chaque séance des épreuves de consultation écrite, le jury, après avoir choisi les malades, est isolé des candidats.

Un censeur, choisi parmi les médecins des hôpitaux (bureau central) pour la section de médecine et parmi les chirurgiens des hôpitaux pour la section de chirurgie et d'accouchement, est chargé :

1° De procéder au tirage au sort des candidats appelés à subir l'épreuve dans la séance.

2° De surveiller le candidat pendant l'examen du malade.

L'administration établit pour chaque section une liste de quatre censeurs. A moins de raison majeure, ceux-ci doivent accepter obligatoirement de remplir ces fonctions. Chaque jury a ainsi à sa disposition deux censeurs. Ceux-ci peuvent être désignés pour chaque séance pour surveiller les candidats.

Le candidat a un quart d'heure pour examiner son malade et trois quarts d'heure pour rédiger sa consultation. A cet effet, il lui est remis un cahier analogue à celui adopté pour l'épreuve théorique anonyme, sur lequel il inscrit en haut et à droite de la première feuille ses nom et prénoms, puis l'angle droit de la copie est rabattu et cacheté de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'Assistance publique remet les copies dans la salle du jury. Celui-ci fait lire dans les mêmes conditions que pour l'épreuve théorique.

Après la dernière épreuve, les noms des auteurs de chaque copie sont découverts en séance publique; les deux notes obtenues par chaque candidat sont publiées séparément, puis

additionnées pour le classement avec la note attribuée au mémoire.

Il est pris, en vue de la dernière séance de l'épreuve, dans chaque section, une précaution spéciale, celle de réserver, obligatoirement, cinq noms de candidats au minimum pour cette séance.

Dans le cas où deux ou plusieurs candidats se trouveraient classés *ex æquo* pour l'une des trois récompenses, il y aura lieu de procéder à une épreuve supplémentaire qui consistera en une épreuve de consultation écrite anonyme qui sera subie dans les mêmes formes que l'épreuve prévue au paragraphe 3° du présent article.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour le mémoire	20 points
Pour l'épreuve de composition écrite anonyme	30
Pour l'épreuve de consultation écrite anonyme	20
Pour l'épreuve supplémentaire (épreuve clinique)	20

Le mémoire est jugé au début du concours. A cet effet, le jury reçoit dans les premiers jours du mois de novembre communication des mémoires déposés par les candidats. Il est réuni de nouveau quarante-huit heures avant la date fixée pour l'ouverture du concours, afin de délibérer sur la valeur de ces mémoires; les points attribués sont communiqués aux candidats à l'ouverture de la première séance du concours.

Art. 199. — Les concours annuels prévus à l'article 42, paragraphe 2, s'ouvrent, celui des médecins le quatrième lundi du mois de février, et celui des chirurgiens le deuxième lundi du mois de février.

En ce qui touche les ophtalmologistes, les oto-rhino-laryngologistes, stomatologistes et les pharmaciens, des concours ne sont ouverts qu'au fur et à mesure des besoins.

Art. 213. — Dans le cas où des candidats seraient classés *ex æquo* après le jugement sur les épreuves de la première série des concours pour les places d'ophtalmologiste, d'oto-rhino-laryngologiste, de stomatologiste, de prosecteur et de pharmacien, le jury se basera, pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible; ensuite sur le plus grand nombre de fois où il aura été classé *ex æquo* avec les admissibles; si, à la suite de ce classement, des candidats se trouvaient encore *ex æquo*, il sera procédé de la manière suivante pour les concours ouverts pour les places d'ophtalmologiste, d'oto-rhino-laryngologiste, de stomatologiste et de prosecteur. La priorité sera accordée d'abord aux anciens internes, puis aux anciens externes, les internes provisoires étant classés comme externes, et dans chaque catégorie à celui qui comptera la plus grande ancienneté de nomination en qualité d'interne ou d'externe; pour les candidats issus d'un même concours il sera tenu compte pour les départager du rang de classement obtenu par chacun d'eux.

Enfin, pour les candidats qui n'ont été ni interne, ni externe, la priorité sera accordée à celui qui justifiera de la plus grande ancienneté de doctorat.

Art. 223, § 22 (classement des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité du concours de médecin des hôpitaux) :

Dans le cas où plusieurs candidats auraient un nombre égal de points, le jury se base, pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé *ex æquo* avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part, la notation de ses deux copies acquérant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours; si, à la suite de ce classement, des candidats se trouvaient encore classés *ex æquo*, il sera fait application, en vue de les départager, des dispositions insérées à l'article 213.

Art. 225 *bis* (classement des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité du concours de chirurgien des hôpitaux) :

Dans le cas où plusieurs candidats auraient un nombre égal de points, le jury se base, pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé *ex æquo* avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part, la notation de ses deux copies acquérant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours; si, à la suite de ce classement, des candidats se trouvaient encore classés *ex æquo*, il sera fait application, en vue de les départager, des dispositions insérées à l'article 213.

Art. 227 (classement des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité du concours d'accoucheur des hôpitaux) :

Dans le cas où plusieurs candidats auraient un nombre égal de points, le jury se base, pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé *ex æquo* avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part, la notation de ses deux copies acquérant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours; si, à la suite de ce classement des candidats se trouvaient encore classées *ex æquo*, il sera fait application, pour les départager, des dispositions insérées à l'article 213.

(*A suivre.*)

Société médico-psychologique. — Une subvention de 5.000 fr. vient d'être attribuée par le Conseil municipal de Paris à la Société médico-psychologique.

Statistique municipale. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 19e décade, du 1er au 10 juillet, 903 décès, au lieu de 878 pendant la décade précédente, et au lieu de 999, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Paris-17e. — Cabinet à céd. ds clin. très bien sit. Petit. client. méd. gén. à dévelop. 2 h. p. j. Recet. : 50 fr. p. jour. Entente poss. avec étud. fin scolar. — S'adresser au Jounal.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Par MM. CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

I. TECHNIQUE

Le traitement des syncopes anesthésiques par les injections intracardiaques d'adrénaline. (P. RAUL et J. KUNY. *Strasbourg méd.*, 1927, n° 9.) — Le meilleur procédé est sans doute celui qu'ont préconisé Crile, Toupet et Tappeiner et qui consiste à injecter dans le cœur quelques gouttes de la solution officinale d'adrénaline au millième.

L'instrumentation se compose d'une seringue de verre ordinaire et d'une aiguille de 8 à 10 centimètres, genre aiguille à ponction lombaire.

On injecte communément 1 milligramme à la fois quitte à recommencer s'il est nécessaire. Crile emploie d'emblée des doses massives : 10 milligrammes chez une malade avec bon résultat.

Le lieu d'élection est le quatrième espace intercostal, au ras du bord gauche du sternum. On atteint facilement le ventricule droit en passant en dedans des vaisseaux mammaires. Mais on peut également se diriger vers le ventricule gauche en piquant à trois travers de doigt en dehors du bord gauche du sternum. Dans ce cas il faut nécessairement traverser la plèvre et la languette pulmonaire.

Le résultat est identique quelle que soit la route suivie, et il est indifférent que l'injection soit faite dans le myocarde ou dans une cavité, dans le cœur droit ou dans le cœur gauche.

L'aiguille est enfoncée doucement; sa pénétration dans le muscle cardiaque s'annonce par une sensation de résistance plus marquée. Si l'on veut aborder une cavité, l'aiguille est dirigée un peu plus loin; par aspiration on s'assure qu'on a bien traversé toute l'épaisseur du myocarde. A ce moment la pointe de l'aiguille est à 5 ou 6 centimètres de la peau.

Après l'injection, le pouls réapparaît fort et régulier, le cœur se réanime, mais le poumon ne fonctionne pas encore. La respiration artificielle doit être continuée jusqu'à obtention de la respiration spontanée.

Le malade est à surveiller attentivement en raison de nouvelles alertes toujours possibles.

L'action de l'adrénaline s'épuise rapidement, aussi est-il de bonne pratique d'injecter dans les veines un peu de digitaline ou d'ouabaïne comme le conseille Toupet. Ceci est particulièrement indiqué au cours de la rachianesthésie où le toxique demeure longtemps au contact des centres bulbaires.

Il importe surtout d'opérer rapidement. Pratiquement on ne doit pas dépasser un délai de quatre à cinq minutes.

Bardier et Stillmunks ont déconseillé l'emploi de la méthode dans les syncopes chloroformiques; il y aurait là un exemple d'association nocive, l'adrénaline venant renforcer l'action toxique du chloroforme sur la fibre cardiaque. Cependant, même dans ces conditions, on a publié des cas de réanimation définitive.

Une question intéressante se pose quant aux lésions produites par l'aiguille sur le cœur. Le plus souvent on ne trouve aucune trace de piqûre à l'autopsie. Une fois pourtant la veine coronaire fut blessée; l'observation publiée par Selheim relate qu'il avait été fait six piqûres. Le malade mourut et l'on trouva dans le péricarde 30 centimètres cubes de sang.

L'article se termine par l'exposé d'un cas que les auteurs viennent d'observer.

La rachianesthésie dans le traitement des occlusions intestinales aiguës. (LEPOUTRE. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 5 juin 1927, n° 23.) — La rachicocaïnisation est considérée par quelques chirurgiens comme le traitement de choix de l'occlusion intestinale, dispensant même dans certains cas de tout acte opératoire.

En réalité la méthode est infidèle.

L'auteur a eu recours à la rachianesthésie dans trois variétés d'iléus :

I. Dans l'iléus paralytique par péritonite aiguë;
II. Dans l'iléus consécutif aux opérations abdominales;
III. Dans l'iléus de cause mécanique.

De sept observations rapportées, il appert que la rachianesthésie est toute puissante dans l'iléus paralytique par péritonite, notamment dans la péritonite appendiculaire. Elle donne aussi d'appréciables résultats dans l'iléus postopératoire.

Par contre, on ne doit rien espérer de la méthode en présence d'une occlusion mécanique vraie : hernie étranglée, étranglement interne, agglutination d'anses intestinales, cancer sténosant, etc.

Est-ce à dire qu'il ne faille jamais employer dans ces cas la rachianesthésie?

Non certes, car le diagnostic de la variété d'iléus n'est pas toujours certain avant l'opération.

Si l'effet évacuateur doit se produire, c'est de suite qu'on l'observera dans les premières minutes consécutives à l'injection.

Si au contraire la méthode échoue, on n'aura rien à regretter, l'anesthésie obtenue permettant d'aller lever sans retard l'obstacle mécanique.

II. COU ET THORAX

Ligature de la carotide primitive pour exophtalmos pulsatile. (DE PEYRELONGUE et BAUR. *Revue de chir.*, 1926, n° 8.) — Lefort considérait la ligature de la carotide primitive comme le traitement de choix de l'exophtalmos pulsatile.

L'observation de quelques accidents et surtout la crainte d'insuccès ont amené certains chirurgiens à lier plutôt la carotide interne. D'autres ont lié la carotide primitive et l'interne, d'autres, enfin, les carotides externe et interne du même côté.

Les ligatures artérielles s'étant montrées souvent inefficaces, on pensa à lier les veines : ophtalmiques supérieure et inférieure, veine angulaire. Cauchoix, qui a particulièrement étudié la question, conclut que « la ligature de la veine ophtalmique doit prendre une place prépondérante dans le traitement de l'exophtalmos pulsatile ».

En attendant que l'accord soit fait les auteurs croient intéressant de publier l'observation suivante où la ligature porta sur la carotide primitive.

Un spahi marocain reçoit en avril 1925 un coup de cou-

teau dans la région orbitaire externe gauche. Rapidement se produisent une saillie accentuée de l'œil et un œdème palpébral considérable. L'application de compresses humides, des ponctions, un drainage filiforme n'ont donné aucun résultat, et bientôt on constate à l'ophtalmoscope de l'atrophie papillaire avec atrésie des artères rétiniennes, congestion des veines, disparition complète de la vision.

La paupière supérieure présente une pulsation synchrone avec la systole cardiaque, plus accentuée dans l'angle supéro-interne. Le stéthoscope appliqué en ce point permet d'entendre un souffle continu avec renforcements systoliques. Ce souffle disparaît par compression digitale de la carotide du même côté. Si en même temps on presse d'avant en arrière sur la tumeur on arrive à la réduire.

Aucun signe de fracture à la radiographie.

Trois mois après l'accident la carotide primitive est liée au-dessus de l'omo-hyoïdien au catgut n° 3. Deux fils sont placés l'un au-dessus de l'autre à 1 centimètre et demi de distance. Le premier est serré très lentement; l'occlusion du vaisseau est réalisée en une minute.

Le malade ne manifeste aucun trouble, et vingt-quatre heures plus tard le globe réintègre l'orbite. De légers mouvements d'élévation et d'abaissement sont possibles. Les pulsations ont disparu. Un souffle léger doux et voilé persiste.

Deux mois plus tard les mouvements du globe sont quasi-normaux, il n'existe plus ni battement ni exophtalmie. La paupière supérieure est un peu en ptosis, l'inférieure légèrement œdématiée. La vision n'a pas reparu. Après un an la guérison persiste.

Deux faits surtout sont à retenir : il n'y a pas eu d'accidents ni immédiats ni tardifs, l'amélioration s'est maintenue.

Parmi les accidents consécutifs à la ligature de la carotide interne, les uns : convulsions, attaques épileptiformes, somnolence et palpitations sont immédiats et généralement passagers; les autres : monoplégie, hémiplégie, aphasie, sont tardifs et peuvent se terminer par la mort ou le passage à l'état chronique.

Ces accidents ont considérablement diminué de fréquence depuis la période aseptique. Les statistiques accusent un abaissement de la mortalité de 45 p. 100 avec Lefort, de 38 p. 100 avec Siegrist, de 21 p. 100 avec de Fourmestraux.

Mais la gravité des accidents dépend aussi des lésions qui ont déterminé l'acte opératoire. C'est ainsi que les ligatures contre hémorragies donnent 54 p. 100 de mortalité et que celles pratiquées contre l'exophtalmos pulsatile n'en donnent que 7 p. 100.

L'origine de ces accidents ne saurait être attribuée comme on l'a cru longtemps à l'anémie du cerveau; les anastomoses vasculaires assurent toujours une circulation suffisante. Il semble plutôt qu'il faille faire intervenir la formation d'une thrombose ascendante.

On conçoit que des fragments de caillot puissent venir emboliser la cérébrale moyenne déterminant ainsi des ramollissements, ou que ces fragments puissent atteindre l'ophtalmique créant alors la dégénérescence des éléments rétiniens.

La ligature de la carotide interne pour exophtalmos étant une opération tout à fait aseptique constitue la technique la moins « thrombosante » et par suite la moins dangereuse.

Que peut-on attendre de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire? (Bérard, Guilleminet et Desjacques. *Lyon chir.*, 1927, n° 2.) — La phrénicectomie constitue une méthode de collapsothérapie très utilisée depuis quelques années dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Elle réduit moins que le pneumothorax le champ du poumon. Elle ne réalise pas un collapsus étendu comme la thoracectomie. Néanmoins, elle peut donner, seule ou combinée aux opérations précédentes, des résultats intéressants, et la pratique doit s'en généraliser.

Les auteurs ont opéré et suivi 80 cas de phrénicectomie. Se basant seulement sur les observations les plus anciennes, au nombre de 53, ils se proposent d'exposer la valeur thérapeutique du procédé.

La technique suivie est celle indiquée par Willy Félix en 1922. Elle consiste dans l'arrachement du phrénique au niveau du cou sous anesthésie régionale. Chez les sujets gras dont le creux sus-claviculaire est chargé de ganglions on peut avoir quelques difficultés à aborder le nerf, mais d'ordinaire l'intervention est facile. On utilise toujours une incision transversale. L'arrachement doit porter sur le tronc principal et sur ses anastomoses avec « un phrénique accessoire » et avec le sympathique. Si cette condition est remplie le résultat est sûr : la paralysie de l'hémidiaphragme correspondant est toujours obtenue.

Consécutivement à l'opération on note l'atonie de l'hémidiaphragme. Il apparaît, sous l'écran, refoulé dans le thorax, immobilisé en attitude expiratoire. Puis, son ascension augmente progressivement pour atteindre son maximum après plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Cette ascension s'explique par une diminution du tonus du muscle, peut-être par son atrophie. Elle est fonction de l'état de la plèvre et du poumon; sa valeur pronostique est considérable.

Malgré sa paralysie, le diaphragme présente quelques mouvements de faible amplitude. Il est attiré vers le côté sain et, fait paradoxal, souvent élevé dans l'inspiration, abaissé dans l'expiration. Il n'y a pas de gêne respiratoire, à l'exception d'une dyspnée postopératoire, du reste légère et passagère.

Le poumon sain supplée rapidement à l'absence fonctionnelle du poumon malade. L'expectoration rendue plus facile tend à disparaître. La toux se calme parfois rapidement.

Les malades accusent dès les premiers jours une sensation de bien-être qui tient à l'amélioration des signes fonctionnels. Parfois cependant une poussée évolutive s'observe avec température, hémoptysies et dyspnée dont le pronostic demeure bénin.

L'opération a donné lieu exceptionnellement à des accidents. Sauerbruch a relevé quatre fois la section du pneumogastrique, deux fois la blessure des gros vaisseaux ayant nécessité la ligature de la sous-clavière, une fois l'ouverture du canal thoracique avec fistule chyleuse consécutive.

On a signalé encore des paralysies temporaires du plexus brachial, voire du sympathique cervical. Deux cas de mort rapide ont été rapportés. Leriche perdit un malade d'emphysème médiastinal.

Ces accidents sont rares et les auteurs considèrent en définitive l'opération comme bénigne.

Dans l'appréciation des résultats il importe de distinguer deux cas :

A. La phrénicectomie a été pratiquée seule a l'exclusion de toute autre intervention. — De bons résultats n'ont jamais été constatés dans les formes aiguës de la tuberculose pulmonaire. La méthode est trop lente et n'a pas, pour cette raison, la valeur thérapeutique du pneumothorax. Toutefois quand celui-ci est impossible la phrénicectomie peut rendre service, en cas d'hémoptysies abondantes notamment.

Dans les formes chroniques les résultats sont variables, bons surtout dans les formes fibreuses du sommet à évolution lente et sans fièvre.

Théoriquement il semblerait que les lésions de la base surtout devraient être améliorées puisqu'aussi bien c'est dans cette région du poumon que se produit l'action mécanique de la phrénicectomie. Pratiquement il n'en est rien. Les lésions basales bénéficient davantage de la thoracectomie.

S'il existe des lésions unilatérales avec ou sans lésions basales, le pneumothorax est la méthode de choix. Quand celui-ci est irréalisable, à cause d'adhérences pleurales serrées, la phrénicectomie est indiquée. Le collapsus qui suivra sera certainement insuffisant, mais la paralysie du diaphragme agira sur tout le poumon, améliorera le sujet et

pourra permettre ultérieurement une thoracectomie qu'on n'aurait pas osé pratiquer d'emblée.

En présence de lésions unilatérales avec possibilité d'appliquer une des trois thérapeutiques chirurgicales courantes, on préférera souvent s'adresser à la phrénicectomie, moins mutilante que la thoracectomie et plus rapide que le pneumothorax.

Dans les lésions bilatérales la méthode peut être utilisée sans trop de crainte quand un poumon étant nettement envahi, l'autre est simplement douteux.

Certains chirurgiens n'ont pas hésité, dans des cas de lésions bilatérales avancées, à recourir à la phrénicectomie double réalisée en deux temps.

Sur 24 malades traités par la phrénicectomie seule, 6 ont présenté un bon résultat, 9 un résultat moyen ou douteux, les autres un résultat nul.

B. LA PHRÉNICECTOMIE A ÉTÉ ASSOCIÉE A UNE AUTRE INTERVENTION. — Pratiquée quelque temps avant la thoracectomie, elle permet de vérifier l'unilatéralité de l'affection. En effet, le surcroît de travail imposé au poumon opposé rend évidente à son niveau la moindre lésion latente. Elle améliore aussi l'état général et diminue les chances de pneumonie post-opératoire.

Associée de cette façon à la thoracectomie, la phrénicectomie a donné, sur 18 malades, 6 bons résultats, 6 douteux et 6 nuls.

La combinaison de la phrénicectomie et du pneumothorax artificiel peut être réalisée dans deux conditions différentes :

I. UN PNEUMOTHORAX PARTIEL OU TOTAL N'A PAS ÉTÉ SUIVI D'AMÉLIORATION SENSIBLE. — Ce résultat négatif est dû à la formation de larges adhérences entre les lésions de la base et le diaphragme. Le parenchyme ne se rétracte pas et la caverne reste béante. La phrénicectomie pourra amener le collapsus de cette caverne.

Au cours d'une série d'insufflations on peut chaque fois perdre du terrain. Là encore des adhérences sont en cause; la phrénicectomie est tout indiquée et peut même préparer une thoracectomie ultérieure.

II. UN PNEUMOTHORAX TOTAL A DONNÉ TOUTE SATISFACTION. — La phrénicectomie accélère alors l'amélioration.

Dans l'empyème tuberculeux, qu'il soit spontané ou consécutif au pneumothorax artificiel, la section du phrénique peut rendre certains services.

S'il y a infection secondaire de l'épanchement et si aucun autre traitement n'est possible, la phrénicectomie, jointe au drainage de la plèvre, diminue la dyspnée, la toux et les vomiques. L'évolution générale de la maladie n'en paraît pas sérieusement modifiée.

Dans les cas moins désespérés, les auteurs conseillent d'opérer en trois temps après évacuation de la plèvre par ponctions. On exécute d'abord l'arrachement du phrénique, puis une thoracectomie en deux séances. On peut espérer, dans ces conditions, des résultats temporaires appréciables.

III. ABDOMEN

Sur un cas de rupture traumatique de la rate avec hémorragie dans l'arrière-cavité des épiploons. (JONCHÈRES et SANCHEZ. *Journ. de méd. de Bordeaux*, juin 1927, n° 11.) — Un homme de cinquante-deux ans renversé par une automobile présente une fracture ouverte du tiers moyen de la jambe gauche, une fracture fermée du bras gauche, des fractures de côtes multiples.

En dépit de la violence du traumatisme le blessé est peu shocké : visage coloré, pas de dyspnée, un vomissement alimentaire à l'entrée à l'hôpital, abdomen souple dépressible, non douloureux, sans zone de matité.

Une heure après l'accident, la situation est toute différente : facies pâle, respiration rapide, ascension du pouls à 140, agitation, soif intense, bourdonnements d'oreilles. Un léger ballonnement se dessine au creux épigastrique. Pas de signe d'hémothorax. L'exploration minutieuse de la région splénique n'apporte aucune indication.

On croit cependant à une lésion de la rate, d'autant que ce blessé, ancien colonial a eu des accès paludéens et que le traumatisme a porté au maximum sur les neuvième et dixième côtes gauches.

Une thérapeutique toni-cardiaque intensive améliore le pouls qui devient plus ample et mieux frappé au voisinage de 110. Mais bientôt l'état syncopal se réinstalle, le pouls remontant à 130.

Une laparotomie médiane sus-ombilicale est pratiquée sous anesthésie locale.

L'exploration, difficile en raison d'une péritonite chronique adhésive permet cependant de repérer un épanchement sanguin noirâtre dans l'arrière-cavité des épiploons.

Sur l'incision initiale on branche alors une incision transversale légèrement oblique en haut. Le pôle supérieur de la rate apparaît littéralement écrasé. Section du rebord cartilagineux du thorax; hémostase du pédicule splénique et décortication rapide de l'organe. Tamponnement de la surface cruentée à l'aide de mèches qu'on laisse en place. Suture complète de l'incision médiane en un plan et suture partielle de l'incision latérale. Le blessé succombe à la fin de l'opération.

Les auteurs attirent l'attention sur la difficulté du diagnostic en l'absence d'épanchement péritonéal et sur l'importance des modifications du pouls qui à défaut de tout autre signe commandent l'intervention.

Dans le cas donné il importe de souligner la difficulté de la splénectomie en raison des lésions de péritonite qui fusionnaient en un bloc tous les organes. Un débridement latéral, seul, eût été insuffisant; en y ajoutant l'incision du rebord cartilagineux du thorax, on obtint une voie d'accès facile sur le pédicule splénique.

Ascite, anastomose de la veine mésentérique supérieure et de la veine cave. Guérison. (KRESTOWSKY. *Paris méd.*, mai 1927, n° 22.) — Une malade de vingt-quatre ans est atteinte depuis trois ans d'une ascite dont le volume est devenu progressivement considérable. Deux ponctions ont évacué chacune 24 litres de liquide, mais l'épanchement s'est reformé aussitôt. Le périmètre abdominal atteint 150 centimètres; en position assise, le ventre repose sur les genoux.

Croyant à un kyste de l'ovaire on pratique une laparotomie au cours de laquelle sont évacués 30 litres de liquide. La cavité péritonéale asséchée, on constate que le lobe droit du foie est atrophié et sa surface mamelonnée. Le lobe gauche est par contre augmenté de volume. Les ovaires qui présentent une dégénérescence scléro-kystique sont supprimés et la paroi est suturée sans drainage.

Huit jours plus tard l'ascite s'étant reformée et la plaie menaçant de se désunir, on retire au trocart 6 litres de liquide. 12 litres sont encore retirés au bout de quarante-huit heures. Dans la suite, il est nécessaire chaque mois de faire une nouvelle ponction qui évacue de 15 à 25 litres.

On décide d'anastomoser le système de la veine porte et celui de la veine cave.

La grande cavité péritonéale vidée de son liquide ascitique, on écarte en bas et à gauche la masse des anses grêles, en haut le côlon transverse. Le méso-côlon se trouve ainsi parfaitement dégagé. Dans la racine du mésentère, au-dessus du duodénum la veine mésentérique supérieure est repérée, large, distendue par le sang qui la remplit. Le péritoine est incisé et la veine dégagée sur une étendue de 6 centimètres. Immédiatement au-dessous de la veine colique médiane, la mésentérique supérieure est ligaturée puis sectionnée après application d'une pince de Höpner sur l'extrémité inférieure du tronçon dénudé.

La veine cave supérieure est libérée à son tour sur une

étendue de 6 centimètres pour diminuer la tension de la mésentérique supérieure et faciliter son rapprochement de la veine cave inférieure. Dans le même but, la veine cave inférieure est tirée un peu en avant par des ligatures provisoires et amenée au contact de la mésentérique supérieure.

Une pince très recourbée à branches élastiques saisit et immobilise la paroi antérieure de la veine cave sans y interrompre le cours du sang. Cette paroi est incisée sur 1 centimètre et demi et l'anastomose est pratiquée.

Dès l'ablation de la pince, la communication entre les deux veines s'établit. Le duodénum est remis à sa place; le péritoine est fixé à la paroi postérieure de l'abdomen et à la racine du mésentère. Deux litres de sérum artificiel sont laissés dans la cavité abdominale.

Le soir de l'opération, la malade présente les symptômes classiques du choc; mais progressivement son état s'améliore. Du cinquième au neuvième jour, sudation abondante et phénomènes d'hyposystolie passagère.

La malade a grandement bénéficié de l'opération. Une ponction est encore nécessaire tous les deux mois, mais elle ne donne que 5 litres de liquide. L'état général s'améliore chaque jour. Il est probable qu'avec le temps des voies collatérales se développeront entre les veines mésentériques supérieure et inférieure par l'intermédiaire de la veine colique médiane, réalisant ainsi une communication directe entre les veines de la moitié gauche de l'abdomen et la veine cave inférieure.

Embolie de l'artère mésentérique supérieure. (Sigurd Sjövall. *Acta chir. Scandinavica*, juin 1927, vol. LXI, fasc. 5-6, p. 577.) — Une femme de quarante-quatre ans est prise de fortes coliques irradiant dans les lombes et présente rapidement un état général inquiétant.

Deux ans auparavant, quatorze jours après un accouchement normal, la malade avait éprouvé les mêmes symptômes. Le médecin consulté rapporta le tout à l'état puerpéral, prescrivit de la morphine et la femme guérit.

Mais cette fois, les choses ne font qu'empirer. La température est à 36°8, le pouls à 90, à peine perceptible. Le visage est cyanosé, les extrémités sont froides, la respiration est superficielle et la langue sèche.

Le ventre est saillant. La percussion révèle un tympanisme généralisé à tout l'étage abdominal supérieur, une matité nette dans les flancs et la partie inférieure de l'abdomen. La paroi est à ce niveau un peu résistante. Le cœur et les poumons ne présentent rien de particulier.

On pratique une laparotomie quinze heures après le début des accidents. La cavité péritonéale contient 2 litres d'un liquide séro-sanglant sans odeur. Les anses intestinales apparaissent œdématiées, de coloration rouge foncé. Seuls le jéjunum et la fin de l'iléon ont un aspect normal. Le mésentère correspondant à l'intestin malade est lui aussi œdématié et noirâtre.

Rapidement on résèque toute la portion lésée de l'intestin et du mésentère, et l'on pratique une suture termino-terminale.

Un demi-litre de sérum est laissé dans le péritoine; 600 centimètres cubes sont injectés dans les veines avec 1/2 centimètre cube d'adrénaline au millième.

L'intestin réséqué mesure 4 mètres de longueur.

Le lendemain de l'opération l'état de la malade est satisfaisant, son pouls est régulier et bien frappé, son facies coloré. Mais le surlendemain elle paraît fatiguée. Un vomissement abondant et noirâtre fait craindre l'existence de troubles mécaniques au niveau de l'anastomose intestinale.

On pratique une seconde laparotomie. La suture intestinale ne présente rien d'anormal. Le calibre du grêle est un peu diminué, mais les matières y progressent parfaitement.

Cependant, pour plus de sécurité, on décide de supprimer la portion d'intestin où a porté l'anastomose, et de créer cette fois un abouchement termino-latéral. Un drain est laissé dans la cavité péritonéale et la paroi est suturée.

La portion d'intestin ainsi réséquée mesure 40 centimètres.

Immédiatement après l'intervention, 1 litre de sérum est poussé dans les veines.

Malgré une forte élévation thermique le soir de l'opération et le lendemain, l'état de la malade s'améliore rapidement. A noter cependant que durant la première semaine l'opérée a eu dix selles diarréiques par jour; peu à peu le nombre de ses selles a diminué; elle n'en a plus qu'une après trois semaines. Elle quitte l'hôpital à ce moment. Son poids est alors de 61 kilos. Revue au bout d'un mois elle a engraissé de 10 livres.

L'exploration aux rayons révèle un intestin de calibre régulier. La portion du grêle conservée est d'environ 50 centimètres.

L'examen de la pièce opératoire montre qu'il s'agissait d'une embolie de la mésentérique supérieure.

L'auteur rappelle que quatre cas seulement d'une intervention semblable ont été suivis de succès.

Le fragment d'intestin supprimé représente 90 p. 100 de la longueur totale du grêle. Cette résection est la plus grande « relativement parlant » qui soit consignée dans la littérature.

Comment se rétablit l'équilibre physiologique après une intervention à ce point mutilante? Il est possible comme l'a prétendu Sohn qu'il se produit avec le temps « une hypertrophie compensatrice » de la partie conservée de l'organe. Mais il est plus vraisemblable que petit à petit le gros intestin modifie sa physiologie et finit par remplir le rôle du grêle.

Tuberculose et cancer simultanés de l'estomac. (R. Faltin. *Acta chir. Scandinavica*, fév. 1927, vol. LXI, fasc. 4, p. 331.) — Un homme de soixante-deux ans consulte pour des troubles digestifs datant de quelques mois : sensation de plénitude et de serrement au creux épigastrique, régurgitations acides, vomissements muqueux abondants et fréquents, douleurs gastriques de plus en plus accusées, enfin, amaigrissement notable.

Interrogé sur son passé, le malade raconte avoir eu trois côtes brisées quelques années auparavant. Il s'ensuivit un épanchement de la plèvre droite qui guérit par ponctions.

Il tousse depuis fort longtemps, se plaint souvent de frissons et de céphalée.

Au sommet du poumon droit existe un foyer de râles humides. La recherche répétée du bacille dans les crachats a toujours été négative.

Après un repas d'épreuve l'examen du résidu gastrique montre une augmentation du taux de l'acidité. A l'écran, trouble de la motricité de l'estomac, mais aucun signe de tumeur. L'examen clinique de l'abdomen ne révèle rien d'anormal.

Sous anesthésie locale d'abord, puis générale, une laparotomie médiane fait découvrir près du pylore une tumeur ulcérée sténosante.

Le long de la petite courbure et remontant jusqu'au cardia existe un chapelet de gros ganglions. Egalement sur cette petite courbure siège une ulcération d'un centimètre et demi de diamètre portant sur ses bords une seconde tumeur.

On exécute une gastrectomie suivant la méthode de Polya.

L'examen de la pièce montre des éléments nettement tuberculeux au niveau de la tumeur pylorique, des ganglions et de l'ulcère de la petite courbure. La seconde tumeur siégeant sur la lèvre de l'ulcère a la structure d'un adéno-carcinome.

On a pu retrouver dans la littérature douze cas d'association de cancer et de tuberculose gastriques. Le cancer a presque toujours été considéré comme la maladie primitive. Dans le cas donné l'auteur d'accord avec Wallgren qui fit l'examen histologique, pense que l'hyperacidité gastrique a préparé la tuberculose et que le carcinome s'est développé en dernier lieu.

IV. APPAREIL URO-GÉNITAL

Anus vaginal incontinent opéré avec succès chez une jeune fille de vingt-trois ans. (Courty et Buisine. *Journ.*

des sciences méd. de Lille, 5 juin 1927, n° 23, p. 385.) — Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans opérée une première fois à deux ans et demi.

L'anus s'ouvre dans le vagin, immédiatement au-dessus de la fourchette.

Voici les différents temps de la première intervention : abaissement de l'ampoule rectale à l'aide d'un doigt passé dans l'anus vaginal, fixation de l'ampoule à la peau, ouverture, dédoublement de la cloison recto-vaginale et suture de l'anus anormal.

Malgré des dilatations fréquemment répétées, l'anus néoformé se rétrécit progressivement tandis que s'ouvre à nouveau l'anus vaginal.

Aucune tentative de réparation n'a été faite depuis cette époque, et présentement, la jeune fille souffre d'une incontinence complète des matières, l'obligeant au port permanent d'un bandage. Pendant les règles, le sang se mêle aux évacuations intestinales.

A l'examen, la peau du périnée est intacte. Il ne reste aucune trace de l'intervention antérieure. La vulve est normale et l'orifice anal est visible à 1 centimètre et demi du plan inférieur de la vulve sur la paroi vaginale postérieure. La malade, à l'occasion d'un projet de mariage, réclame une seconde intervention qu'on pratique sous anesthésie générale à l'éther. Elle comprend le décollement de la cloison recto-vaginale, la fermeture de l'anus anormal sur la paroi rectale antérieure, la myorraphie des releveurs, la réparation de la sphère périnéo-vulvaire. Une incision antéro-postérieure médiane du périnée permet de découvrir l'ampoule rectale qui se laisse abaisser et qu'on fixe à la peau.

Les suites opératoires sont normales; le résultat fonctionnel est parfait, l'anus absolument continent.

A quelque temps de là, la malade se marie et dix mois après accouche sans difficulté. Toutefois la période d'expulsion est un peu pénible, en raison sans doute de la résistance du tissu cicatriciel vaginal. Une injection de posthypophyse est nécessaire.

Torsion supravaginale d'un testicule ectopique chez un nourrisson de dix mois. (P. Ingelrans et Vanhaecke. *Echo méd. du Nord*, mai 1927, n° 22, p. 290.) — Cet enfant, jusqu'alors en bonne santé, devient brusquement chagrin, et sa mère découvre dans la région inguinale droite une tuméfaction douloureuse.

Le médecin n'est appelé que le deuxième jour. L'état général est resté excellent. La température est autour de 38, la douleur paraît permanente.

A l'examen on constate que la bourse droite est vide de son testicule. La tuméfaction siège au niveau du canal inguinal. La zone cutanée avoisinante est rouge et tendue.

A la palpation on sent une masse arrondie, dure, très sensible au toucher et non mobilisable.

Le diagnostic demeure hésitant : torsion d'un testicule ectopique? Torsion de l'hydatide de Morgagni?

Sous anesthésie générale au chloroforme, le canal inguinal est incisé. On découvre une masse violacée tendue qui, libérée à la sonde cannelée, jaillit brusquement en se détordant, à la façon d'un ressort. Il s'agit du testicule et de ses enveloppes. Le cordon présente, au-dessus de la vaginale, deux tours de spire dans le sens de la migration des aiguilles d'une montre. Un coup de pointe dans la vaginale donne issue à quelques gouttes d'un liquide sanglant. La glande, rouge, violacée, semble encore en bon état et de consistance normale.

Après détorsion, le testicule descend facilement dans le scrotum où une loge lui est creusée par dilacération au doigt. Réfection du canal inguinal en avant du cordon. Cicatrisation parfaite au dixième jour.

La glande est encore située un peu haut, mais bien dégagée de l'anneau et sa consistance permet d'espérer qu'elle a repris sa vitalité.

La torsion sus-vaginale du testicule est rare. Une monographie remontant à 1904 n'en réunit que 3 cas.

Broca et Lapointe affirment que cet accident ne se voit guère avant la puberté. Ombrédanne ne l'a jamais rencontré chez le nourrisson.

Il est classique de faire de l'ectopie une prédisposition à la torsion. Certains chirurgiens, Ombrédanne en particulier, s'inscrivent en faux contre cette opinion.

Un seul cas superposable à celui rapporté par les auteurs a été publié, en 1924, dans l'*American Journal of surgery* par Hilbert F. Day.

Des considérations judicieuses sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement terminent cet intéressant travail.

Contribution à l'étude de l'action du sympathique sur le régime circulatoire de l'utérus. (Michon et Quincien. *Lyon chir.*, 1926, n° 5.)

V. MEMBRES ET ARTICULATIONS

Considérations sur la maladie de Leo Buerger. (Boucomont. *Arch. méd. de Clermont-Ferrand*, mai 1927, n° 7.) — L'auteur rappelle que cette affection fut décrite pour la première fois il y a vingt-cinq ans. Considérée tout d'abord comme une maladie rare, elle paraît actuellement de plus en plus fréquente.

Depuis une dizaine d'années, s'il faut en croire les statistiques, la maladie de Buerger s'observe en Russie presque aussi souvent que la tuberculose pulmonaire et l'ulcus gastrique. Les privations, le manque d'hygiène, les conditions alimentaires lamentables et les émotions incessantes expliquent sans doute cette fréquence nouvelle.

Ce n'est pas une artérite au sens exact du mot, mais une thrombose oblitérante artérielle et parfois veineuse, survenant chez un sujet non syphilitique et non diabétique, généralement avant la quarantaine, presque toujours chez un homme. La race juive serait particulièrement exposée.

Du point de vue anatomo-pathologique, Buerger décrit une sclérose péri-vasculaire englobant le paquet vasculo-nerveux des membres inférieurs, exceptionnellement des membres supérieurs. Il s'agirait d'une intoxication d'origine chimique ou peut-être microbienne.

Reprenant les travaux de Buerger, von Oppel insiste sur les lésions des artères et affirme que les veines ne sont jamais touchées. L'affection est sous la dépendance non d'une intoxication mais d'un fonctionnement exagéré des surrénales.

L'hyperadrénalinémie amène un trouble trophique des parois des grosses artères auquel succèdent une desquamation de l'endothélium, la dégénérescence de la membrane musculaire des vaisseaux et enfin leur thrombose, génératrice de gangrène.

Une série d'expériences et d'observations bien conduites semblent donner raison à von Oppel.

I. Le sérum des malades atteints de maladie de Buerger possède des propriétés vaso-constrictives plus grandes que le sérum des sujets sains.

II. Le sang d'une personne bien portante auquel on ajoute de l'adrénaline sous une concentration variant de 1 pour 15 millions à 1 pour 30 millions, provoque expérimentalement les mêmes phénomènes que le sang d'un gangréneux spontané.

III. Le sérum d'un lapin auquel on transplante les glandes surrénales d'un bœuf provoque sensiblement les mêmes troubles que le sérum des sujets atteints de maladie de Buerger.

Malgré cela, nombreuses sont les critiques faites à la théorie de von Oppel. Voici les principales :

L'adrénalinémie n'a pu être ni provoquée ni dosée scientifiquement.

L'hypertrophie des surrénales est de constatation fréquente; mais c'est la substance corticale qui est hypertrophiée alors que, seule, la substance médullaire produit l'adrénaline.

Enfin, il y aurait lieu de douter de la primitivité des lésions nerveuses, au même titre du reste, que de la primitivité des lésions vasculaires.

Rien d'étonnant après cela, que quelques auteurs proposent une autre théorie. La maladie de Buerger serait due à l'action d'une forme filtrante d'un virus neurotrope non encore catalogué.

La symptomatologie débute d'ordinaire par la disparition du pouls des artères plantaires.

Des douleurs apparaissent particulièrement nettes au niveau du gros orteil et des muscles du mollet. Elles s'accompagnent de fourmillements, d'engourdissement, de claudication intermittente. Elles sont suivies rapidement de phlébite migratrice, de rougeurs, de troubles trophiques de la peau et des ongles, enfin de gangrène d'un ou de plusieurs orteils. Dans les formes complètes ces symptômes apparaissent ensuite aux membres supérieurs, mais la progression est lente et s'échelonne sur des années.

L'examen du sang montre des modifications profondes : tendance à l'hyperglobulie, accélération de la coagulabilité, hyperglycémie.

Le traitement est multiple comme les théories étiologiques proposées.

La surrénalectomie est pratiquée de préférence sur la surrénale gauche. 112 cas opérés auraient donné à von Oppel 14 guérisons; mais 3 cas seulement sur ces 14 remontent à deux ans. 47 amputations ont été nécessaires après des périodes plus ou moins longues d'amélioration (réapparition du pouls, cicatrisation d'ulcères, disparition des douleurs).

Une autre statistique, celle d'Almasowa porte sur 6 opérés; 2 cas ont été publiés comme guéris au bout de sept mois; il y eut 2 récidives après un mois et 2 morts par insuffisance de la surrénale restante.

Enfin chez 2 opérés Goljanitzky a obtenu deux résultats nettement défavorables.

La sympathectomie péri-artérielle est sans action durable.

Les ligatures veineuses en assurant par la stase sanguine une meilleure nutrition des tissus ont amené dans 26 cas la disparition complète des douleurs.

L'anastomose artério-veineuse a donné à Glasstein un résultat immédiat remarquable.

La ligature de la veine fémorale n'a pas été suivie d'amélioration appréciable.

Le traitement médical qui fait appel à l'insuline, antagoniste de l'adrénaline est peut-être à l'heure actuelle la meilleure thérapeutique. Yacoël, Boyer, Vaquez ont obtenu avec cette méthode une atténuation très sensible de la douleur et la réapparition des battements artériels.

Ce travail s'achève par un curieux parallèle entre la maladie de Buerger et le mal des Ardents qui du x[e] au xiv[e] siècles fit des ravages considérables aux périodes de guerres et de famines et que d'aucuns ont attribué à l'ergotisme. On notait des troubles trophiques, des douleurs et des lésions gangréneuses des extrémités que des tentatives d'amputation n'arrivaient point à enrayer.

Cette similitude au moins apparente tant dans les conditions étiologiques que dans les symptômes ne laisse pas d'être intéressante et devrait orienter de nouvelles recherches.

Transplantation musculaire pour paralysie radiale. (Nové-Josserand. *Lyon chir.*, 1926, n° 5, p. 603.) — Une fillette de quinze ans, au cours d'une crise comitiale, tombe sur un éclat de verre et se blesse profondément au coude. Le lendemain elle présente une paralysie radiale et la plaie est infectée.

On attend douze jours pour tenter la suture. La recherche

du nerf est difficile. L'infection mal éteinte se réveille, amène une désunion de la plaie et la paralysie persiste.

L'enfant est revue huit mois plus tard. La flexion dorsale du poignet est rétablie par l'action des radiaux; la paralysie reste complète et le radial est totalement inexcitable.

L'auteur pratique une transplantation du cubital antérieur sur l'extenseur commun.

Le résultat est satisfaisant. L'extension active des doigts permet la préhension, mais il existe une légère flexion du poignet qui parait due à ce que l'action synergique des muscles antérieurs ne s'est pas encore dissociée, de sorte que la contraction du cubital antérieur entraîne la contraction simultanée des grand et petit palmaires. Il est probable qu'avec le temps ce phénomène disparaîtra, mais dès maintenant le résultat est supérieur à ce qu'aurait pu donner un appareil orthopédique.

Cf. — Les arthrites de la hanche dans l'ostéomyélite de l'adolescence et de la seconde enfance. (J. PIQUET. *Revue de chir.*, 1926, n° 10.)

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

CANCER DU LARYNX

On comprend sous ce nom toutes les tumeurs malignes de l'organe. Pratiquement : Epithélioma.

I. ETIOLOGIE

Homme âgé.

Exceptionnel chez la femme.

Quelquefois développement sur véritable plaque de leucoplasie laryngée.

II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Deux types :

Extrinsèque : marginal, pharyngo-laryngé.

Intrinsèque : cavitaire, le plus intéressant.

Opposer ses deux formes :

Sus-glottique, qui monte, tend à affleurer les gouttières pharyngo-laryngées.

Sous-glottique, qui descend vers la trachée.

III. CLINIQUE

Type de description. — Le cancer cavitaire.

Début :

Diagnostic capital à ce moment.

Symptômes *frustes*, exclusivement vocaux.

Dysphonie à type d'enrouement, de raucité.

Toux à timbre rauque.

Signes d'affection laryngée banale, mais éveillant l'attention à cause de :

Age.

Persistance.

Examen laryngoscopique :

Capital : Reste le plus longtemps possible *unilatéral*.

Immobilise la corde.

Aspect variable :

Forme infiltrée : Tuméfaction lisse, mal circonscrite, rouge.

Forme nodulaire : Tumeur arrondie, sessile, à large base indurée.

Forme polypoïde : Tuméfaction végétante, papillomateuse, sur base infiltrée.

Biopsie : Capitale.

Aucune adénopathie à ce moment.

Souvent cette période passe inaperçue, le malade vient consulter plus tard.

État :

Troubles vocaux sont plus accusés :

Voix de bois,

Aphonie,

Toux éteinte.

De nouveaux symptômes apparaissent :

Dyspnée. Douleurs à irradiations otalgiques.

Dysphagie. Haleine fétide.

Expectoration sanieuse, sanguinolente, fétide.

L'état général commence à s'altérer.

Extérieurement :

Blinde le cartilage thyroïde.

Infiltre les parties molles.

Adénopathie constante à la hauteur du cricoïde.

Examen laryngoscopique :

Ou bien : grosse tumeur en chou-fleur, énorme, à petites ulcérations.

Ou bien : vaste ulcération à caractères néoplasiques typiques.

Le néo occupe maintenant tout le larynx, empiète de l'autre côté, peut même affleurer à la bouche pharyngo-laryngée.

Évolution :

Lente, mais fatale : un à trois ans.

Cancer, larynx, cartilage thyroïde, adénopathie, forment un *bloc immobile*, ramolli par places, ulcéré avec fistules.

Souvent hâtée par *broncho-pneumonie*.

IV. FORMES CLINIQUES

Cancer vestibulaire :

Signes fonctionnels plus *précoces* et plus *accusés* : Dysphonie. Douleur. Dysphagie. Sialorrhée.

Retentissement par inanition précoce sur l'état général.

Examen laryngoscopique :

Sur les replis ary-épiglottiques :

Soit forme infiltrée,

Soit ulcération précoce.

Sarcome :

Très rare.

Tumeur lisse, verruqueuse, saignant facilement, de volume rapidement considérable.

V. DIAGNOSTIC

Positif. — Biopsie :

Le signe important : *Immobilisation de la corde.*

Différentiel. — Début :

Laryngite chronique, bilatérale, corde mobile.

Cordite tuberculeuse.

Lupus.

Tumeur :

Polypes et papillomes limités.

Nodules limités.

Tuberculome. Biopsie.

Ulcération :

Gros diagnostic : *La tuberculose.*

Corde tardivement immobilisée.

Pâleur de la muqueuse.

Ulcérations multiples, déchiquetées.

La syphilis :

Diagnostic encore plus difficile.

Ulcération à pic, moins bourgeonnante, sans adénopathie.

Bien souvent biopsie et traitement d'épreuve sont la pierre de touche.

VI. TRAITEMENT

Début :

Laryngectomie partielle peut suffire quelquefois.

Plus tard :

Laryngectomie totale.

Opération grave. Récidive fréquente.

Souvent forcé à trachéotomie seulement.

Radium.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 61. — SAMEDI 30 JUILLET 1927. 100e ANNÉE. SAMEDI 30 JUILLET 1927. — N° 61.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Les articles 238, 264, 265, 271 et 261 du règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris sont modifiés ainsi qu'il suit (pour les articles 272, 274, 199, 213, 223, 225 *bis*, 227, voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 60, 1re page) :

Art. 238. — III. Dispositions communes aux concours de chefs de travaux de radiothérapie et de curiethérapie.

Dans les concours de chefs de travaux de radiothérapie ou de curiethérapie, le nombre des candidats à conserver à la suite des épreuves d'admissibilité est fixé à trois par place mise au concours. Dans le cas où des candidats seraient classés *ex æquo* pour la ou les dernières places après le jugement des épreuves d'admissibilité, le jury se basera pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours de la même spécialité dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de fois où il aura été classé *ex æquo* avec les admissibles; dans le cas où des candidats se trouveraient encore *ex æquo*, les dispositions de l'article 213 seraient applicables pour leur classement.

Art. 265. — § 7 (Concours de l'Internat en médecine) :

Après la dernière séance d'épreuve orale le jury, au cours d'une séance à laquelle seront présents six candidats désignés par le sort, procède, au classement des candidats par ordre de mérite. La notation tenue cachée sur les copies est dévoilée et les points obtenus dans les épreuves écrites et à l'épreuve orale sont additionnés.

Les notes obtenues par les candidats ainsi que leur classement sont rendus publics par les soins de l'Administration... .... (le reste sans changement).

Art. 271. — (Concours de l'Internat en pharmacie) :

Épreuves définitives. — ....

2° § 5. — Au début de la première séance de l'épreuve d'admissibilité au concours de l'Internat en pharmacie, le président du jury détermine par voie de tirage au sort l'ordre dans lequel les candidats sont appelés à subir l'épreuve. *Six candidats désignés par l'Administration par voie de tirage au sort* sont seuls admis à assister à cette séance.

Art. 261. — (Concours de l'Externat) :

Établissement de l'anonymat. — A l'issue de la séance d'épreuve écrite, les copies remises par les candidats sont placées dans des boîtes scellées et paraphées par un membre du jury en présence de six représentants des candidats désignés par la voie du sort.

Il est procédé ensuite par les soins de l'Administration en présence des délégués des candidats au classement des copies par ordre alphabétique et les trois copies de chaque candidat sont réunies et rendues anonymes. A cet effet on masque le nom en rabattant et en scellant l'angle supérieur de la première page. Les trois copies du même candidat sont alors placées dans une enveloppe ne portant aucune suscription.

Dans un second temps, les enveloppes contenant les copies rendues anonymes sont mélangées.

Dans un troisième temps, chacune des trois copies, retirées de l'enveloppe, reçoit le même numéro d'ordre distinctif.

Dans un quatrième temps les copies de chaque catégorie (anatomie, pathologie médicale, pathologie chirurgicale) sont placées dans des enveloppes, à raison de dix à douze par enveloppe, scellées et paraphées par un membre du jury.

Les enveloppes sont ouvertes, dans chaque section de jury, au fur et à mesure des lectures. La note attribuée à chaque copie doit être inscrite ultérieurement, en toutes lettres au-dessous du numéro d'ordre.

Si à la fin de la séance il reste une ou plusieurs copies qui n'auront pu être lues, elles seront placées dans une nouvelle enveloppe scellée et paraphée par le président de la section de jury intéressée.

ART. 264. — Épreuves écrites anonymes (2).

Note 2. — Établissement de l'anonymat.

A l'issue de chacune des trois séances d'épreuve écrite les copies remises par les candidats sont placées dans des boîtes scellées et paraphées par l'un des membres du jury en présence de six représentants des candidats désignés par la voie du sort. Un jour au moins après la fin de la troisième composition, et en présence des six candidats, il est procédé à l'ouverture des boîtes contenant les copies destinées à être rendues anonymes.

A cet effet, les trois copies du même candidat sont réunies et le nom en est masqué en rabattant et en scellant l'angle supérieur de la première page.

Puis les trois copies sont placées dans une enveloppe commune ne portant aucune suscription.

Dans un deuxième temps, les enveloppes contenant les copies rendues anonymes sont mélangées.

Dans un troisième temps, chacune des copies retirées des enveloppes reçoit un même numéro d'ordre; le numéro est inscrit sur l'angle inférieur de la première page, lequel est disposé de façon à pouvoir être rabattu et scellé comme l'angle supérieur.

Dans un quatrième temps, le numéro d'ordre est masqué. Les copies sont alors mélangées dans chacune des catégories (anatomie, pathologie médicale, pathologie chirurgicale).

Dans un cinquième temps les copies de chaque catégorie sont placées dans des enveloppes scellées et paraphées par un membre du jury (à raison de dix à douze par enveloppe).

Les enveloppes sont ouvertes dans chaque section de jury, au fur et à mesure des lectures. La note attribuée à chaque copie doit être inscrite ultérieurement, en toutes lettres au-dessous du numéro d'ordre. Si, à la fin de la séance, une ou plusieurs copies restent à lire, elles seront placées dans une nouvelle enveloppe scellée et paraphée par le président de la Section du jury intéressée............................
(le reste sans changement).

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Un concours pour deux places d'interne titulaire et une place d'interne provisoire s'ouvrira le lundi 31 octobre 1927, à 9 h. du matin, à l'hôpital de la Charité.

— Un concours pour huit places d'externe s'ouvrira le même jour, à la même heure, à l'hôpital de la Charité.

Les inscriptions sont reçues dans les bureaux de l'administration des hospices, 41, rue de la Barre, à Lille, pour chacun de ces concours, jusqu'au jeudi 20 octobre 1927, à 17 h., dernier délai. On peut s'inscrire par correspondance.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Par arrêté en date du 22 juillet 1927, la chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication dudit arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 23 juillet 1927.)

— LYON. — *Concours de clinicat.* — Les concours pour des places de chef de clinique viennent de se terminer par les nominations suivantes :

Chefs de clinique chirurgicale : Service du professeur Tixier, MM. les docteurs Rougemont et Bertrand; Service du professeur Bérard, MM. les docteurs Mallet-Guy et Creyssel.

Chef de clinique ophtalmologique : M. le docteur Jacques Rollet.

Chef de clinique gynécologique : M. le docteur Labry.

Chefs de clinique chirurgicale infantile : MM. les docteurs Rendu et Michel.

ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Un drapeau est attribué à l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux.

Ce drapeau portera l'inscription : « Ecole principale du Service de santé de la marine », « Marine et colonies », « Travail, honneur, patrie ».

— Un concours sera ouvert, au port de Toulon, dans le courant de la deuxième quinzaine d'octobre 1927, à une date qui sera fixée ultérieurement, pour l'emploi de professeur d'anatomie pathologique et bactériologie à l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

A la dignité de grand officier. — M. Girard, médecin général de 1re classe, inspecteur général du Service de santé.

DISTINCTION HONORIFIQUE. — M. le docteur Lucien Graux, chargé de mission du gouvernement français au Maroc, vient d'être promu à la dignité de grand officier de l'Ouissam Alaouite.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère).

— Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon (Mayenne). (*J. O.*, 28 juillet 1927.)

NOUVELLE REVUE. — Sous le haut patronage du professeur S. Freud et sous la direction des docteurs A. Hesnard (de Toulon), Lafforgue (de Paris), Ch. Odier et R. de Saussure (de Genève) pour la partie médicale, et de Marie Bonaparte pour la partie non médicale, le premier numéro de la *Revue de psychanalyse* vient de paraître à la librairie Octave Doin.

Cette Revue paraîtra quatre fois par an.

LA NOUVELLE BIBLIOGRAPHIE MÉTHODIQUE DES LIVRES DE MÉDECINE. — Cette nouvelle bibliographie publiée par la librairie Norbert Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, donne la description de tous les ouvrages de médecine, pharmacie, art vétérinaire publiés depuis dix ans; elle est envoyée gratuitement et franco sur simple demande dans tous les pays.

NOTES DE PRATIQUE

PRÉSCLÉROSE GASTRO-INTESTINALE

Sous cette dénomination est envisagé un état pathologique justiciable des médicaments utilisés contre l'artériosclérose. Chtchoukine n'a eu que des insuccès avec l'iode comme avec les iodures ainsi qu'avec la théobromine. Par contre, l'Adonis vernalis s'est montrée efficace ; il attribue cette supériorité de l'Adonis sur la théobromine à ce que celle-ci ne provoque qu'une dilatation des parois vasculaires, tandis que l'adonis exerce, en outre, une action stimulante de la circulation d'où rétablissement d'un équilibre suffisant.

En conséquence, prescrire l'Adonis sous forme de Diurène, deux à trois cuillerées à café en y ajoutant quelques gouttes de teinture de condurango à titre de tonique gastro-intestinal.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA SOI-DISANTE

MALADIE DE BUERGER

Par le docteur A.-C. GUILLAUME.

En 1908 un médecin de New-York, Léo Buerger, a commencé la publication d'une série de travaux dans lesquels il décrivait et précisait les caractères d'une affection portant sur les vaisseaux (artères et veines) des membres, affection qui, selon cet auteur, serait une atteinte infectieuse d'une nature particulière, et qui pourrait, d'après lui, être placée au titre des affections élevées au grade des maladies dans la classification nosologique.

Depuis 1910 les travaux que Buerger a consacrés à l'étude de cette même affection sont nombreux, leur ensemble a été groupé récemment dans un ouvrage fort important publié en 1924 à Philadephie sous le titre : *The circulatory disturbances of the extremities including gangrène, vasomotor and trophic disorders* (les troubles circulatoires des extrémités, y compris la gangrène et les désordres vasomoteurs et trophiques).

Dans cette série de travaux publiés depuis 1908, Buerger s'est efforcé de montrer que cette affection est une maladie à étiologie spéciale, de nature infectieuse, ayant des signes cliniques assez particuliers, enfin des caractères anatomiques qui permettent de l'individualiser; voulant dénommer cette prétendue maladie d'après les caractéristiques anatomiques qu'il juge particulières et démonstratives, Buerger la désigne sous le nom de *thrombo-angéite oblitérante*, terme sur lequel il faut concentrer toute son attention, car, plus qu'un terme nosologique nouveau, il représente tout un programme pathogénique.

En fait, comme je l'ai montré dans divers travaux (1), la prétention de Buerger, celle d'isoler une affection à part, ne semble pas justifiée et se heurte à de multiples et très probantes raisons d'improbation; *tout porte à penser que la soi-disante maladie de Buerger est seulement une prétendue entité morbide artificiellement taillée dans le groupe des artérites juvéniles, et que rien n'autorise à séparer les faits cliniques envisagés par Buerger des nombreux faits d'artérite oblitérante survenant chez des patients qui n'ont pas encore atteint à la sénilité.*

Dans un autre mémoire, et tout en faisant l'exposé minutieux et critique des faits anatomiques relatifs à la soi-disante thrombo-angéite oblitérante, en faisant l'exposé des faits anatomiques observés dans les cas d'artérite juvénile, j'étudierai la pathogénie de ces artérites juvéniles, les particularités qui les séparent des artérites séniles, et les rapports que présentent ces variétés d'artérites avec diverses variétés d'atteintes circulatoires des membres et avec divers processus pathologiques.

Dans la présente étude je me bornerai à exposer les aspects symptomatologiques et cliniques que l'on a assignés à la soi-disante maladie de Buerger; discutant les aspects cliniques, je montrerai que rien de convaincant n'a, jusqu'à présent, été apporté, parmi les faits invoqués, qui justifie cette séparation effectuée par Buerger et dans laquelle il a été suivi jusqu'à présent par de nombreux auteurs.

C'est dans cette discussion des conceptions nosologiques de Buerger que résidera la partie critique du présent mémoire, partie critique qui formera un tout avec l'étude étiologique, anatomique et pathogénique qui fait l'objet d'un autre mémoire; par ailleurs on trouvera dans le présent mémoire une description clinique conforme aux caractéristiques que Buerger assigne à la thrombo-angéite oblitérante (1), description clinique dans laquelle je me suis bien souvent efforcé de serrer de très près, jusqu'à atteindre la traduction intégrale, les travaux de Buerger.

Le problème des artérites des membres en général, et celui des artérites juvéniles en particulier, est un de ceux qui, voici une cinquantaine d'années, a, sous des appellations diverses (artérite spontanée, gangrène spontanée, rétrécissement artériel), beaucoup retenu l'attention des médecins, et, nous le verrons, de nombreuses observations d'artérites juvéniles avaient alors été rapportées; ultérieurement on semble avoir absolument méconnu ces états ou les avoir simplement oubliés, et, pourtant, ils existent et ont toujours existé; les travaux de Buerger apparaissent, dans ces conditions, comme une *nouvelle mise en lumière* d'un problème oublié, mais n'auraient-ils que ce mérite qu'ils seraient dignes d'éloge et dignes de retenir longuement l'attention des médecins. Il est nécessaire, en effet, d'attirer cette attention des médecins sur le tableau clinique et les particularités anatomiques de ces artérites juvéniles, connaissant leur existence et les particularités qui leur sont attachées, les recherchant systématiquement, les médecins verront que derrière le voile clinique des douleurs rhumatiformes et des troubles trophiques des membres inférieurs, se cachent assez fréquemment des troubles circulatoires qui, pour un bon nombre, relèvent de l'oblitération artérielle, ils verront, ce faisant, que l'artérite juvénile n'est pas une éventualité morbide rare et qu'elle occupe en clinique une place qui, pour n'être pas de tout premier plan, n'en est pas moins de haute importance.

LES CARACTÈRES D'ENSEMBLE QUI, SELON BUERGER, SONT PARTICULIERS A LA THROMBO-ANGÉITE OBLITÉRANTE

Il s'agit, dans l'ensemble, d'une lésion vasculaire consistant en une *oblitération artérielle et veineuse* (mais principalement artérielle) *qui porte sur les*

(1) Voir les publications que j'ai faites sur ce sujet à la *Société médicale des hôpitaux* et à la *Société anatomique*; voir également le développement des notes précédentes dans les thèses de Menchaca, de Danilevici (dit Daniel), de Ramirez et de Jouet (*Th. de Paris*, 1927).

(1) Caractéristiques cliniques qui sont identiquement celles des artérites juvéniles, d'ailleurs.

troncs vasculaires principaux des membres supérieurs et inférieurs, et qui s'observerait, également, d'une façon éventuelle, sur les *vaisseaux viscéraux*; cette oblitération artérielle et veineuse entraîne des accidents circulatoires se manifestant par des troubles douloureux et trophiques assez particuliers, et cette atteinte des vaisseaux se produit dans des conditions d'âge, de sexe et, selon Buerger, également dans des conditions de race fort particulières; selon Buerger tous ces caractères réunis (cliniques, mais surtout étiologiques et anatomiques), font de cette affection, une maladie absolument à part, d'origine infectieuse, et qu'il faut désigner sous le nom de THROMBO-ANGÉITE OBLITÉRANTE.

Précisons et discutons la valeur de ces caractères cliniques et étiologiques que Buerger assigne à la thrombo-angéite oblitérante.

LES CARACTÈRES CLINIQUES DE LA SOI-DISANTE MALADIE DE BUERGER

Nous allons étudier successivement les signes, les formes cliniques, l'évolution et le pronostic.

Cliniquement, les premiers stades de la thrombo-angéite oblitérante sont, aux dires de Buerger, constitués par une *algie pseudo-rhumatismale des pieds et par des accidents douloureux de claudication intermittente* (1).

« La maladie se traduit dans la plupart des cas *par une douleur imprécise dans la plante d'un pied*, (habituellement le gauche), *dans la cheville ou dans les orteils*, les patients étant bientôt gênés dans leur marche par les troubles ou par la *brusque apparition de sensations à type de crampes, dans le mollet ou ailleurs dans la jambe* (claudication intermittente). Ces sensations obligent le malade à de fréquents repos, et, souvent, conduisent le patient à examiner l'état de ses jambes. »

Après une période de claudication intermittente dont la durée est variable, mais qui, souvent, est racontée au médecin comme *une interminable histoire de claudication intermittente*, le malade note l'apparition de *modifications de la coloration de ses pieds*, ces modifications vaso-motrices (pâleur cadavérique des doigts, rougeur de déclivité) qui s'associent au *refroidissement*, à l'*engourdissement local*, et aux phénomènes douloureux indiqués précédemment, précèdent ou accompagnent l'apparition des *troubles trophiques caractérisés*, et, souvent, sont attribués par le patient aux variations climatériques.

« Certains patients, au cours d'un accès de claudication intermittente, enlèvent leurs chaussures et frictionnent la partie dans l'espoir de chasser les douleurs ou la sensation inconfortable d'engourdissement qui occupe le pied et les orteils; d'autres disent que le pied devient froid et lourd quand la température est basse et le temps inclément. Après un certain nombre de semaines, de mois, ou même d'années, des signes indiquant l'existence de désordres trophiques font leur apparition. A la suite de la coupe d'un ongle, ou sans cause apparente, une zone abrasée, une phlyctène hémorragique, avec pustule, ou une tache sèche et morte, se développent sur la peau près de la pointe d'un orteil ou sous un ongle. *Alors la douleur locale devient excruciante pendant la nuit aussi bien que pendant le jour*, de telle sorte que beaucoup de patients demandent d'eux-mêmes l'amputation de la partie malade.

« C'est habituellement pendant la première attaque de troubles typiques, mais souvent parfois aussi quand la seule claudication intermittente est observée, que le médecin ou le patient notent l'existence d'un autre symptôme caractéristique, en l'espèce une rougeur particulière de l'orteil et de l'avant-pied qui s'étend parfois jusqu'à la cheville ou un peu au-dessus quand le pied est dans la position pendante, déclive. Si l'on fait pendre le membre, l'orteil affecté change bientôt de couleur. Il prend une teinte rouge et qui gagne bientôt les autres orteils puis le dos du pied sur une étendue variable. Ce rougissement est souvent dénommé *rubor* et peut être appelé *érythromélie*.

« L'élévation de l'extrémité du membre, au contraire, amène rapidement le blanchiment (ischémie). Parfois l'ulcère superficiel cicatrisera par des traitements conservateurs, et le patient peut alors guérir parfaitement et voir ses troubles devenir chroniques. A cette période son membre montrera les lésions trophiques et les cicatrices laissées par des ulcères précédents. »

C'est généralement, d'ailleurs, à ce stade d'ulcères trophiques que le médecin est appelé à voir le malade et à l'examiner attentivement; jusqu'alors les patients, et bien souvent aussi les médecins, se sont contentés d'un diagnostic de douleurs de pied plat ou de rhumatismes pour expliquer les phénomènes douloureux notés précédemment, mais quand on examine le malade on note l'oblitération des vaisseaux artériels.

« La pédieuse dorsale et les artères tibiales postérieures sont habituellement dépourvues de pulsation, et l'ischémie provoquée par l'élévation du membre, comme la rougeur ou érythromélie causée par la position déclive, sont régulièrement déclanchées. »

A cette époque de l'évolution de l'affection, l'examen du malade montre donc, *après un passé plus ou moins long de douleurs provoquées par la marche*, l'existence *de troubles trophiques ulcéreux*, accompagnés de *douleurs continues et spontanées*; l'examen du membre révèle la *disparition du pouls pédieux et tibial postérieur* et l'oscillométrie (dont Buerger ne fait pas usage et sur laquelle il ne se prononce donc pas) confirme, mieux que la palpation toujours infidèle, l'*oblitération des troncs principaux artériels du membre*.

C'est sur un tel terrain local que, tôt ou tard, vont apparaître des *signes de sphacèle des tissus voisins de l'ulcération*, sphacèle qui s'étend plus au moins vite autour de l'atteinte trophique initiale.

« Plus ou moins tardivement, cependant, une tache de gangrène se développe, la douleur locale devient intense et l'amputation est l'aboutissant. »

Un point caractéristique de l'évolution de la throm-

(1) Les passages cités qui suivent sont une traduction des travaux de Buerger.

bo-angéite oblitérante est, selon Buerger, l'*existence d'épisodes veineux*.

« Il est curieux de noter que les patients atteints de thrombo-angéite oblitérante présentent des troubles qui ne diffèrent en rien de ceux qui accompagnent les thrombo-phlébites des veines superficielles ou les soi-disantes phlébites migrantes. Ceci est le cas dans la thrombo-angéite oblitérante, dans laquelle une *thrombose inflammatoire aiguë englobe des portions plus ou moins grandes des veines*, (... *saphène interne*, *radiales*, *cubitales*, *médiane céphalique ou médiane basilique* ...).

Un autre caractère particulier de la thrombo-angéite oblitérante est la *multiplicité des atteintes*, portant sur les membres différents, ou sur le même membre après amputation : un membre est atteint et les lésions aboutissent à l'amputation, un autre membre est ensuite atteint et le stade ultime de sphacèle auquel les lésions aboutissent commande également l'exérèse; souvent, aussi, après une première amputation, on est, dans un délai plus ou moins long, amené à amputer un peu plus haut le même membre atteint d'une reprise des accidents.

Ainsi, contrairement à ce qui se voit habituellement dans la gangrène sèche des vieillards qui n'entraîne guère plus d'une seule amputation (mais c'est là une règle qui est loin d'être absolue), la thrombo-angéite oblitérante entraîne, le plus souvent, à un laps de temps variable d'intervalle, des amputations multiples de membres différents, et, souvent aussi, la réamputation successive d'un même membre de plus en plus haut; qui plus est, contrairement aux accidents provoqués par l'artérite oblitérante des sujets âgés, le sphacèle produit par la thrombo-angéite oblitérante atteint fréquemment les membres supérieurs (bien qu'avec une moindre fréquence cependant que les membres inférieurs).

La maladie évoluerait, selon Buerger, en deux stades successifs, qui seraient d'ailleurs plus anatomiques que cliniques : un *stade aigu ou de thrombose aiguë artério-veineuse*, un *stade chronique ou d'organisation des lésions de thrombose*.

En fait, le stade aigu est en très grande partie une vue de l'esprit et une supposition de Buerger, car il n'a pas été constaté dans les vaisseaux profonds, et c'est par simple assimilation des lésions profondes, constatées au stade dit chronique, avec certaines lésions des veines superficielles, que Buerger imagine, pour l'atteinte des artères, l'existence d'un stade aigu initial (analogue à l'atteinte veineuse); de telle sorte que, selon Buerger, « on pourrait dire avec raison que les patients atteints de thrombo-angéite oblitérante ne souffrent pas directement de la maladie elle-même, mais des effets désastreux de la thrombose occlusive, effets qui traduisent la méthode naturelle et spontanée de cicatrisation d'une lésion vasculaire qui a disparu depuis longtemps. »

D'après Buerger, également, la lésion primitive, *la lésion initiale, est une thrombose artérielle et veineuse, d'origine infectieuse probable, se produisant en dehors de toute altération préalable de l'intima endovasculaire*; cette thrombose se *cicatrise* par organisation accompagnée de recanalisation des caillots, et, au cours de ce processus d'organisation du thrombus, il se fait une *rétraction cicatricielle des tuniques des vaisseaux oblitérés* et une *fibrose périvasculaire*.

Cette sclérose vasculaire et périvasculaire détermine la production d'une angéite et d'une périangéite secondaires, caractérisées par la *rétraction concentrique du vaisseau* qui est ainsi transformé en un cordon dur, de calibre toujours inférieur à celui qu'avait le vaisseau avant son atteinte, et à une soudure cicatricielle des vaisseaux (artère et veines satellites) entre eux et avec les nerfs voisins.

Anatomiquement donc, et dans les lésions observées sur les pièces d'amputation, les modifications révélatrices de la thrombo-angéite oblitérante se caractérisent par une oblitération artérielle et veineuse, souvent disposée en étage, avec des portions intercalaires indemnes, une réduction de calibre des vaisseaux atteints, enfin la transformation de ces vaisseaux en un cordon scléreux adhérant aux éléments anatomiques voisins.

« Le vaisseau est transformé en une corde, plus ou moins adhérente aux éléments voisins, et dans laquelle, même, les nerfs avoisinants sont agglutinés et enveloppés en une corde vasculaire fibreuse. »

Toujours d'après Buerger, l'examen microscopique des vaisseaux oblitérés montre que l'occlusion vasculaire dépend de la présence, dans la lumière du vaisseau, d'un caillot adhérent et qui est confondu avec la paroi vasculaire, un caillot organisé et recanalisé par des vaisseaux néoformés d'aspect lacunaire et tapissés d'un endothélium; ces vaisseaux traversent longitudinalement le caillot par un trajet contourné (1).

Nous reviendrons sur l'étude de ces faits anatomiques, mais il était nécessaire d'indiquer dès maintenant l'orientation des idées de Buerger.

Pour toutes ces raisons, Buerger considère que la thrombo-angéite oblitérante est une maladie à part : « Le tableau clinique de la thrombo-angéite oblitérante est si caractéristique et précis, et les lésions anatomiques sont si typiques dans cette maladie, qu'elle constitue une entité clinique distincte. »

Nous verrons toutes les réserves qu'il y a lieu de faire sur cette conclusion de Buerger, réserves qui sont commandées à la fois par les constatations anatomiques effectuées dans des cas que nous observons actuellement et qui se superposent absolument au tableau clinique de la soi-disante maladie de Buerger, et par les constatations anatomiques et cliniques effectuées dans les cas d'artérite juvénile qui étaient bien connus en Europe des médecins de la fin du XIXe siècle, enfin, par les considérations étiologiques qui s'attachent à ces différentes catégories de faits cliniques.

QUELQUES OBSERVATIONS DÉMONSTRATIVES

J'ai, parmi mes observations, celle d'un cas dans lequel, fait important car il est rare, le tableau clinique est, peut-on dire, au complet; c'est donc, en

(1) Les constatations que j'ai faites et que j'ai rapportées ailleurs, conduisent à une interprétation tout à fait différente des lésions observées.

quelque sorte, l'observation idéale, l'observation type, dans laquelle on retrouve, sous une forme groupée, tous les signes épars que l'on constate chez les autres malades; je n'ai pas retrouvé, parmi les observations publiées, une seule qui représente aussi spécifiquement le tableau clinique assigné par Buerger à la thrombo-angéite oblitérante.

OBSERVATION I. — J. O..., âgé de trente-quatre ans, *Israélite* né à Varsovie et élevé dans cette ville, entre salle Lenoir, à l'hôpital Necker, dans le service de mon maître le docteur Robineau, pour une plaie du pied gauche.

Il n'y a rien de particulier à remarquer dans les antécédents du malade sinon qu'il s'agit d'un *grand fumeur* (vingt-cinq cigarettes par jour depuis longtemps), et, condition aggravante, d'un malade qui, depuis toujours, avale la fumée.

Le malade a été bien portant jusqu'à la guerre, époque à laquelle, à l'âge de vingt et un ans, il est mobilisé dans l'armée russe et *fait la campagne d'hiver de 1914 en Prusse orientale et en Pologne.* Pendant cette période *il est blessé par une balle de shrapnell* qui l'atteint à la face antérieure de la racine de la cuisse gauche, blessure de peu d'importance dit le malade. (On note actuellement l'existence d'une cicatrice qui semble être exclusivement superficielle, ce qui confirme les dires du malade.) Pendant la même campagne, le patient *est soumis aux effets d'un froid très vif et à l'humidité*, et il raconte *une histoire de pieds gelés assez caractéristique pour être retenue comme véridique.* Cette gelure des pieds et une bronchite concomitante ont fait évacuer et hospitaliser le malade; celui-ci reste un certain temps à l'hôpital puis est ensuite libéré pour six mois. Il retourne donc à Varsovie et y séjournait quand la ville fut prise par les Allemands; le patient est donc, à partir de ce moment, dans les conditions d'un prisonnier civil, c'est-à-dire qu'il est libre de circuler et de vaquer à ses affaires dans la ville. Faisant le commerce des cuirs il s'occupe de ses affaires sans remarquer rien d'anormal dans sa marche jusqu'en 1917.

En 1917 (*alors qu'il atteignait l'âge de vingt-quatre ans*), *le malade éprouve des douleurs dans les deux jambes* (*mollets*) *et les pieds* (*voûte plantaire*), *à l'occasion de la marche*; la crainte de voir survenir ces douleurs contraint le malade à marcher très lentement; *malgré cela, après quelques pas la douleur se produit l'obligeant à s'arrêter; l'arrêt de la marche calme la douleur, mais si la marche est reprise la douleur se reproduit.*

A cette époque il n'y avait pas de douleurs au repos. La persistance de ces phénomènes, leur intensité croissante, incitent le malade à consulter un médecin; il voit un médecin de Varsovie qui, après un examen très approfondi, lui déclare *qu'il s'agit d'une artério-sclérose des vaisseaux des jambes*; au point de vue du traitement ce médecin prescrit un régime alimentaire et conseille la totale suppression de l'habitude de fumer. La famille du malade se moqua de ce diagnostic, étant donné l'âge du patient, et le malade, convaincu qu'il est atteint simplement de rhumatismes, ne tient aucun compte des prescriptions. L'état ne s'améliorant pas, et le malade croyant toujours à l'existence de phénomènes de rhumatisme, *se soumet, de lui-même, à partir de 1918, à un traitement par les bains de vapeur. Il en éprouve un considérable soulagement et revient*, par ce moyen de traitement, *à un état de marche à peu près normale.* A ce moment (1918), le malade note que l'*exposition au froid a pour effet de rendre les doigts de ses pieds et ceux de sa main droite, blancs, mous et insensibles.*

Vers la fin de 1918, le malade, qui coupait ses ongles des pieds, se blesse légèrement au voisinage de l'ongle du gros orteil droit; cette petite blessure suppure d'une façon interminable; le gros orteil était enflé. Un médecin consulté dit qu'il s'agit d'un ONGLE INCARNÉ et opère le malade; *la plaie opératoire suppure très longtemps jusqu'au moment où le malade reprend de lui-même les bains de vapeur, ce qui amène la guérison de la plaie opératoire.* (Actuellement, l'examen de la région montre que l'ongle a repoussé mais qu'il est déformé et d'aspect anormal; il s'agit manifestement d'un état trophique de l'ongle.)

En 1923 le malade s'aperçoit un jour, absolument par hasard, *qu'il a une petite boule dure dans la gouttière radiale de l'avant-bras droit, « cette boule était dure comme de l'os »,* elle était à peine saillante, il n'y avait pas de rougeur, *mais le malade a parfaitement remarqué que, à ce moment, le pouls radial, qui existait auparavant, n'est plus perceptible dans cette région.*

De 1918 à 1924 le malade va assez bien, n'éprouvant guère quelques douleurs dans les jambes qu'aux périodes de mauvais temps (les douleurs précèdent le mauvais temps) et ce qui indique et souligne bien toute l'importance du mieux-être, c'est que le malade marche, vaque à ses occupations, et même danse beaucoup.

A la fin de 1925, étant à Paris, *le malade se coupe en se taillant un ongle du gros orteil du pied gauche;* à la suite de cette blessure le malade éprouve *de la douleur dans le gros orteil quand il marche*; il se traite par des bains de pied chauds et des pommades, et, pensant qu'il s'agit d'un ongle incarné, le malade coupe son ongle progressivement par des coupes quotidiennes; *l'ablation de l'ongle laisse un trou qui n'a aucune tendance à guérir bien que le malade reste couché pendant plusieurs semaines.*

En avril 1926, sur le conseil d'un ami, il vient à la consultation externe de l'hôpital Necker où l'on procède à un grattage; à la suite de cette intervention, le malade vient se faire panser pendant un mois et demi sans que la plaie se cicatrise; pendant toute cette période le malade reste étendu et vient à l'hôpital en voiture. Un soir il est pris de « douleurs terribles » dans le pied, douleurs qui ne cèdent à aucun des traitements institués par le malade; le lendemain, à la consultation de l'hôpital, on lui dit qu'il a infecté la plaie et on le fait entrer salle Lenoir (21 mai 1926). A ce moment on dit au malade que l'os de la deuxième phalange du gros orteil est infecté; la nécrose de l'os évolue, et cette deuxième phalange est éliminée spontanément en même temps que les téguments voisins; mais la plaie résiduelle de la première phalange ne se cicatrise pas, au contraire même l'ulcération s'étend progressivement par suite de l'apparition de petites plaies survenant sans cause apparente, et qui, par extension, finissent par se réunir à la plaie principale ou à se réunir entre elles; *la plaie gagne ainsi progressivement jusqu'à réaliser une large perte de substance cutanée qui occupe la moitié du dos du pied à partir de la racine des orteils, et les orteils eux-mêmes.*

A l'entrée dans le service les explorations suivantes sont effectuées :

Glycémie	1,30 (normale 1)
Glycémie un mois après (environ 15 j. après insuline)	1,10
Glycosurie	0
Albuminurie	0
Bordet-Wassermann	négatif

On met en œuvre successivement les traitements suivants :

1° En mai 1926, lipovaccin polyvalent (strepto-staphylo-pyocyanique), vaccination qui est pratiquée d'une façon quasi systématique lors de l'entrée des malades dans le service. (Cette vaccination a été refaite à l'automne de 1926.)

2° Au début de juin 1926, insuline en injections intramusculaires : dix unités cliniques par jour pendant plusieurs jours consécutifs.

3° En juillet 1926, pansements locaux avec une pommade à l'insuline.

4° En septembre 1926, bains locaux d'ultraviolet (lampe à arc à vapeurs de mercure); dix séances, chaque séance étant espacée par quelques jours de la suivante.

5° Simultanément à la fin du traitement par l'ultraviolet,

injections intraveineuses de cyanure de Hg à 0,01 par injection.

Aucun de ces traitements n'a eu de résultat favorable; aucune modification n'est enregistrée après le vaccin. Pendant l'insuline les douleurs restent toujours aussi violentes et la plaie s'agrandit légèrement; les rayons ultraviolets provoquent nettement un agrandissement plus rapide de la plaie; le cyanure de Hg déclanche des douleurs épigastriques dès la première piqûre (douleurs en barre au creux épigastrique aussitôt après la piqûre), mais la plaie n'est pas favorablement influencée.

Aucun des traitements indiqués précédemment n'a donc d'influence sur l'évolution de la plaie et sur les douleurs, aussi, en décembre 1926, le malade réclamant d'être soulagé, on décide de pratiquer une NÉVRECTOMIE DES NERFS SENSITIFS DU PIED.

Opération le 7 décembre 1926. — Névrectomie des nerfs sensitifs du pied faite au cou de pied. Résection du musculocutané, du saphène et du tibial postérieur.

Le résultat de cette intervention est une aggravation des douleurs spontanées (accusées par le malade) et un élargissement de la plaie.

En janvier on décide de pratiquer une opération sur le sympathique lombaire.

Deuxième opération le 13 janvier 1927. — Résection des derniers ganglions de la chaîne lombaire.

Aucun effet favorable sur les douleurs qui ne sont pas modifiées; aucun effet favorable sur la plaie qui continue à s'agrandir.

L'opération provoque cependant une élévation thermique manifeste bien que peu considérable du membre atteint.

J'examine le malade au début de février 1927. Je trouve un malade assez maigre, avec des jambes plus maigres proportionnellement que le reste du corps, le patient est fortement velu et assez pâle. Le malade, qui est complètement alité, se plaint vivement de douleurs dans le pied et la face interne de la jambe gauche; les douleurs sont, avant tout, déclanchées par les pansements, et persistent, en général, plusieurs heures après ces pansements; le moindre attouchement du pied, même pendant une période de calme relatif, arrache des cris au malade.

Le pied est le siège d'une plaie fort étendue, siégeant à la face dorsale (elle occupe environ la moitié du dos de pied à partir de la racine des orteils ...); sa limite suit une ligne concave en avant et qui a son point culminant au milieu du dos de pied, cette ligne vient ensuite, aux bords externe et interne du pied, rejoindre la racine des orteils; à la face plantaire du pied la plaie est limitée à la partie distale des orteils; cette plaie creuse entre les orteils, mais il est fort difficile d'en faire l'examen minutieux, le malade se refusant, par crainte des douleurs, à une exploration dans laquelle on touche ou on déplace son pied.

Au palper, la jambe gauche est nettement plus chaude que la droite (1); et je découvre, à la face interne du mollet gauche, à la partie supérieure de la jambe, *le long du trajet de la saphène interne, un cordon dur, peu mobile*, et fort douloureux à la palpation.

Il y a, d'ailleurs, deux foyers douloureux distincts : 1° des douleurs issues du pied et irradiant à la partie inférieure de la jambe; 2° des douleurs ayant pour point de départ le cordon fibreux situé à la partie supérieure de la face interne de la jambe.

Les masses musculaires sont atrophiées.

L'EXAMEN OSCILLOMÉTRIQUE *montre que les oscillations sont presque totalement abolies sur toute l'étendue de la jambe gauche, et que les oscillations réapparaissent à partir du tiers inférieur de la cuisse; la fémorale bat d'une façon normale sous l'arcade crurale.*

(1) Effet probable de la sympathectomie.

L'examen oscillométrique du membre inférieur droit *montre que les oscillations sont totalement abolies sur toute l'étendue de la jambe et qu'elles se rétablissent à partir de l'extrémité inférieure de la cuisse; la fémorale bat normalement sous l'arcade crurale.*

L'examen oscillométrique des membres supérieurs montre que les *oscillations sont fortement réduites à l'avant-bras* (au-dessus du poignet) *du côté droit, par rapport à ce qu'elles sont à gauche*; au bras, les oscillations sont semblables des deux côtés, et il faut remarquer que l'amplitude des oscillations de l'avant-bras gauche sont dans une proportion qui cadre avec l'amplitude des oscillations observées au bras. La palpation montre que le battement de la radiale droite dans la gouttière du pouls n'est pas perceptible et qu'il existe, dans cette région, un cordon dur. La radiale gauche bat normalement.

On ne perçoit pas, d'un côté comme de l'autre, de pouls pédieux ou tibial postérieur.

Dans la position déclive les pieds ont une teinte rouge violacé très prononcée. L'épreuve d'élévation du pied (angle de suffisance circulatoire de Buerger) ne peut pas être effectuée sur le pied porteur d'une ulcération par suite de l'intensité des douleurs accusées par le malade qui se refuserait à toute manipulation de ce côté. Sur l'autre membre inférieur l'épreuve de l'élévation provoque le blanchiment, l'angle de suffisance circulatoire étant à peine au-dessus de l'horizontale.

Je demande au malade s'il a remarqué depuis longtemps que ses pieds sont, ainsi, rouge violacé, il répond alors : « Depuis plusieurs années mes pieds sont toujours très rouges quand ils sont pendants et ils deviennent très blancs quand je les élève », l'*érythrose de déclivité*, l'*ischémie d'élévation*, sont donc absolument manifestes et sont des troubles dont l'existence a été constatée d'une façon fort nette par le malade bien avant son entrée à l'hôpital.

Ce malade est naturellement un anxieux (race sémite), agité, craintif, et l'on a l'impression qu'il est capable d'exagérer quelque peu l'intensité des douleurs qu'il ressent, mais combien difficile est une appréciation juste en cette matière; naturellement il réclame très volontiers de la morphine. Notons cependant qu'après l'amputation il ne réclamera plus l'emploi de ce sédatif.

Dans les jours qui suivent cet examen, le malade est atteint de grippe (qui régnait à l'état épidémique à ce moment dans la salle), et pendant quelques jours il a une température voisine de 40 degrés, puis la température revient à la normale en même temps que les signes de grippe disparaissent. Dans la suite de cette grippe, les douleurs s'intensifient considérablement, la plaie s'étend plus rapidement qu'auparavant, et l'on décide d'amputer le malade trois jours après; pendant ces trois jours, et sans qu'il survienne de fièvre, la plaie prend une odeur extrêmement fétide et gagne considérablement en profondeur, si bien qu'au jour de l'amputation elle a l'aspect que nous allons décrire; auparavant indiquons les résultats des examens radiologiques.

RADIOGRAPHIE DU PIED ET DE LA JAMBE. — La radiographie du pied gauche et de la jambe montre d'*importantes décalcifications des os du pied* (tarse et métatarse) décalcifications qui ne sont pas généralisées et uniformément réparties sur les os du pied, mais qui sont limitées à certains os, ou même à certaines parties d'un même os. Il existe donc manifestement un état trophique des os du pied, fait qui, nous le verrons, est confirmé par les constatations anatomiques opératoires. Aucune calcification n'est constatée sur le trajet des artères de la jambe.

EXAMEN DE LA PLAIE ET DU MEMBRE IMMÉDIATEMENT AVANT L'AMPUTATION, LE 8 FÉVRIER 1927. — L'ulcération occupe tous les orteils du pied gauche, s'étendant sur le dos du pied suivant une ligne concave en avant; ces orteils sont en voie

de sphacèle, principalement ce qui reste du premier orteil; entre les orteils, les espaces interdigitaux sont creusés par un processus sphacélique avec lambeaux effilochés de tissus qui recouvrent les os; le processus creuse entre les métatarsiens, l'odeur est très fétide, et il existe un œdème prononcé de la peau du dos du pied; à la face plantaire les orteils sont seuls sphacelés.

L'EXAMEN CAPILLAROSCOPIQUE est pratiqué immédiatement avant l'amputation et avant le début de l'anesthésie, cette exploration, faite en bas et en haut de la jambe et à la cuisse, montre les faits suivants : la circulation cutanée est mauvaise, les vaisseaux contiennent un sang fortement réduit et stagnant; cet état existe jusqu'au-dessus de genou; la circulation cutanée est donc mauvaise malgré une température locale assez élevée; œdème de la peau.

Troisième opération le 8 février 1927. — OPÉRATION. — Pas de garrot ni de compression fémorale.

1° *Résection de la veine saphène interne et du nerf satellite*, à la face interne de la jambe. Peau légèrement œdémateuse, pas de saignement artériel, saignement normal de sang veineux très foncé; la veine est dure, non adhérente; à la section parois épaisses et toute petite lumière.

2° *Amputation de Pirogoff*, aucun saignement artériel, fort saignement veineux du bout central de la saphène jusqu'à évacuation complète du contenu des veines; œdème de la peau. La section de l'artère tibiale antérieure et celle du paquet vasculaire tibial postérieur ne donnent pas de saignement.

Le calcaneum est friable, et, à la section à la scie, s'avère moins résistant que normale.

L'amputation terminée *on n'est obligé de lier aucune artère*, ce qui indique l'importance de l'atteinte de la circulation cutanée et de la circulation profonde. La plaie n'est pas immédiatement réunie, mais les lambeaux sont simplement réappliqués sans suture.

SUITES OPÉRATOIRES. — Les suites opératoires sont très bonnes; les douleurs ont complètement disparu et, sauf la crainte d'accidents survenant sur l'autre membre (car le malade, qui connaît son état, a de graves appréhensions sur l'avenir de son autre membre inférieur), le malade est tout à fait bien; la cicatrisation du lambeau réappliqué se fait d'une façon normale, un peu lente peut-être en un seul point.

Revu dans les mois qui suivent, le malade est bien, il a engraissé, sa face est colorée, il marche sans douleurs avec une chaussure orthopédique et vaque à ses affaires.

DISSECTION DE LA PIÈCE D'AMPUTATION. — Cette recherche est faite aussitôt après l'amputation. La recherche des vaisseaux est difficile, cependant on les isole sur la ligne d'amputation et on peut les suivre par dissection. *On note alors qu'ils sont réduits à un très petit calibre. Pas d'adhérences nettes autour des vaisseaux tibiaux antérieurs; adhérences fort nettes en certains points des vaisseaux tibiaux postérieurs et plantaires.*

Aussi loin qu'on suive les artères, elles sont oblitérées, réduites à un cordon rigide. Les veines sont oblitérées en certains points, normales d'apparence un peu plus loin.

Les nerfs semblent plus mous que normale, mais il faut faire remarquer qu'une névrectomie sus-malléolaire et une sympathectomie ganglionnaire avaient été pratiquées auparavant.

La peau est œdémateuse, les muscles sont de couleur anormale, couleur de bœuf bouilli en certains points, d'aspect gélatineux, œdémateux, en d'autres points. Les os sont friables. On constate que l'ulcère sphacélique était en voie de disséquer les espaces intermétatarsiens dans leur moitié antérieure (1).

(1) Cette observation a été publiée in extenso dans la thèse de Danilevici; on trouvera dans cette thèse l'étude histologique des vaisseaux.

En résumé, voici un malade de race hébraïque, né et élevé à Varsovie, chez lequel les accidents dus à l'oblitération artérielle des artères des membres sont apparus à un âge où le patient était encore fort jeune, à la suite de l'exposition du sujet au froid et à l'humidité, pendant la guerre, en Russie. Dans les antécédents, l'interrogatoire le plus attentif ne permet de reconnaitre l'existence d'aucune manifestation syphilitique, ni chez le malade, ni chez ses ascendants directs, ni chez ses collatéraux. Pas d'alcoolisme avoué, non plus, et aucun stigmate d'imbibition éthylique. L'intoxication tabagique est probable, sinon certaine, car le malade fume depuis longtemps, en avalant sa fumée, un minimum de 25 cigarettes par jour. C'est d'ailleurs là un très faible minimum s'il faut en croire les voisins de lit qui prétendent que ce taux est dépassé de beaucoup.

L'interrogatoire le plus attentif ne permet de reconnaître l'existence, dans le passé de ce malade, d'aucune maladie infectieuse.

L'examen le plus attentif de ce malade ne décèle aucun stigmate objectif ni subjectif d'atteinte quelconque du système nerveux. Le malade, interrogé sur ce point, affirme qu'il n'a jamais eu de migraine, et il n'a pas le souvenir d'avoir souffert de céphalées ayant un caractère mémorable quelconque.

Le malade est un anxieux au point de vue du caractère, ce qui n'est pas pour étonner puisqu'il s'agit d'un hébreu.

A noter, dans les antécédents, l'existence d'une ancienne blessure de guerre siégeant à la racine de la cuisse gauche, blessure qui a tous les caractères objectifs d'une atteinte strictement superficielle, ce qui est confirmé, d'ailleurs, par les dires du malade.

Les premières manifestations des troubles attribuables à la lésion des vaisseaux remontent à l'âge de vingt-quatre ans et sont apparus sous la forme d'accidents ayant tous les caractères de la *claudication intermittente* et se manifestant dans les deux membres inférieurs.

Ces phénomènes de claudication intermittente ont évolué pendant un an environ et jusqu'au moment où le malade se soumet de lui-même à un traitement par les bains de vapeur. Ce traitement lui donne une guérison complète des troubles de claudication intermittente, guérison qui persiste pendant plusieurs années (les phénomènes douloureux n'ayant pas réapparu jusqu'à installation des douleurs continues), malgré une vie fort active, comportant une marche accélérée et même la pratique de la danse.

A noter qu'à cette époque où le malade se plaignait de claudication intermittente, un médecin a porté le diagnostic d'artério-sclérose des membres inférieurs. A noter aussi que vers la même époque (hiver 1918), la malade note que, sous l'action du froid, les doigts des membres inférieurs et ceux de la main droite, demeurent froids, blancs et insensibles.

A la fin de 1918, à l'occasion de soins pédicures, une blessure accidentelle du *gros orteil du pied droit* suppure d'une façon interminable; l'ongle étant extrait chirurgicalement, la plaie opératoire suppure, elle aussi, interminablement, et n'a aucune tendance spontanée à la cicatrisation, jusqu'au moment où, après divers traitements qui s'étaient avérés inopérants, la reprise des bains de vapeur amène la guérison rapide de ces plaies et la repousse de l'ongle.

Le malade est bien portant de 1918 à 1923 et mène, sans douleurs ni troubles mémorables, une vie fort active. A ce moment, en 1923, il note l'existence, dans la gouttière radiale droite, d'une tuméfaction dure, arrondie, indolore, et il constate, simultanément, la disparition de la pulsation artérielle dans la gouttière radiale. Tout permet donc de penser qu'à ce moment s'est produite une oblitération de l'artère radiale droite, mais le malade ne peut affirmer que l'oblitération du vaisseau radial ne s'est pas produite un temps plus ou moins long avant l'apparition de la grosseur car il ne se souvient pas de la date, même approximative, de la dernière constatation des pulsations dans la gouttière radiale droite.

Sauf cet incident qui lui a fait découvrir l'existence de l'oblitération de l'artère radiale, l'état du malade est excellent de la fin de 1918 à la fin de 1925, soit pendant sept ans.

En 1925, lors de soins pédicures, il se produit une blessure du gros orteil du pied gauche; cette blessure met en évidence l'existence de troubles graves de la nutrition tissulaire car elle déclanche l'apparition de troubles trophiques qui vont aller en progressant d'une façon continue, quels que soient les traitements opposés, et qui vont aboutir, en un an environ, à la constitution de troubles trophiques extrêmement graves auxquels s'ajoute un sphacèle terminal de l'avant-pied. Les phénomènes douloureux sont réapparus à l'occasion de ces troubles trophiques, ils ne se manifestent plus avec l'aspect de la claudication intermittente (le malade est, notons-le, presque complètement alité depuis cette époque), mais ont l'aspect de douleurs spontanées, continues, renforcées considérablement par le moindre attouchement du pied gauche.

Le caractère progressif des troubles trophiques, l'impossibilité où l'on est d'arrêter leur évolution progressive par des interventions et des traitements divers, l'intensité et le caractère rebelle des douleurs, amènent à décider l'amputation du pied gauche.

Cette amputation amène la disparition des douleurs et la cicatrisation de la plaie opératoire s'effectue normalement. A noter qu'il n'y a jamais eu, aux dires du malade, d'épisode phlébitique, rien qui ressemble, en tout cas, aux accidents de phlébite migrante, mais l'examen approfondi du malade a montré l'existence, à la face interne du mollet gauche, d'un cordon dur et douloureux qui correspond au trajet de la saphène interne. La résection de ce cordon montre qu'il s'agit bien d'une oblitération de la saphène interne.

Les constatations oscillométriques et les constatations opératoires révèlent l'oblitération des artères tronculaires dans les deux membres inférieurs et l'oblitération de la radiale droite, mettent en évidence également l'intégrité probable de la cubitale droite; les troncs principaux cruraux et brachiaux sont par contre indemnes, autant qu'on en peut juger toutefois par l'oscillométrie et la palpation.

Parmi les examens pratiqués il faut noter, à deux reprises, la constatation d'une glycémie nettement plus élevée que normale (sans glycosurie), mais cette recherche n'a été faite qu'à la neuvième année de l'évolution des accidents.

A noter aussi, lors de l'exploration, une érythromélie très nette provoquée par la position déclive; érythrose de déclivité qui avait été constatée bien avant par le patient.

L'évolution de la maladie a donc passé par les étapes successives suivantes :

1° *Phénomènes douloureux de claudication intermittente* évoluant pendant un an environ et qui n'ont cédé qu'à la pratique des bains de vapeur, ces phénomènes de claudication intermittente n'ont pas réapparu depuis;

2° Un an après l'apparition de la claudication intermittente, le malade note, pour la première fois, qu'en hiver et sous l'action du froid, *les doigts de la main droite deviennent livides, froids* et *insensibles* (phénomènes d'onglée);

3° Vers la même époque une blessure accidentelle, puis une plaie opératoire du gros orteil droit, mettent en évidence l'existence d'un *état de mauvaise nutrition des tissus du pied droit*, troubles de nutrition tissulaire qui ne cèdent qu'aux bains de vapeur;

4° *Absence de tout trouble, malgré une vie fort active, pendant cinq ans*; à ce moment le malade note, par hasard, l'existence d'une *tuméfaction dure dans la gouttière radiale droite et la disparition de pouls radial* (oblitération de l'artère radiale);

5° Exception faite de cet incident qui révèle l'oblitération de la radiale droite, l'état du malade est parfait pendant sept ans; c'est donc à sept ans qu'on doit fixer la durée de la *période de rémission*;

6° Après sept ans de rémission une plaie accidentelle du gros orteil du pied gauche déclanche l'*apparition de troubles trophiques graves à évolution progressive* qui, malgré les traitements, aboutissent au sphacèle de l'avant-pied gauche; des douleurs violentes, continues, renforcées par le moindre attouchement du pied, sont apparues à la suite de ces troubles trophiques; ces troubles trophiques et douloureux conduisent *à l'amputation du pied après un an d'évolution*;

7° *L'amputation du pied amène la guérison des douleurs et la cicatrisation de la plaie opératoire s'effectue normalement.*

Cette observation que je viens de reproduire est, comme je le disais, remarquable par son caractère symptomatologique vraiment complet, et par une évolution vraiment conforme au tableau idéal que l'on peut se faire de la soi-disante maladie de Buerger.

Dans tous les cas observés l'évolution est loin d'être aussi complète et le tableau clinique est bien loin d'être aussi riche que dans l'observation précédente. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 JUILLET 1927)

M. RENAULT donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Méry.

M. PETTIT lit une notice nécrologique sur M. Machado, membre associé.

Un spirochète isolé de l'eau. — Au nom de M. MICHAÏLOFF, directeur du Laboratoire de bactériologie de Sofia, M. PETTIT présente une étude sur des spirochètes isolés de l'eau. Parmi ceux-ci se rangent des microbes capables de provoquer la jaunisse infectieuse, mais tous les attributs pathogéniques qui les caractérisent peuvent être à l'état latent et ils ne se manifestent que sous l'influence de conditions ambiantes.

Traitement de la fièvre jaune. — MM. SAZERAO, HOSAYA et STENOPOULO soutiennent que le tartrobismuthate de sodium a une action préventive et curative contre l'agent infectieux de la fièvre jaune.

Le vaccin B. C. G. — M. LIGNIÈRES a constaté l'efficacité de ce vaccin dans la lutte contre la tuberculose. Mais il y a lieu de ne l'employer que lorsqu'il y a de fortes raisons de craindre la contagion tuberculeuse.

Varicelle et orchi-épididymite. — M. SABRAZÈS a rencontré un cas de varicelle compliquée d'orchi-épididymite.

Le cycle évolutif du treponema pallidum. — MM. LEVADITI, SCHOEN et SANORIS BAYARRI. Lorsqu'on inocule la syphilis à un lapin, on ne trouve pas de spirochètes dans les ganglions voisins de la lésion. Si on greffe ces mêmes ganglions sur un autre lapin, on produit une lésion qui contient des spirochètes. Les auteurs en concluent qu'il existe dans ces ganglions virulents, sans spirochètes, une forme de résistance caractérisée par de fines granulations dont on peut suivre la transformation en spirochètes adultes. On pourrait expliquer ainsi quelques points restés mystérieux dans l'histoire de la syphilis.

Cure azotée et thyroïdienne dans le traitement du syndrome œdémateux avec albuminurie. — MM. CHABANIER, LEBERT, LOBO-ONELL et LUMIÈRE.

Troubles gastriques d'origine appendiculaire latente. — M. CAPLESCO.

Transmission du flux lumineux visible et ultraviolet à travers une série de cylindres de quartz à orientation variable. — M. DEJUST.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1927)

Nature des albumines mesurables par l'index d'erreur de protéines. — MM. R. GOIFFON et HAUDIQUET avaient indiqué dans deux notes antérieures que la présence d'une faible quantité d'albumine apportait un retard au virage d'une solution d'orangé IV à laquelle on ajoutait un acide fort. La quantité d'acide ajoutée peut être la mesure de la quantité d'albumine présente, surtout si elle a été préalablement chauffée.

Ils montrent que les albumines complexes seules provoquent ce phénomène et parmi celles-ci la sérine beaucoup plus que la globuline. Dans le sérum ce procédé mesure pratiquement la sérine seule.

Influence de la dépancréatisation sur la teneur en glutathion réduit des tissus du chien. — MM. A. BLANCHETIÈRE, Léon BINET et L. MÉLON montrent que l'ablation du pancréas chez le chien est suivie d'une chute du glutathion au niveau du foie et au niveau des muscles; cette chute est d'autant plus accentuée que la glycosurie et l'hyperglycémie sont plus élevées; les auteurs opposent cette diminution de la teneur du muscle en glutathion après la pancréatectomie à l'élévation de cette teneur notée par Houssay après la surrénalectomie.

Sur la spécificité et la signification du phénomène de floculation dans les mélanges toxine-antitoxine diphtériques. — M. G. RAMON. Le phénomène de floculation dans les mélanges toxine-antitoxine diphtériques est d'une rigoureuse spécificité; il résulte avant tout de l'interaction de deux éléments : l'élément toxine (ou anatoxine) et l'élément antitoxine, cela quelle que soit la complexité ou l'origine des antigènes diphtériques ayant provoqué l'immunité chez l'animal producteur du sérum, quelle que soit aussi la variété du bacille de Klebs-Löffler ayant servi à préparer la toxine utilisée dans la pratique de la réaction de floculation.

A propos de la vitesse de floculation du sérum antidiphtérique vis-à-vis de la toxine spécifique. — M. G. RAMON. La vitesse de floculation des sérums antidiphtériques vis-à-vis de la toxine spécifique est indépendante de leur contenu en unités antitoxiques et de la variété des antigènes utilisés au cours de l'hyperimmunisation, mais paraît en relation assez étroite avec certaines qualités de ces sérums, acquises et développées, sous l'influence de l'immunisation occulte en particulier.

Essais d'immunisation de l'animal par l'anatoxine tétanique associée à des agents chimiothérapiques. — MM. L. NATTAN-LARRIER, G. RAMON et E. GRASSET ont recherché s'il ne serait pas possible de favoriser la vaccination antitétanique, en associant l'anatoxine tétanique à certains agents chimiothérapiques, tels que la tryparsamide et l'atoxyl. Ils ont pu établir que les chevaux, qui recevaient à deux reprises à un mois d'intervalle un mélange composé de 10 centimètres cubes d'anatoxine et de 3 grammes de tryparsamide ou de 1 gramme d'atoxyl, acquéraient une immunité environ 10 fois plus forte que les chevaux traités par l'anatoxine seule. D'autre part, il a pu être démontré que l'action chimiothérapique de l'atoxyl n'est pas affaiblie par l'injection de l'anatoxine tétanique. Ces constatations ne possèdent pas seulement un intérêt théorique, elles montrent la possibilité de pratiquer simultanément l'immunisation antitétanique et les traitements chimiothérapiques dans les pays exotiques où le tétanos est fréquent et où la médication atoxylique est méthodiquement employée.

Action de la norhomoéphédrine sur le cœur isolé de la grenouille et de l'escargot comparée à celle de l'éphédrine naturelle et de la β-tétrahydronaphtylamine. — Mlle Jeanne LÉVY et M. Paul BOYER. Comme l'éphédrine, la norhomoéphédrine (amino-alcool se rapprochant à la fois de l'éphédrine dont il est un isomère et de la β-tétrahydronaphtylamine) déprime le cœur isolé et perforé de la grenouille par action sur le myocarde, mais elle nécessite des doses beaucoup plus faibles pour déclencher cet effet. Exceptionnellement on peut observer des phénomènes d'augmentation d'amplitude. Le β-tétrahydronaphtylamine détermine seulement une diminution d'amplitude.

Sur le cœur isolé de l'escargot, ces trois corps aux fortes concentrations déterminent également une contraction systolique presque immédiate de l'organe. Aux concentrations plus faibles, l'éphédrine et la norhomoéphédrine ralentissent le rythme, augmentent l'amplitude et déterminent une arythmie particulière analogue à celle provoquée par l'adrénaline. La β-tétrahydronaphtylamine ralentit à ces doses seulement le rythme sans toucher l'amplitude.

CONGRÈS

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE, DE CLIMATOLOGIE ET DE GÉOLOGIE MÉDICALES. (LYON, 5-9 octobre 1927.) — **Bureau du Congrès.** — Président : M. le professeur A. Pic.

Vice-présidents : MM. Desgrez, le docteur Durand-Fardel, Jean Lépine, G. Roque, Savy; MM. les délégués des gouvernements étrangers.

Secrétaire général : M. Piéry, professeur agrégé, chargé de cours d'hydrologie thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon.

Secrétaires généraux adjoints : MM. les docteurs Piatot, médecin consultant à Bourbon-Lancy; Milhaud, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon; Poirot-Delpech, chef de laboratoire à l'Institut d'hydrologie.

Trésorier : M. le docteur Mazeran, médecin consultant à Châtel-Guyon.

PROGRAMME. — A. *Section d'hydrologie.* — Présidents : MM. les professeurs Pinilla (de Madrid), Sellier (de Bordeaux); vice-présidents : MM. Serr (de Toulouse), Blum (de Strasbourg).

Rapports. — « L'équilibre acide-base et la thérapeutique hydro-minérale. » MM. Roger Glénard, Mathieu de Fossey et E. Manceau (de Vichy).

« Gynécologie médicale et cures hydro-minérales. » MM. les docteurs David (de Salies-de-Béarn), Macé de Lépinay (de Néris), Macrez (de Saint-Sauveur), Pierra (de Luxeuil).

« Les bases pathogéniques des cures hydro-minérales en gynécologie. » M. le professeur agrégé G. Cotte (de Lyon).

« Thorium et cures hydro-minérales. » MM. le professeur Cluzet et le professeur agrégé Chevallier (de Lyon).

B. *Section de climatologie.* — Présidents : MM. les professeurs Cerésole (de Padoue), Chassevant (d'Alger); vice-présidents : MM. le professeur Perrin (de Nancy), Lalesque (d'Arcachon).

Rapports. — « La radio-activité de l'atmosphère et son rôle en climatologie. » MM. Pech (de Montpellier), Lepape (du Collège de France).

« Le sympathique en climatologie. » MM. Laignel-Lavastine (de Paris) et Sardou (de Nice).

C. *Section de géologie et d'aménagement scientifique des stations de cure.* — Président : M. Deperet, doyen de la Faculté des sciences de Lyon, membre de l'Institut; vice-présidents : MM. le docteur Mayet (de Lyon), Tony Garnier, architecte.

Rapports. — « L'origine géologique des eaux minérales radio-actives. » M. Pierre Urbain (de Paris).

« L'aménagement scientifique d'une station hydro-minérale radio-active. » MM. Milhaud (de Lyon), Piéry et Pierre Urbain (de Paris).

Règlement du Congrès. — *Article I.* — Le XIIe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales se tiendra à Lyon, du 5 au 9 octobre 1927, et sera complété par une exposition internationale des stations thermales, climatiques et marines.

Article II. — Le Congrès comprend des membres titulaires et des membres associés.

1° *Membres titulaires.* — Toute personne ou toute collectivité agréée par le bureau du Congrès peut faire partie du Congrès au titre de membre titulaire. Seuls les membres titulaires prennent part aux travaux, aux votes du Congrès, et en reçoivent gratuitement les rapports et communications.

2° *Membres associés.* — Les personnes faisant partie de la famille d'un membre titulaire peuvent être admises comme membres associés. Ceux-ci sont invités aux fêtes, aux réceptions officielles et peuvent assister aux séances.

Article III. — La cotisation est fixée à 50 fr. pour les membres titulaires et à 25 fr. pour les membres associés. Une réduction de 50 p. 100 est accordée aux étudiants qui se font inscrire comme membres titulaires.

Les reçus réguliers, émanant du trésorier, assurent seuls l'inscription effective au Congrès.

Article IV. — Les sections du Congrès sont au nombre de trois :

1° Section d'hydrologie;

2° Section de climatologie;

3° Section de géologie et d'aménagement scientifique des stations de cure.

Un ou plusieurs rapports seront faits sur chacune des diverses questions étudiées dans les sections; le volume les réunissant sera envoyé aux membres du Congrès avant l'ouverture de ce dernier.

La durée de l'exposé des rapports ne devra pas dépasser vingt minutes.

Article V. — En plus des rapports, des communications seront admises, non seulement sur les sujets proposés, mais aussi sur des questions diverses. La durée de l'exposé des communications n'excédera pas cinq minutes. Le texte de ces dernières comme celui des observations présentées au cours de la discussion ne dépassera pas une page (page de 47 lignes à 47 lettres par ligne environ) et devra être remis au secrétariat général avant la fin du Congrès. Les interventions dans les discussions des rapports et communications ne dépasseront pas cinq minutes.

Les titres des communications ainsi que les noms de leurs auteurs devront être parvenus au secrétariat un mois au moins avant l'ouverture du Congrès.

INSCRIPTIONS. — Les personnes désirant prendre part aux Congrès comme membres titulaires sont priées de remplir le bulletin ci-joint. Elles y feront figurer également les personnes de leur famille qu'elles désireraient faire inscrire comme membres associés.

Ce bulletin sera adressé à M. le Secrétaire général du Congrès, et le montant de la cotisation à M. le docteur Mazerand, trésorier.

Les inscriptions devront être envoyées avant le 15 septembre 1927.

FACILITÉS DE TRANSPORT. — Les membres titulaires et leur femme, à l'exclusion de tout autre membre de la famille, bénéficieront, de la part des compagnies de chemins de fer français, d'une réduction des prix de transport de 50 p. 100 (tarif plein à l'aller, gratuité au retour) de leur résidence habituelle (si elle est en France) des diverses gares frontières et des ports français (congressistes étrangers) à Lyon et retour.

VOYAGES. — A l'issue du Congrès aura lieu un Voyage d'études aux stations thermales et climatiques d'Aix-les-Bains et d'Allevard (9-10 octobre). MM. les congressistes sont, en outre, invités par l'administration des Thermes de Montecatini à se rendre en Italie (Rome, Montecatini, Salsomaggiore, 12-16 octobre), à l'occasion de l'inauguration des nouveaux Thermes de Montecatini et de la Réunion, à Rome, de la Société internationale d'hydrologie.

Les membres titulaires et associés pourront s'inscrire, à leur choix, pour l'un ou l'autre voyage ou pour tous les deux.

Les facilités accordées aux congressistes pour ces voyages (chemins de fer et frais de séjour) leur seront communiquées dès leur inscription au Congrès.

FÊTES. RÉCEPTIONS. VISITES. — Pendant la durée du Congrès, MM. les congressistes seront appelés à participer à diverses fêtes et réceptions dont le programme détaillé sera porté à leur connaissance ultérieurement.

LOGEMENT. — MM. les membres titulaires et associés recevront en temps utile tous renseignements concernant les hôtels et les restaurants, avec les conditions de prix pour chaque établissement.

EXPOSITION INTERNATIONALE DES STATIONS HYDRO-MINÉRALES, CLIMATIQUES ET MARINES (5-15 octobre 1927). — Cette exposition organisée à l'occasion du Congrès par la Foire internationale de Lyon fera l'objet d'un règlement particulier.

La Commission de cette exposition est ainsi composée :

M. Lignon, président du Conseil d'administration de la Foire de Lyon;

M. C. Bas, administrateur délégué de la Société de la Foire;

M. J. Cluzet, professeur de physique biologique, de physiothérapie et de radiologie clinique à la Faculté de médecine de Lyon;

M. le docteur Moncorgé, président de la Fédération thermale et climatique française;

M. A. Pic, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon;

M. P. Savy, professeur de thérapeutique, d'hydrologie et de climatologie à la Faculté de médecine de Lyon;

M. Touzot, secrétaire général de la Société de la Foire de Lyon, agrégé de l'Université;

M. Pierre Urbain, architecte, chef du laboratoire d'hydrogéologie à l'Institut d'hydrologie de Paris;

Commissaire général : M. le professeur agrégé M. Piéry.

Commissaire général adjoint : M. le docteur Milhaud.

LIVRES NOUVEAUX

Contre Freud, critique de toute psychologie de l'inconscient (1), par Jean BODIN.

J'ai lu ce petit livre avec le plus vif intérêt. Il ne s'agit pourtant que d'une critique philosophique sans l'apport d'aucun fait nouveau, mais j'ai été agréablement surpris de voir que l'auteur s'attaque aux mêmes défauts de doctrine et de méthode du système de Freud que ceux que je me suis efforcé d'indiquer dans mon livre antérieur sur le *Freudisme* (1925). On retrouve ici et là les mêmes citations et les mêmes exemples et cependant M. J. Bodin ne paraît pas avoir eu connaissance de mon travail. Ceci prouve évidemment la valeur de nos conclusions respectives, puisque, partis d'un point de vue différent, utilisant des arguments d'une autre sorte, nous arrivons l'un et l'autre à la même condamnation du freudisme. C'est ce qui me dispense légitimement de faire l'éloge de ce petit volume auquel je souhaite de pénétrer largement, non seulement dans les milieux philosophiques et littéraires, mais aussi dans les milieux médicaux, où il contribuera à dissiper un engouement inexplicable pour un système, qui, malgré l'aspect solide de sa construction, manque de base.

J. LAUMONIER.

(1) Un vol. in-8. — Prix : 14 fr. — Paris, 1926, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

RELATIONS DE PARIS P.-L.-M. AVEC LES VILLES D'EAUX ET LES CENTRES DE SÉJOUR DE L'AUVERGNE ET DU FOREZ. — Les relations de Paris P.-L.-M. avec l'Auvergne et le Forez seront assurées comme suit :

Un express de jour 1re, 2e, 3e classes et wagon-restaurant qui part de Paris à 7 h. 30.

Un nouveau train de luxe de jour « Londres-Vichy-Pullman » composé exclusivement de wagons-salons type Pullman :

Jusqu'au 30 septembre, au départ de Paris : départ, 17 h. 27.

Jusqu'au 1er octobre, au départ de Vichy : départ, 9 h.

Deux rapides de jour : l'un, « Vichy-Rapide », 1re, 2e classes et wagon-restaurant, Paris départ, 11 h.; l'autre, toutes classes et wagon-restaurant, Paris départ, 13 h. 55.

Un express de nuit avec places de luxe, 1re, 2e et 3e classes qui part de Paris à 22 h. 40. Correspondance à Clermont-Ferrand (jusqu'au 30 septembre) et à Issoire (jusqu'au 25 septembre) avec les autocars P.-L.-M. pour Saint-Nectaire, le Lac Chambon et le Mont-Dore.

Un express de nuit avec places de luxe, 1re, 2e et 3e classes, entre Paris et Saint-Etienne : Paris départ, 22 h. 10.

Un express de nuit avec couchettes, 1re, 2e et 3e classes, entre Paris et le Midi par la ligne des Cévennes : Paris départ, 20 h. 30.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CONCOURS POUR L'ATTRIBUTION DES BOURSES DE DOCTORAT EN MÉDECINE. — Par arrêté en date du 28 juillet 1927, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le 17 octobre 1927.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que le candidat aura passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 8 octobre, à 16 h.

CONDITIONS D'ADMISSION A CONCOURIR ET NATURE DES ÉPREUVES. — Sont admis à concourir :

A. *Régime d'études de 1893 à 1899.* — 1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

B. *Régime d'études de 1911-1912.* — Les candidats pourvus de quatre, huit, douze ou seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

C. *Régime fixé par le décret du 10 septembre 1924.* — Les candidats pourvus de quatre, huit, douze ou seize inscriptions qui ont subi avec la note moyenne 7 l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves écrites du concours consistent en compositions écrites, savoir :

I. *Régimes d'études de 1893-1899 et de 1911-1912.* — Etudiants à quatre inscriptions : Une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

Etudiants à huit inscriptions : *a.* Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie; *b.* Une composition de physiologie.

Etudiants à douze inscriptions : *a.* Une composition de médecine; *b.* Une composition de chirurgie.

Etudiants à seize inscriptions : *a.* Une composition de médecine; *b.* Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

II. *Régime d'études de 1924.* — Etudiants à quatre inscriptions : *a.* Une composition d'anatomie; *b.* Une composition d'histologie.

Etudiants à huit inscriptions : *a.* Une composition de physiologie; *b.* Une composition de physique et de chimie biologiques comportant :

1° Une question de physique biologique (1 heure);
2° Une question de chimie biologique (1 heure).

Etudiants à douze inscriptions : *a.* Une composition d'anatomie pathologique; *b.* Une composition de pathologie expérimentale.

Etudiants à seize inscriptions : *a.* Une composition de médecine générale; *b.* Une composition de chirurgie générale ou d'obstétrique.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

N. B. — Peuvent obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année, les candidats qui justifient :

Soit de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat

d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention *assez bien* au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat.

Soit de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention *assez bien* au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit de la mention *assez bien* au baccalauréat et de la mention *bien* audit certificat.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Par arrêté ministériel en date du 19 juillet 1927, il est supprimé un emploi de chef de travaux à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le nombre des chefs de travaux des facultés de médecine, des sciences et de pharmacie de l'Université de Paris, fixé antérieurement à 39 et réparti comme suit : médecine, 13; sciences, 20; pharmacie, 6, est ramené désormais à 38 et réparti ainsi qu'il suit : médecine, 12; sciences, 20; pharmacie, 6.

— Il est créé un emploi de préparateur à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le nombre des préparateurs et assistants des facultés de médecine, des sciences et de pharmacie de l'Université de Paris, réparti antérieurement comme suit : médecine, 72; sciences (assistants), 75 (nombre à ramener progressivement à 55 par application du décret n° VIII du 1er octobre 1926); pharmacie, 33, est réparti désormais ainsi qu'il suit : médecine, 73; sciences (assistants), 75 (nombre à ramener progressivement à 55); pharmacie, 33. (*J. O.*, 30 juillet 1927.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie, physiologie et histologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims s'ouvrira devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy le 3 février 1928.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour un emploi de chef de clinique à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 19 décembre 1927, à 8 h. 1/2 du matin, rue Moreau, n° 13.

MM. les docteurs qui désirent concourir peuvent se faire inscrire à la direction de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, de 10 h. à midi, jusqu'au 3 décembre 1927.

FÉDÉRATION NATIONALE DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE. — RÉUNION DU CONSEIL (3 juillet 1925). — Le Conseil de la Fédération nationale,

Considérant : Que le projet sénatorial sur les Assurances sociales représente un compromis inapplicable entre deux tendances contradictoires (tiers payant et entente directe) [entente directe telle qu'elle a été définie par la Fédération nationale];

Qu'il ne peut satisfaire la Fédération nationale parce qu'il entraîne la suppression du secret professionnel et parce qu'il aboutit pratiquement à la taxation des honoraires en faveur du tiers payant;

Qu'il tend à généraliser la tradition mutualiste qui consiste à exploiter le Corps médical sous couleur de philanthropie, tout en instituant pour les assurés une médecine de qualité inférieure;

Que la preuve est faite du danger représenté par la formule « Liberté des contrats », puisque le texte du Sénat, qui ne satisfait personne, est précisément basé sur une liberté contractuelle totale, dont les caisses seront les bénéficiaires;

Que l'inscription de l'entente directe seule dans la loi est certaine si le Corps médical sait s'unir pour l'exiger;

Décide d'informer le Sénat que la Fédération nationale ne peut accepter la loi telle qu'il l'a votée;

Conjure une fois de plus les syndicats adhérents à l'Union de prendre position en faveur de l'entente directe voulue par l'immense majorité de leurs membres.

COMMISSION INTERNATIONALE PERMANENTE DES MALADIES PROFESSIONNELLES. — La Commission internationale permanente des maladies professionnelles vient de charger les membres français d'organiser la IVe Réunion internationale qui aura lieu à Lyon du 3 au 6 avril 1929.

Les questions inscrites à l'ordre du jour sont les suivantes :

1. Silicose (trois rapports : étiologie, clinique, législation; un rapport général sur les pneumoconioses).
2. Cataracte d'origine professionnelle (deux rapports : étiologie et clinique).
3. Appareil endocrinien et intoxications (on prévoit un rapport unique qui sera confié à trois rapporteurs).
4. Communications sur les résultats d'études encore inédits.

Enfin, si une autre question peut être inscrite à l'ordre du jour, le choix se portera sur le problème des « statistiques des maladies professionnelles ».

M. le professeur Etienne Martin, de l'Institut de médecine légale de Lyon, en collaboration avec les professeurs Agasse-Lafont et Kohn-Abrest (de Paris), et d'accord avec la présidence, choisiront les rapporteurs des questions soumises à la réunion.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Etienne Martin ou au secrétariat de la Commission, Service d'hygiène du Bureau international du travail, Genève.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 20e décade, du 11 au 20 juillet, 818 décès, au lieu de 903 pendant la décade précédente, et au lieu de 999, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 9 pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 34, au lieu de 25 pendant la décade précédente (moyenne 27).

La rougeole a causé 10 décès, au lieu de 16 pendant la décade précédente (moyenne 7). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 134, au lieu de 140 pendant la décade précédente (moyenne 91).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Miramond de Laroquette, médecin principal en retraite; Jacquin (de Bourg) et de M. Marcus, interne à l'hospice de Brévannes.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

PARIS-17e. — Cabinet à céd. ds clin. très bien sit. Petit. client. méd. gén. à dévelop. 2 h. p. j. Recet. : 50 fr. p. jour. Entente poss. avec étud. fin scolar. — S'adresser au Journal.

REMARQUES

SUR

LA SYMPATHECTOMIE PÉRI-ARTÉRIELLE DES MEMBRES

A PROPOS DE 40 CAS

Par MM. CHASTENET DE GÉRY chirurgien et DARIAU
assistant chirurgical de l'Hospice Paul Brousse.

J'ai fait, depuis le mois de novembre 1919 et jusqu'en juillet 1927, 34 sympathectomies péri-artérielles sur 23 malades. Mon assistant Dariau en a fait 6 à raison d'une par malade. Nous disposons donc de 40 cas de sympathectomies se rapportant à 29 sujets différents. Ce n'est pas une série très importante. Néanmoins elle nous a permis d'acquérir une certaine expérience et quelques idées personnelles sur la question. La plupart de nos malades ont été assez bien étudiés, quelques-uns longtemps suivis. Les affections dont ils étaient atteints présentent une certaine diversité qui fait que nous avons pu voir la chirurgie du sympathique artériel périphérique sous plusieurs de ses aspects caractéristiques, tant au point de vue des conditions de la technique opératoire que des indications de cette méthode de traitement et de ses résultats.

Notre expérience porte principalement sur les troubles qu'entraîne l'artérite chronique des membres. C'est la partie du sujet que nous connaissons le mieux. D'ailleurs j'ai fait mes deux premières sympathectomies sur des gangréneux. Les observations en ont été publiées dans ce journal il y a six ans (1) et ont servi de base à la thèse de Dariau (2).

A ce propos je voudrais rappeler qu'au moment où ces opérations ont eu lieu, elles représentaient une application nouvelle de la sympathectomie. Et même, quand parut, deux ans plus tard, l'article qui les relatait, il n'y avait encore rien, à ma connaissance, dans la littérature médicale sur la *résection du sympathique péri-artériel comme moyen de limiter une gangrène ou de l'empêcher de s'étendre au moignon d'amputation*. Cette priorité n'a évidemment qu'une très petite importance mais, comme elle est quelquefois oubliée ou ignorée par ceux même qui font l'historique de la sympathectomie, il me fallait en dire un mot au moment où je reviens à l'objet qu'elle concerne.

Nos remarques touchant la sympathectomie ont trait à la technique et aux constatations opératoires, à l'étude de la circulation dans le membre malade avant et après l'intervention, aux résultats cliniques que nous avons obtenus.

TECHNIQUE ET CONSTATATIONS OPÉRATOIRES. — L'*anesthésie* est le premier point à envisager. Nous avons employé presque invariablement l'anesthésie locale, exactement 37 fois sur 40. Les 3 malades qui ont été endormis sont des opérés du début. D'autre part deux d'entre eux eurent à subir dans la même séance, outre la sympathectomie, l'un une amputation, l'autre une résection des nerfs articulaires du genou.

L'anesthésie locale, plan par plan, à la novocaïne à 0,50 p. 100 sans adrénaline, seule ou précédée d'une injection de pantopon, nous a toujours donné satisfaction. Mais nous infiltrons avec soin la gaine commune des vaisseaux dont la manipulation et l'incision sont, sans cela, douloureuses. La résection de l'adventice artérielle, quand la gaine a été bien anesthésiée est absolument indolore. Une seule fois ce temps essentiel de la sympathectomie a été pénible au patient qui était une jeune femme opérée pour éléphantiasis du membre inférieur (obs. VI).

L'*acte opératoire* lui-même se présente dans des conditions variables selon les sujets, selon les régions et selon les lésions de l'artère. La sympathectomie pratiquée sur une artère anatomiquement normale est simple, sous les réserves que nous indiquerons plus loin. Elle peut être très ardue quand le vaisseau est scléreux ou athéromateux. Dans tous les cas elle exige de la minutie et de la précision et si l'on peut exécuter très vite les premiers et les derniers temps de l'opération, il est indispensable de ne pas sacrifier la sécurité à la rapidité à partir du moment où l'on aborde la gaine vasculaire jusqu'à celui où l'artère est complètement dépouillée. Nous n'avons jamais eu d'accident, c'est-à-dire de déchirure opératoire ou de sphacèle secondaire de l'artère. Cependant un bon nombre des artères que nous avons eu à décortiquer étaient épaisses, dures, adhérentes. Une seule fois la veine fémorale fut blessée et liée (obs. XXIV). Aucun de nos malades n'a présenté d'infection primitive du foyer opératoire, mais nous avons observé dans la zone cicatricielle, deux mois après la sympathectomie, un abcès probablement lymphangitique chez un gangréneux dont la plaie d'amputation suppurait (obs. XXIX).

L'opération ne nécessite aucun outillage spécial. Il est seulement commode d'avoir un petit bistouri d'oculiste, une très fine pince à disséquer sans griffes et des pinces de Terrier.

Voici comment nous procédons. La gaine commune est ouverte longitudinalement. L'artère est prudemment isolée. Quand il s'agit de la fémorale à sa partie moyenne, nous réséquons immédiatement deux petits nerfs satellites de l'artère, qui lui donnent des branches et qui sont d'habitude faciles à reconnaître : le rameau de l'artère fémorale et l'accessoire du saphène interne. En isolant l'artère, nous avons dégagé les collatérales. Il est rare qu'elle n'en ait pas. Ces collatérales sont généralement très petites et elles sont d'autant plus ennuyeuses qu'elles sont petites car on peut alors les arracher avant de les avoir vues. Chaque petite collatérale est sectionnée entre deux pinces de Terrier à 2 ou 3 millimètres de l'artère et liée au catgut 00. Il nous est arrivé deux ou trois fois d'arracher une artériole à son abouchement dans la fémorale. L'hémorragie a été passablement gênante. Le petit orifice, saisi avec une pince de Terrier, a été fermé par une ligature latérale de l'artère au catgut fin.

---

(1) CHASTENET DE GÉRY. La cause et le traitement préventif du sphacèle postopératoire dans les gangrènes séniles, *Gaz. des hôpit.*, 27 et 29 sept. 1921.

(2) DARIAU. Le spasme vasculaire cause du sphacèle postopératoire dans la gangrène sénile. Efficacité thérapeutique de la sympathectomie, *Th. de Paris*, 1922.

La sympathectomie est plus difficile et certainement moins parfaite quand on l'exécute sur un segment artériel pourvu de branches importantes, qu'on ne peut sans inconvénient sacrifier ou voisin d'une bifurcation, par exemple la fémorale à son origine, la poplitée et l'humérale au pli du coude.

L'artère ayant été libérée le mieux possible est prête pour la résection de l'adventice. Quelle doit être la longueur de cette résection? Il n'y a pas de doctrine bien arrêtée sur ce point. Nous avons fait des sympathectomies allant selon les cas de 3 à 10 centimètres. Nous avons commencé par des décortications plutôt courtes, puis nous les avons allongées, pensant obtenir de meilleurs résultats. Personnellement j'ai même fait des sympathectomies étagées, décortiquant à quelques semaines d'intervalle deux portions de la même artère plus ou moins distantes l'une de l'autre (obs. VI, VIII et IX). A première vue, il semble assez logique d'augmenter l'étendue de la sympathectomie pour atteindre un plus grand nombre des filets nerveux qui viennent des nerfs voisins à l'artère, enrichir ses plexus pariétaux. Mais l'observation des faits ne semble pas prouver que ce raisonnement soit exact car la *longueur de la décortication ne nous a pas paru avoir la moindre influence sur les résultats attendus de l'opération.* Les sympathectomies étagées ont peut-être une autre portée, mais trois cas ne permettent pas de les juger.

Sur *la technique de la décortication*, il y a aussi quelques remarques à faire. Certains auteurs, Hertz en particulier, décrivent une opération méthodique dans laquelle l'adventice est enlevée en une lame cylindrique continue et il est vrai que l'opération peut quelquefois se réaliser ainsi, mais c'est tout à fait l'exception. Nous n'avons pu faire cette exérèse continue que trois fois. Souvent le départ est bon, puis le feuillet mince que l'on tient dans la pince se déchire et la résection se poursuit irrégulièrement par l'ablation de lambeaux plus ou moins larges. La décortication postérieure, si l'artère n'est pas très malade et a été bien isolée, ne nous a pas paru très malaisée. En tirant sur une compresse passée sous le vaisseau, on le fait tourner d'un côté ou de l'autre, de manière à rendre accessible sa face profonde.

Jusqu'où doit-on pousser la décortication? Comment sait-on, opératoirement, qu'on a réellement fait une sympathectomie périartérielle? C'est là une grosse question à laquelle il n'est pas facile de répondre, quoi qu'on en dise. Il est admis que l'opérateur est guidé dans sa besogne par les signes suivants : l'artère se contracte fortement jusqu'à devenir parfois presque filiforme; ses battements disparaissent; sous l'effet du sérum chaud, elle blanchit, et sa paroi feutrée laisse voir les derniers débris à enlever de l'adventice. Oui, les choses se passent ainsi très souvent. J'ai vu des artères diminuer des deux tiers de leur calibre. J'ai même vu se contracter des artères scléreuses et fort épaisses. Mais cette contraction ne peut être considérée comme le test suffisant et nécessaire d'une sympathectomie bien faite. D'une part, il y a des artères qui font du spasme dès qu'on les touche et bien avant que l'opération ne soit terminée. D'autre part, certaines artères dures ne changent à aucun moment, si poussée que soit leur décortication. Et il serait assez aventuré de dire qu'en pareil cas l'opération n'a pas été réalisée, car même dans ces conditions il arrive qu'elle soit efficace (obs. XV).

Quant à la disparition totale des battements, je dois dire que je ne l'ai pour ainsi dire jamais vue. Certaines artères scléreuses et plus ou moins thrombosées ne battent pas ni au commencement ni à la fin de l'opération. Assez rarement chez nos malades les pulsations initiales ont diminué d'amplitude. Souvent, au contraire, elle nous ont paru s'accentuer même quand l'artère s'était contractée nettement. Ce fait paradoxal tient peut-être en partie à l'allongement assez fréquent du segment artériel dépouillé qui forme une sorte d'anse à laquelle la moindre pulsation imprime des ondulations très visibles.

Le sérum chaud est simplement commode pour assurer plus de régularité à la résection, mais il n'a pas d'autre intérêt. Deux phénomènes signalés par Leriche nous ont paru assez habituels, c'est l'aspect moniliforme pris peu à peu par le vaisseau et une sorte de rosée sanguine qui perle sur sa paroi plus ou moins blanchie par le dépouillement.

En fait, *il n'y a aucun moyen sûr de savoir, au cours de l'opération, si on a enlevé une couche suffisamment épaisse de paroi artérielle*, c'est-à-dire en somme la totalité de l'adventice. Dans la paroi d'une artère il n'y a pas entre les tuniques externe et moyenne de différence de texture macroscopique qui permette de se repérer exactement et on ne sait jamais si le plan de clivage assez artificiel qu'on suit est bien à la limite des deux tuniques.

On comprend que certains opérateurs s'égarent dans le dépouillement de l'artère et la déchirent ou amincissent tellement sa paroi que celle-ci se sphacèle au bout de quelques jours. On s'explique de même que des opérateurs plus prudents ne fassent que ce que Leriche appelle « la sympathectomie d'intention ». Il est parfois difficile de se tenir dans le juste milieu. Ainsi ai-je été vraiment embarrassé deux fois.

Dans un cas, ayant enlevé par lambeaux un premier feuillet celluleux, je croyais l'opération terminée lorsque je découvris dans la paroi de l'artère un second plan de clivage qui m'amena à détacher de proche en proche un cylindre complet dont l'épaisseur était inquiétante et dont l'ablation laissa l'artère singulièrement amincie. Redoutant un sphacèle secondaire, je faillis réséquer séance tenante le segment artériel douteux. Puis je me décidai à ne rien faire et il n'y eut pas d'accident. Mais cette sympathectomie, plutôt excessive, ne se fit pas remarquer par l'intensité de ses effets physiologiques ou cliniques.

Dans un deuxième cas, où l'adventice d'une fémorale se détachait par plaques très irrégulières en étendue et en épaisseur, une petite zone qui avait à peu près les dimensions d'une lentille se trouva amincie de telle sorte, par rapport aux parties voisines, qu'elle semblait, à l'œil et même au doigt, faire hernie, comme si j'avais réséqué en ce point une partie de la tunique moyenne. Là encore, après

avoir hésité sur la conduite à tenir, je laissai les choses en l'état et il n'y eut aucune complication locale.

Ainsi l'opération est-elle beaucoup moins schématique et réglée qu'elle ne le paraît dans maintes descriptions qui en sont données. Mais les difficultés s'accroissent notablement quand on traite certains sujets, particulièrement des artério-scléreux.

Ici il arrive très souvent que la gaine commune soit d'une densité tout à fait anormale, soudant en un bloc artère et veines avec leurs branches et les nerfs satellites. L'isolement de l'artère, quoique facilité par l'infiltration anesthésique, est pénible. Cependant il constitue une manœuvre importante si l'on veut réellement enlever l'adventice artérielle et non uniquement des parties de la gaine commune. Ensuite on rencontre parfois à la périphérie de l'artère un lacis de vasa vasorum dilatés qui sont sans doute les voies de suppléance du tronc vasculaire atrésié. Il faut se résoudre à déchirer ces petits vaisseaux, quelle que soit leur utilité, ou renoncer à faire la sympathectomie. L'hémorragie qui en résulte n'offre aucune gravité, mais elle trouble et ralentit l'acte opératoire. Enfin l'artère est modifiée dans son aspect, dans sa consistance, dans sa couleur même. Elle est quelquefois uniformément dure, peu ou pas dépressible. Elle bat faiblement ou ne bat pas du tout. La paroi épaisse, irrégulière, peut, en d'autres cas, être restée souple par places, présentant ailleurs des plaques dures d'athérome dont la coloration jaunâtre apparaît par transparence.

Si graves que soient les lésions auxquelles correspondent ces caractères extérieurs de l'artère, nous ne croyons pas qu'elles soient une contre-indication opératoire. Et cette opinion se base sur quelques-uns de nos résultats les plus heureux (obs. X, XV, XX, XXI). Mais chez ces malades la décortication est réellement délicate et sans doute une certaine expérience est-elle plus utile que des notions théoriques pour apprécier le moment où la résection de la tunique externe et de ses plexus nerveux peut être considérée comme faite.

L'ÉTAT DE LA CIRCULATION DANS LE MEMBRE MALADE AVANT ET APRÈS L'INTERVENTION. — La sympathectomie agit, sinon uniquement, du moins principalement, sur la vaso-motricité, et il est entendu que c'est par les modifications survenues dans le régime circulatoire du membre opéré que se juge le mieux l'effet de l'intervention. On est donc conduit à donner une grande importance, quelle que soit l'affection traitée, à l'examen de la circulation locale avant et après cette intervention. Les moyens d'investigation ne manquent pas. Nous ne parlerons des constatations cliniques usuelles sur le pouls, la température locale, la coloration des téguments, les sensations éprouvées par le malade que pour voir en quoi elles concordent avec les données fournies par l'examen oscillométrique. Car c'est de l'oscillométrie surtout que nous comptons nous occuper.

Nous ne nous servons plus que rarement de l'épreuve de Moscowickz. Elle est irrégulière, incertaine et probablement assez dangereuse chez les gangréneux pour lesquels elle a été imaginée. Nous n'avons rien à dire de l'épreuve de Cosacesco, succédanée de la précédente et que nous n'utilisons pas.

L'oscillométrie est une méthode beaucoup plus physiologique et plus générale que les précédentes. Elle est devenue classique. Mais quels renseignements doit-on en attendre dans le cas qui nous occupe ? C'est ce que nous voudrions examiner.

D'abord ne craignons pas d'insister sur *les causes d'erreur* que comporte l'emploi de l'oscillomètre et d'en indiquer quelques-unes qui sont peut-être nouvelles.

J. Emile-Zola, quand il était mon interne, m'a fait remarquer un jour que les résultats fournis par l'oscillomètre variaient, pour des pressions égales, suivant que les courroies du brassard étaient plus ou moins serrées. Au premier abord cela paraît assez étonnant. Expliquons-nous. Je suppose qu'on fasse un premier examen avec un brassard peu serré, en notant l'étendue de l'oscillation pour chaque degré du manomètre. Si, au cours d'un second examen, on serre davantage les courroies, on constatera que les oscillations sont, pour les mêmes pressions que précédemment, plus fortes et même souvent beaucoup plus fortes. Ainsi, toutes choses étant égales du côté du malade, l'amplitude des oscillations recueillies dépend non seulement de la pression mais du volume de l'air contenu dans le manchon de caoutchouc. Si le volume d'air augmente, les pulsations sont amorties et les oscillations diminuent. Voici les chiffres fournis par l'examen d'un sujet normal au niveau du poignet dans les conditions indiquées. Les chiffres du manomètre sont à gauche, l'amplitude oscillatoire à droite.

	Brassard peu serré.		Brassard serré.	
14........	1/2	division	1/2	division
13........	1/2	—	2	—
12........	1	—	3 1/2	—
11........	2 1/2	—	4	—
10........	3	—	6	—
9........	2 1/2	—	6	—
8........	1	—	6	—
7........	1/2	—	3	—

Je n'insiste pas sur les conséquences pratiques qu'on doit tirer de cette remarque.

D'Œlsnitz et Cornil (1) ont, il y a longtemps déjà, attiré l'attention sur une particularité toute différente de l'examen oscillométrique mais qui n'a pas moins d'intérêt pratique. Si l'on fait deux examens de suite sur le même membre, les chiffres du second examen sont plus élevés que ceux du premier, la compression du membre par le brassard ayant été le point de départ d'un réflexe vaso-dilatateur, comme dans l'épreuve de Moscowickz.

J'ai fait avec Zola d'autres constatations de même ordre quoique un peu différentes. Quand on examine successivement les membres droit et gauche d'un même sujet et sans intervalle, ce qui est l'habitude, l'examen du premier côté, surtout chez les

(1) D'ŒLSNITZ et CORNIL. Étude oscillométrique des réactions vasomotrices d'un membre après compression par la bande d'Esmarch, *C. R. de la Soc. de biol.*, 22 fév. 1919.

sujets à sympathique irritable, influence les chiffres du côté opposé et les fait paraître plus élevés qu'ils ne le sont en réalité, ce dont on se rend compte en faisant au bout de quelque temps le même examen en sens inverse. L'action mécanique du brassard peut donc donner lieu à un réflexe vaso-dilatateur étendu au membre opposé. L'examen oscillométrique bilatéral devrait tenir compte de ce fait et, si l'on ne veut pas perdre de temps, il est en tout cas facile de commencer toujours par le même côté afin d'avoir des chiffres qui soient au moins comparables d'une fois à l'autre.

Enfin, les phénomènes inflammatoires siégeant à l'extrémité d'un membre déterminent parfois une vaso-dilatation unilatérale, décelable par l'oscillomètre et susceptible, si l'on n'y prend garde, d'être mal interprétée. C'est ce qui s'est produit chez un de nos malades, tabétique, atteint de maux perforants à répétition (obs. IX). Un petit phlegmon du pied ayant pour point de départ un mal perforant avait causé une vaso-dilatation notable du côté infecté.

Quoique nos examens oscillométriques aient été conduits en général assez méthodiquement, nous ne nous flattons pas d'avoir évité à coup sûr toutes les causes d'erreur, même celles que nous avons indiquées. Cependant nous pensons que les résultats de ces examens, inscrits le plus souvent possible sous la forme de courbes facilement comparables, nous permettent de faire les remarques suivantes :

Les réactions vaso-motrices déclanchées par la sympathectomie sont, classiquement, une vaso-constriction immédiate et passagère puis, au bout de quelques heures, trente-six au plus, une vaso-dilatation qui se prolonge pendant deux à trois semaines. Cette formule-type de réactions nous ne l'avons rencontrée que d'une façon irrégulière et somme toute assez rare, étant donné la constance qu'on lui reconnaît. Il est vrai que nous avons opéré surtout des sujets âgés dont beaucoup étaient artério-scléreux. Puis il n'est question ici, nous y insistons, que des constatations oscillométriques.

Donc, si nous mettons à part les malades qui n'ont pu être correctement examinés et ceux qui avant l'opération ne présentaient aucune oscillation ou des oscillations insignifiantes, *le type classique ne s'est guère présenté à nous que chez un tiers des opérés* (obs. VII, IX, XII, XVIII, XIX). Une autre forme de réactions nous a paru presque aussi fréquente que la précédente, c'est la vaso-dilatation immédiate survenant sans vaso-constriction préalable ou après une courte phase neutre, si l'on peut dire, pendant laquelle n'apparaît aucun changement oscillométrique (obs. III, XI, XV, XXII). Nous avons observé, en outre, des réactions plus anormales : vaso-dilatation très retardée, après le deuxième jour (obs. VI); vaso-constriction très courte suivie, sans vaso-dilatation, d'un retour à l'état antérieur (obs. I); vaso-constriction retardée survenant le deuxième ou le troisième jour (obs. II, V). Parfois il n'y a pas eu de réaction appréciable, aucun changement dans la courbe oscillométrique (obs. VIII, X).

Les réactions vaso-motrices sont rarement localisées au membre opéré. Celui du côté opposé les présente aussi d'ordinaire, quoique à un moindre degré. Deux de nos malades les ont eues aux quatre membres (obs. VII, XXII) et dans un de ces cas, où les lésions étaient bilatérales, l'effet thérapeutique a été égal des deux côtés (obs. XXII).

Selon la théorie courante, la période de vaso-dilatation postopératoire est suivie d'un retour progressif à l'état antérieur. Or, chez quelques-uns de nos opérés réexaminés longtemps — de deux à quatre ans — après la sympathectomie, nous avons constaté un affaissement notable de la courbe oscillométrique qui la met nettement au-dessous de ce qu'elle était avant l'opération. *Il y a donc eu ici une régression circulatoire qui a dépassé l'état antérieur* (obs. III, V, IX, X). Il faut noter que cependant 3 de ces cas sont des succès durables de la sympathectomie. Comment expliquer cette évolution singulière? Un trouble purement fonctionnel, c'est-à-dire une vaso-constriction permanente, ne se comprendrait guère. S'agit-il du rétrécissement cicatriciel de l'artère dans la zone décortiquée ou simplement de l'aggravation d'une artério-sclérose préexistante? Nous ne sommes pas en état de le dire car nos malades étaient tous âgés et plus ou moins artério-scléreux. Je ne pense pas en tout cas qu'on puisse incriminer une thrombose due à l'opération car un tel accident aurait diminué le débit artériel d'une façon beaucoup plus précoce et plus intense, et immédiatement compromis le résultat clinique.

On a, en effet, quelquefois reproché à la sympathectomie d'être une cause de thrombose. Quand on constate un caillot récent dans une artère décortiquée depuis peu, il est bien difficile de dire si ce sont les manipulations opératoires qui ont fait naître la thrombose ou si elle ne relève pas simplement de l'endartérite. Une fois (obs. XXVI), amputant la cuisse d'un malade qui avait subi une sympathectomie sept jours avant, j'ai trouvé la fémorale en partie obstruée par un caillot noirâtre de récente formation. Mais l'artère était très malade et à l'autopsie, quelques jours plus tard, on découvrit des lésions d'artério-sclérose très avancées et diffuses plus que suffisantes à expliquer la thrombose.

Nous avons mis à part les cas dans lesquels l'examen oscillométrique préopératoire était négatif ou ne laissait apparaître, dans d'étroites limites manométriques, que des oscillations trop faibles pour être mesurées. La sympathectomie a ici quelquefois le pouvoir de faire renaître, au moins pour quelques jours, des oscillations appréciables (obs. XVI). Mais en règle générale l'oscillométrie reste négative après l'opération. Et cela évidemment n'est pas d'un bon pronostic. Pourtant, même alors il arrive que l'opération se montre utile et améliore les troubles des malades.

On peut élargir cette remarque. *Il n'est pas rare, en effet, que, même en dehors de l'artérite oblitérante, les résultats de l'oscillométrie soient en désaccord avec les autres constatations cliniques* (obs. VI, VIII, IX, X). Par exemple, alors que l'appareil n'indique pas de vaso-dilatation, le malade accuse une élévation de la température locale que confirme le thermomètre, on observe une coloration rosée de la peau, de la sudation, etc., parfois une

amélioration évidente et rapide des troubles morbides, diminution de l'œdème, cessation des douleurs.

Est-ce à dire que, dans de pareils cas, l'oscillométrie est en défaut? Non sans doute. Mais il ne faut demander à cette méthode que ce qu'elle est en état de donner. On perd trop souvent de vue que, quelle que soit sa sensibilité, elle ne peut indiquer le volume de l'apport sanguin total dans une région déterminée. Elle ne parle que si le courant est pulsatile. En présence d'un courant continu elle est muette. Elle traduit donc surtout ce qui se passe dans les troncs artériels d'un certain calibre, à parois suffisamment souples, et peu ou pas du tout ce qui se passe dans les artérioles dont le courant s'uniformise d'autant plus qu'elles sont plus proches des capillaires. Il s'ensuit que si la vaso-dilatation porte principalement ou uniquement sur les plus petites branches artérielles, l'oscillométrie n'indique pas de modifications dans le régime circulatoire, alors que celles-ci existent réellement.

Résultats cliniques. — Nos cas sont naturellement groupés par maladies, et quand le sujet a été traité pour des troubles différents ce sont les troubles les plus importants qui ont déterminé le classement. D'autre part, nous avons dû, pour ne pas donner trop de longueur à cet article, réduire nos observations aux faits cliniques essentiels.

Ulcères variqueux. — 5 malades, 7 sympathectomies. Tous les malades étaient âgés, atteints d'ulcères récidivants graves et rebelles aux thérapeutiques usuelles, y compris le traitement spécifique. Dans 3 cas une opération veineuse a été, en outre, pratiquée. Dans un cas l'ulcère était accompagné de douleurs très vives. Une autre malade présentait un œdème segmentaire à bascule de cause indéterminée. Résultats : 1 échec complet; 1 amélioration qui n'a duré que quelques mois; 2 succès datant de près de quatre ans; 1 guérison très rapide de l'ulcère et des douleurs, mais ne remontant qu'à quelques mois.

Quoique nous n'ayons opéré que cinq ulcères, ce qui est peu pour émettre un avis, nous croyons que la sympathectomie est utile dans le traitement de cette affection, au moins comme moyen complémentaire.

I. — H..., homme de cinquante-huit ans; énorme ulcère variqueux de la jambe gauche, ancien, infecté, chez un débile mental. Bordet-Wassermann positif. Le 20 mars 1925, *sympathectomie de la fémorale gauche, partie moyenne*. Ulcère non modifié.

II. — J..., femme de soixante-quinze ans. Larges ulcères récidivants des deux jambes ayant débuté à l'âge de trente-deux ans. Bordet-Wassermann douteux. Le 7 novembre 1923, *inclusion sous-aponévrotique de la saphène interne à la cuisse*, du côté droit. Amélioration passagère. Le 4 février 1924, *sympathectomie de la fémorale, partie moyenne, pratiquée des deux côtés*. Cicatrisation rapide des ulcères. Récidive au bout de quelques mois.

III. — N..., femme de soixante-sept ans. Ulcères récidivants des deux jambes depuis l'âge de quarante-six ans. Le 29 octobre 1923, *sympathectomie de la fémorale droite, partie moyenne*. Revue sans récidive des ulcères le 27 mai 1927.

IV. — C..., femme de cinquante-sept ans. Ulcères récidivants des deux jambes. Celui du côté droit actuellement cicatrisé; le gauche en évolution avec vives douleurs dans tout le membre. Le 4 avril 1927, *sympathectomie de la fémorale gauche, partie moyenne*, et *transposition sous-aponévrotique de la saphène à la cuisse*. Cicatrisation de l'ulcère en quelques jours. Disparition immédiate et complète des douleurs. Guérison confirmée le 30 juin 1927.

V. — W..., femme de soixante-neuf ans. Ulcère récidivant, actuellement cicatrisé, de la jambe gauche. Gros œdème de la jambe droite. Le 15 février 1923, *sympathectomie de la fémorale droite, partie moyenne*, et *résection de la saphène interne gauche à la cuisse*. Diminution rapide et marquée de l'œdème. Le 24 novembre 1923, gros œdème de la jambe gauche. Le 4 décembre 1923, *sympathectomie de la fémorale gauche, partie moyenne*. Le 11 juillet 1924, lésions lymphangitiques et phlegmoneuses de la jambe gauche avec phénomènes généraux graves. Guérison lente. Revue le 27 mai 1927 sans récidive de l'ulcère mais avec récidive partielle des œdèmes.

Eléphantiasis. — 1 seul cas de cette affection, 2 sympathectomies. Il s'agit d'un éléphantiasis nostras de cause indéterminée. Echec après une amélioration passagère qui a suivi chacune des sympathectomies pratiquées.

VI. — Femme de trente-cinq ans. Eléphantiasis du membre inférieur gauche, datant de dix ans, monstrueux, étendu des orteils au tiers supérieur de la cuisse, sans adénopathie inguinale. Sujet par ailleurs normal. Le 12 décembre 1923, *sympathectomie de la fémorale, partie moyenne*. Après vingt-quatre heures, membre chaud, rosé, en sueur. Dégonflement rapide et marqué pendant quatre jours, puis arrêt, et l'infiltration revient progressivement. Le 23 janvier 1924, deuxième sympathectomie de la fémorale, partie inférieure. Dégonflement assez marqué pendant quinze jours, puis retour progressif à l'état antérieur atteint le 15 mars 1924.

Troubles divers chez des tabétiques. — 4 malades, 9 sympathectomies, 1 cas de douleurs fulgurantes, 1 cas de douleurs fulgurantes avec arthropathie tabétique, 1 cas de douleurs fulgurantes avec maux perforants et retard de consolidations de fracture, 1 cas de mal perforant.

Résultats : *douleurs fulgurantes*, 1 échec, 2 améliorations importantes, l'une persistant au bout de quatre ans et demi, l'autre ayant duré trois ans jusqu'au décès.

Maux perforants, un échec, une guérison durant deux ans.

Arthropathie, non modifiée.

Retard de consolidation, résultat douteux.

En somme, la sympathectomie a agi d'une façon très appréciable et durable contre les douleurs fulgurantes deux fois sur trois. Cela n'est pas négligeable et montre qu'on peut être utile aux tabétiques en intervenant sur leur sympathique, mais ce n'est probablement pas au sympathique péri-artériel qu'il faudrait s'attaquer. Les maux perforants n'ont été guéris qu'une fois sur deux, mais l'échec s'explique assez bien par l'extraordinaire difformité des pieds du malade qui ont des points d'appui par trop anormaux. Je ne dirai rien de l'arthropathie que j'ai voulu traiter par une opération complexe dans laquelle la sympathectomie n'avait qu'un rôle secondaire, ni du retard de consolidation auquel trop de traitements différents ont été simultanément appliqués.

VII. — D..., femme de cinquante-trois ans, tabétique. Douleurs des membres inférieurs de deux formes : douleurs ostéo-

articulaires presque continues et crises de douleurs aiguës traversant le membre de la fesse au pied. Le 10 février 1923, *sympathectomie des deux fémorales, partie moyenne.* Pendant vingt jours, disparition de toutes les douleurs, puis les douleurs ostéo-articulaires reviennent comme avant, tandis que les crises de douleurs aiguës ne se reproduisent plus que très rarement et sont devenues supportables. Résultat confirmé le 27 mai 1927, quatre ans et demi après l'intervention.

VIII. — M..., femme de cinquante-sept ans, tabétique. Arthropathie tabétique du genou droit depuis un an. Douleurs fulgurantes extrêmement violentes des deux membres inférieurs, prédominantes à droite. Le 30 janvier 1922, *résection des nerfs articulaires postérieurs du genou et sympathectomie des vaisseaux poplités droits.* Disparition d'abord complète des douleurs droites, puis une crise au bout de vingt jours. Arthropathie non modifiée. Le 21 février 1922, sympathectomie de la fémorale droite, partie moyenne. Les crises disparaissent à droite. Le 10 mai 1922, *sympathectomie de la fémorale gauche, partie moyenne.* Disparition des douleurs gauches. Au bout de quelques mois les crises douloureuses reparaissent, mais très espacées, courtes, et d'intensité très modérée. Arthropathie non modifiée. Décès par tuberculose pulmonaire le 11 mars 1925.

IX. — R..., homme de cinquante-trois ans, tabétique. Douleurs fulgurantes très aiguës des deux membres inférieurs. Maux perforants plantaires des deux pieds; ceux-ci d'ailleurs complètement difformes. Le 12 mai 1922, *sympathectomie de la fémorale, partie moyenne des deux côtés.* Disparition complète des douleurs pendant dix jours, puis récidive. Guérison des maux perforants, mais un autre apparaît le 1er juillet 1922. Le 21 janvier 1923, fracture tibio-péronière supérieure droite, quasi spontanée. Retard de consolidation. Le 6 mai, *sympathectomie de la fémorale droite, partie inférieure.* Injection de sérum de fracturé, traitement spécifique, etc. Consolidation s'achève lentement. Revu le 27 mai 1927. Persistance des douleurs fulgurantes. Maux perforants récidivants. Marche difficile avec une canne.

X. — H..., homme de quarante-six ans, tabétique depuis 1910. Mal perforant plantaire. Le 28 avril 1925, *sympathectomie de la fémorale droite, partie moyenne.* Curettage du mal perforant. Guérison le 21 mai 1925. Revu sans récidive le 27 mai 1927.

Syringomyélie douloureuse. — Ce cas semble prouver qu'il y a des douleurs de type sympathique mais d'origine centrale contre lesquelles la résection du sympathique péri-artériel ne peut rien. Peut-être la ramisection serait-elle plus efficace dans un cas de ce genre.

XI. — N..., femme de quarante-sept ans. Douleurs diffuses, extrêmement vives, de type causalgique, du membre supérieur gauche, depuis novembre 1919. Diagnostics variés par divers neurologistes. Finalement, syringomyélie douloureuse par Lhermitte. D'accord avec Lhermitte, le 23 mai 1922, *sympathectomie de l'humérale gauche, partie supérieure,* et *ablation d'un petit myélome du poignet collé au nerf cubital.* Amélioration passagère, puis récidive complète. Radiothérapie rachidienne sans aucun succès.

Troubles vaso-moteurs d'origines diverses. — 3 cas, 4 sympathectomies; 1 cas de cyanose des extrémités des quatre membres, prédominante aux mains et ayant quelque analogie avec la maladie de Raynaud; 1 cas de troubles vaso-moteurs et de douleurs du membre supérieur après amputation du sein; 1 cas de troubles vaso-moteurs avec douleurs du membre supérieur, post-traumatiques. Résultats : 1 échec, 2 guérisons.

XII. — G..., femme de soixante-six ans. Depuis la ménopause, survenue à cinquante ans, cyanose et léger œdème des mains et des pieds, beaucoup plus marqués aux mains. Sous l'effet du froid, engourdissement, fourmillements et accentuation de la cyanose ou syncope blanche. Bordet-Wassermann négatif. Variabilité extrême des résultats oscillométriques et des températures locales avant comme après bains chauds et froids. Le 23 décembre 1925, *sympathectomie de l'humérale droite, pli du coude,* et le 30 décembre *même opération à gauche.* Echec.

XIII. — Q..., femme de quarante ans. Depuis deux mois, douze jours après amputation du sein avec curage de l'aisselle et ligature de la veine axillaire, crises de douleurs très aiguës remontant des doigts à l'aisselle, durant deux à trois minutes et survenant toutes les vingt minutes. Peau passant du rouge vif au blanc cireux. *Sympathectomie de l'humérale à la partie moyenne.* Guérison complète jusqu'à la mort par généralisation cancéreuse trois ans plus tard.

XIV. — S..., homme de cinquante-quatre ans. Depuis deux mois et demi, quinze jours après une forte contusion du bras, crises de douleurs de type causalgique, avec sensations alternatives de chaud et de froid et impotence des doigts, calmées par bains chauds. Artério-scléreux précoce. Le 15 septembre 1923, *sympathectomie de l'humérale, partie moyenne.* Guérison.

Troubles ou lésions relevant de l'endartérite oblitérante. — Nous avons rassemblé dans le même groupe les cas où la sympathectomie a été appliquée au traitement des diverses manifestations de l'endartérite qui souvent se succèdent ou coexistent chez le même sujet.

Toutes ces manifestations, claudication intermittente, troubles vaso-moteurs, gangrène ont pour cause une atrésie organique à laquelle s'ajoute éventuellement une atrésie fonctionnelle par spasme.

Malheureusement, ainsi que je l'ai dit plus haut, nous ne sommes renseignés que sur ce qui se passe dans les artères d'un certain calibre et l'état du réseau artériolaire nous échappe. Or l'apparition et l'évolution des accidents de l'artérite sont commandées par la topographie des lésions vasculaires considérée non dans une de ses parties mais dans son ensemble. Le débit des troncs artériels peut être très réduit ou nul; si la circulation reste assurée par un réseau collatéral de petites branches encore indemnes, si les tissus reçoivent par cette voie une quantité de sang encore suffisante à les faire vivre, la gangrène n'apparaît pas. Que cette voie soit atteinte à son tour — et elle peut être très rapidement fermée par l'extension d'une thrombose ou par un spasme — la cyanose puis la gangrène se montrent. Pour apprécier l'exactitude de ce qui précède, il est intéressant de comparer les observations suivantes :

Voici deux cas de claudication intermittente. Dans l'un l'examen oscillométrique était négatif à partir du genou (obs. XV). Dans l'autre, il n'y avait aucune oscillation ni à la jambe, ni à la cuisse. Pourtant ces deux malades n'avaient pas de gangrène et n'en ont pas présenté jusqu'à leur mort survenue respectivement huit mois et six mois après la sympathectomie. Ici la circulation de suppléance était suffisante.

Par contre, voici un malade atteint de gangrène du gros orteil qu'il m'a fallu amputer (obs. XXIX). On lui trouvait des oscillations infimes mais perceptibles au-dessus des chevilles et un indice oscil-

lométrique de 1 entre 18 et 1, au-dessous du genou. Donc la perméabilité relative des troncs artériels n'a pas empêché la gangrène de se produire, vraisemblablement parce que les lésions artérielles étaient diffuses et s'étendaient jusqu'aux plus petites branches.

Ces considérations montrent qu'en présence d'un artérioscléreux qui fait ses premiers troubles circulatoires dans un membre, il est extrêmement difficile sinon impossible de prévoir la marche des accidents aussi bien que l'effet de la sympathectomie qui peut leur être opposée. Mais il serait absurde d'en conclure que la sympathectomie n'a rien à faire ici. Autant vaudrait abandonner la thérapeutique de toutes les affections qui comportent des facteurs inconnus de gravité.

Voyons comment on peut comprendre le mode d'action de la sympathectomie dans les accidents de l'artérite? D'abord elle fait cesser le spasme vasculaire qui très souvent aggrave le déficit circulatoire des artérioscléreux, qui est sans doute la cause immédiate de la claudication intermittente et provoque le sphacèle secondaire des gangréneux amputés. Puis par ses effets vasodilatateurs, elle active le cours du sang dans la zone mal irriguée; ainsi elle prévient peut-être l'extension de la thrombose, en tout cas, augmentant l'apport sanguin si celui-ci peût être augmenté par la dilatation des voies de suppléance, elle aide à la nutrition des parties encore viables et à la séparation du mort et du vif. Enfin elle s'est montrée capable de guérir les douleurs de la gangrène ou celles qui la précèdent.

On a dit, après Leriche, que la sympathectomie serait nécessairement inefficace si elle était pratiquée au dessous de la lésion artérielle oblitérante. Cela ne me paraît pas certain. La sympathectomie n'a pas seulement pour but et pour effet de dilater les grosses artères et celle en particulier qui est décortiquée mais de créer une vaso-dilatation diffuse étendue à tout le système artériel et même capillaire du membre. D'autre part nous avons vu que le réflexe vaso-dilatateur déclanché par l'opération était général et atteignait le membre opposé. Dans ces conditions, si le sympathique de l'artère est encore capable de réagir et réagit effectivement suivant le mode habituel, si toutes les voies qui amènent le sang aux parties malades, voie principale et voies accessoires ne sont pas oblitérées, il semble que l'opération ne sera pas forcément inutile, ayant été pratiquée sur un segment d'artère sous-jacent à la lésion principale.

Pratiquement la sympathectomie nous paraît devoir être toujours pratiquée dans la claudication intermittente et dans les insuffisances circulatoires prégangréneuses. Quant aux gangrènes il faut distinguer entre elles. Les gangrènes humides qui sont tout autant infectieuses qu'ischémiques, rapidement envahissantes et accompagnées de phénomènes généraux graves ne relèvent que de l'amputation immédiate et haute.

Nous croyons par contre que dans les gangrènes sèches de l'endartérite oblitérante vraie, la sympathectomie a des indications plus fréquentes qu'on ne l'admet généralement. Il est très certain qu'elle ne guérit pas la gangrène. Mais elle en favorise la limitation et fait disparaître la cyanose et l'infiltration des tissus voisins, ce qui est beaucoup et serait un résultat admirable s'il était obtenu à tout coup. Quand la gangrène est encore très réduite, plaque de sphacèle superficielle d'un orteil ou d'un doigt par exemple, la sympathectomie est souvent une thérapeutique à elle seule suffisante, l'élimination spontanée des tissus morts étant dans ce cas aisée et rapide. Mais si la mortification est plus étendue, nous croyons que la résection du sympathique ne doit être que le premier temps d'une amputation économique pratiquée dans un délai de trois à quinze jours.

Il est évident que ce plan peut et doit être modifié selon les circonstances. Nous avons supposé que la sympathectomie avait été efficace. Lorsque au contraire les troubles de la région périgangréneuse n'ont pas été améliorés et que la mortification s'étend, il n'y a pas de raison de surseoir davantage à l'amputation qui devra être plus large et souvent remonter jusqu'à la cuisse. Mais même dans ces cas, trop fréquents, la sympathectomie n'aura pas toujours été inutile. Le sphacèle du moignon est une complication désastreuse qui n'épargne pas les amputations les plus hautes et je crois que le meilleur moyen de l'éviter est la sympathectomie préalable.

Nos observations de troubles ou lésions dus à l'endartérite se décomposent ainsi : 15 malades, 17 sympathectomies.

2 *claudications intermittentes,* 1 succès qui s'est maintenu huit mois jusqu'au décès; 1 récidive après deux mois.

2 cas de *troubles vaso-moteurs prégangréneux :* 1 amélioration passagère; 1 amélioration qui a duré dix-sept mois jusqu'au décès.

11 cas de *gangrène sénile*, dont 6 sans amputation et 5 avec amputation.

Les 6 cas sans amputation ont donné 3 guérisons sans récidive jusqu'à la mort survenue respectivement six ans, cinq ans, six mois (sujet de quatre-vingt-sept ans) après la sympathectomie; 1 amélioration jusqu'à la mort par urémie survenue trois semaines après l'opération; 1 mort par rachi-anesthésie au moment où on allait amputer la cuisse, deux jours après la sympathectomie; 1 mort par troubles cardio-pulmonaires progressifs, un mois après l'opération.

Les 5 cas avec amputation ont donné 1 guérison sans récidive jusqu'à la mort deux ans et dix mois après l'opération; 1 guérison datant de trois mois (malade encore en traitement) et 3 morts, l'une par broncho-pneumonie dix-neuf jours après l'opération, la seconde par collapsus cardiaque onze jours après l'opération; la troisième par broncho-pneumonie un mois après l'opération.

Claudication intermittente.

XV. — L..., femme de soixante-dix-neuf ans. Claudication intermittente typique bilatérale, plus marquée à droite. Troubles vaso-moteurs : jambes et pieds froids, cyanosés avec zones blanches. Le 23 mai 1924, *sympathectomie bilatérale de la fémorale partie moyenne.* Guérison complète. Mort de broncho-pneumonie sans récidive le 29 janvier 1925.

XVI. — L..., homme de soixante-quatorze ans. Claudication intermittente droite. Le 3 mai 1923, *sympathectomie de la fémorale droite à son origine.* La claudication disparaît totalement pendant deux mois puis récidive. Mort par asystolie le 14 novembre 1924.

Troubles vaso-moteurs prégangréneux.

XVII. — G..., femme de soixante-quinze ans. Cyanose et refroidissement du pied gauche. *Sympathectomie de la fémorale gauche, partie moyenne* le 24 juillet 1926. Amélioration très nette jusqu'au milieu de novembre, puis récidive et extension rapide des troubles circulatoires à la jambe avec gangrène. Mort le 26 novembre 1926 de myocardite et congestion pulmonaire. A l'autopsie : artério-sclérose généralisée. Thrombose de la fémorale. Infarctus multiples des reins et de la rate.

XVIII. — B..., homme de soixante et onze ans. A quarante ans, après une pneumonie, gangrène du pied et de la jambe gauche ayant nécessité amputation de cuisse au tiers supérieur. Depuis quelques années engelures des orteils. Actuellement plaques bleuâtres des cinq orteils droits et douleurs sous forme de brûlures intolérables. Le 4 juin 1923, *sympathectomie de la fémorale droite, partie moyenne.* Disparition complète des douleurs, les orteils restent légèrement cyanosés. Mort le 18 septembre 1924 d'asystolie.

Gangrènes.

Les malades XIX et XX sont ceux dont les observations ont été publiées dans mon article de 1921 et dans la thèse de Dariau. Je ne fais que les indiquer ici en donnant la date de leur mort.

XIX. — G..., homme de soixante-trois ans. Gangrène sénile du pied droit. Le 12 novembre 1919, *amputation basse de jambe et sympathectomie de la poplitée.* Mort sans récidive le 30 septembre 1922.

XX. — B..., homme de soixante-sept ans. Gangrène de trois orteils du pied gauche. Le 19 novembre 1919, *sympathectomie de la fémorale gauche, partie moyenne.* Elimination des parties gangrénées et guérison. Mort sans récidive le 3 novembre 1925.

XXI. — G..., homme de quatre-vingt-sept ans. En 1910, plaque de gangrène dans l'intervalle des premier et deuxième orteils. Guérison par air chaud. En janvier 1925, ictus. En octobre 1925, congestion pulmonaire. Depuis lors, cyanose très foncée et impotence complète des orteils gauches et gangrène superficielle du gros orteil. Le 2 novembre 1925, *sympathectomie de la fémorale gauche, partie moyenne.* Les orteils reprennent une coloration normale et récupèrent quelques mouvements. Elimination des parties mortifiées superficielles du gros orteil. Mort de broncho-pneumonie le 2 mai 1926.

XXII. — B..., femme de quatre-vingt-cinq ans. En février 1922, cyanose des doigts des deux mains avec fourmillements et légère cyanose de la face plantaire des orteils. Au début de mars, gangrène de l'extrémité des quatre derniers doigts de chaque main, dans l'étendue d'un quart à une demi-phalange. Le 10 mars 1922, *sympathectomie de l'humérale gauche au pli du coude.* Disparition rapide des troubles circulatoires des mains et des pieds. Limitation et élimination des parties gangrénées. Guérison complète. Mort sans récidive, le 27 février 1927, de broncho-pneumonie.

XXIII. — G..., femme de soixante-quatorze ans. Depuis douze ans, troubles vaso-moteurs des mains qui blanchissent dans l'eau froide. Il y a quatre ans, gangrène de l'extrémité de l'index droit qui s'élimine. Depuis peu, cyanose très foncée des doigts et des orteils avec sensation de froid permanente. Plaque de gangrène du gros orteil gauche. Le 2 juillet 1920, *sympathectomie de l'humérale droite au pli du coude et de la fémorale gauche, partie moyenne.* Amélioration rapide des troubles vaso-moteurs des quatre membres, mais mort d'urémie le 24 juillet 1920.

XXIV. — B..., homme de soixante et onze ans. Gangrène sèche des cinq orteils gauches et d'une partie de l'avant-pied. Vives douleurs. Le 14 avril 1926, *sympathectomie de la fémorale gauche, partie moyenne.* Le 15 avril, disparition des douleurs. Œdème aigu du poumon, saignée. Le 28 avril, escarres talon, sacrum. Le 1er mai, oligurie, dyspnée, arythmie. Aggravation progressive des troubles viscéraux. Mort le 16 mai.

XXV. — B..., homme de soixante-neuf ans. Gangrène des orteils, une plaque de gangrène face dorsale du pied, une autre face externe de la jambe et broncho-pneumonie. Le 19 septembre 1922, *sympathectomie de la fémorale à son origine.* Le 21 septembre, rachi-anesthésie pour amputation de cuisse. Mort au bout de quelques minutes.

XXVI. — V..., homme de soixante-dix-neuf ans. Gangrène des quatrième et cinquième orteils. Troubles vaso-moteurs du pied. Genou en flexion par contracture antalgique. Le 17 octobre 1924, *sympathectomie de la fémorale gauche, partie moyenne.* Les jours suivants, extension de la gangrène qui semble devenir humide. Le 24 octobre, *amputation de cuisse au-dessous de la partie moyenne.* Fémorale obstruée par un caillot récent. Le 3 novembre, broncho-pneumonie. Les bords de la plaie d'amputation sont gangrénés sur 1 à 2 centimètres. Mort le 5 novembre. Autopsie. Broncho-pneumonie gauche. Œdème du poumon droit. Infarctus des reins. Lésions de la totalité des artères des deux membres inférieurs. Long caillot dans la fémorale gauche, fibrineux en haut, cruorique en bas.

XXVII. — C..., homme de soixante-dix-huit ans. Gangrène du cinquième orteil gauche avec troubles vaso-moteurs du pied. Le 31 juillet 1925, *sympathectomie de la fémorale gauche, partie moyenne.* La gangrène s'étend. Le 5 août, *amputation de cuisse au tiers inférieur.* Le 11 août, mort de collapsus cardiaque.

XXVIII. — B..., homme de soixante-huit ans. Plaques gangréneuses sur quatre orteils du pied droit. Cyanose du pied. Le 9 juillet 1924, *sympathectomie de la fémorale droite, partie moyenne.* Le 15 juillet, amélioration très nette, escarres se limitent, troubles vaso-moteurs ont disparu. Fin de juillet, extension de la gangrène, broncho-pneumonie bilatérale. Le 1er août, *amputation basse de jambe sous anesthésie locale.* Le 3 août, sphacèle des lambeaux. Mort le 10 août.

XXIX. — B..., homme de soixante-trois ans. Depuis 1923, claudication intermittente. En juin 1924, plaque de gangrène du deuxième orteil gauche traitée par sympathectomie fémorale par un autre chirurgien. Guérison et amélioration de la claudication pendant deux ans. Février 1927, gangrène du gros orteil droit et cyanose de l'avant-pied. Vives douleurs. Bordet-Wassermann positif. Bruit de galop. Subictère. Le 18 février 1927, *sympathectomie de la fémorale droite, partie moyenne.* Amélioration nette. Limitation de gangrène, disparition de la cyanose et des douleurs. Au début d'avril, cyanose et douleurs reparaissent. Le 9 avril, *sous anesthésie locale, amputation basse de jambe.* Le 12 avril, plaie d'amputation infectée, on la désunit. Le 13 avril, deux petites zones étroites de sphacèle sur le bord des lambeaux et qui s'éliminent rapidement. Fin d'avril 1927, abcès métastatique ou lymphangitique sous la cicatrice de la sympathectomie et abcès dorsal; 30 juin 1927, malgré insuffisance hépato-rénale et congestion pulmonaire récente, la plaie d'amputation évolue vers la guérison.

Il nous serait difficile de donner des conclusions à cet article. Il n'est qu'un assemblage plus ou moins ordonné de remarques de détail et de faits cliniques qui ne se prêtent guère à être condensés en

quelques formules, nous expliquerons du moins dans quel esprit il a été conçu. La sympathectomie péri-artérielle est une méthode extrêmement intéressante mais encore pleine d'inconnues et assez mal déterminée dans presque toutes ses parties, technique, mécanisme physiologique, indications. Quand on l'applique ou qu'on l'étudie, il y a un double écueil à éviter. C'est d'une part, négligeant toutes les incertitudes qui la concernent et toutes les occasions de les préciser, de s'en servir sans autre souci que de compter les cas où elle réussit et ceux où elle échoue, c'est, d'autre part à l'inverse, de vouloir tout expliquer à son sujet et de construire de fragiles théories. Nous avons essayé d'échapper à ces deux dangers. Sans doute on est toujours forcé d'interpréter quand on observe, mais si l'on raisonne en se tenant au contact des faits, on ne risque pas trop de s'égarer. Nous avons voulu surtout, notant ce que nous avions observé, même quand cela se trouvait contredire des données généralement admises, faire un travail d'analyse dont les éléments fussent toujours utilisables.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

LUXATION TEMPORO-MAXILLAIRE

Affection de l'adulte, fréquente chez la femme. Dans la règle : luxation antérieure et bilatérale.

Sa particularité : *Impossibilité active absolue* de :
Fermeture de la bouche.
Rétropulsion du condyle.

ETIOLOGIE

Causes prédisposantes :
Faiblesse musculaire et laxité ligamentaire.
Récidive fréquente.

Causes déterminantes :
Tout abaissement forcé du maxillaire inférieur au cours de :
Acte physiologique.
Crise d'épilepsie.
Choc. Avulsion dentaire.

MÉCANISME. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le condyle file en avant, brise la capsule, dépasse le ménisque.

Le ménisque arrêté par son frein ne peut suivre le condyle.

Ainsi, condyle :
Coïncé entre le temporal en haut et le ménisque qui, derrière lui, s'est plaqué au plafond de l'article.
Maintenu par deux forces qui se font équilibre :
Masséter et ptérygoïdien interne tirent en haut le coroné.
Ligaments spléno et stylo-maxillaires tiennent l'angle.

Donc : Le *ménisque commande* le déplacement.
Les *ligaments le maintiennent* irréductible.

CLINIQUE

Type de description : Luxation bilatérale.

Malade se présente : bouche béante, arcades écartées, immobiles, joues allongées et aplaties, propulsion combinée à abaissement, salivation abondante.

Mastication, déglutition, phonation impossibles.

Examen :
En avant du conduit auditif externe :
Dépression de la temporo-maxillaire déshabitée.
En avant de la dépression :
Saillie du condyle déplacé.
Perception du masséter dur, tendu.
Toujours une radio pour le col du condyle.

ÉVOLUTION

En général bonne et, après le port d'une fronde pendant quelque temps, tout rentre dans l'ordre.

Un seul point noir : **La récidive.**

Non pas : la luxation récidivée immédiatement après réduction à cause de la suppression trop précoce de la fronde.

Mais : la vraie luxation récidivante, accompagnée de laxité ligamentaire, déformation du ménisque.

Récidive fréquente, quand sujet dépasse un certain angle d'ouverture.

Arrive à être indolore.
Pénible infirmité.

FORMES CLINIQUES

Luxation unilatérale.
Bouche de travers avec déviation du côté sain.
Joue tendue du côté malade.

Luxation ancienne :
Rare.
Ouverture diminue. Troubles fonctionnels s'atténuent.
Déformation subsiste avec mauvais articulé dentaire et gêne fonctionnelle.

Luxation en arrière :
Exceptionnelle.
Une complication grave lui est propre :
Enfoncement du conduit auditif.

Luxation en haut et en dehors.

Luxation associée à une fracture du col du condyle.

COMPLICATIONS

Rares.
Ouverture avec arthrite et ankylose.
Fracture du col du condyle.
Irréductibilité d'emblée.

PRONOSTIC

Bon. Toujours craindre la récidive.

DIAGNOSTIC

Positif. — Facile. Toujours **Radio**.

Différentiel. — Un seul diagnostic : **La fracture du col du condyle.**
Trauma. Douleur très vive.
Crépitation perçue par doigt dans le conduit.
Condyle à sa place. Pas de dépression.
Menton dévié du côté malade.
Distance de l'angle au conduit diminuée.
Mouvements non transmis.
Radio.

TRAITEMENT

Luxation banale récente :
Un bouchon entre les dents pour ne pas être mordu.
Pouce appliqué sur la molaire postérieure, la main embrassant le bord inférieur du maxillaire et l'angle.
Presser en bas, en arrière et en dehors après avoir augmenté l'ouverture de la bouche.
Port d'une fronde, alimentation demi-solide dans les jours qui suivent.

Récidivante :
Arthrotomie et suture du périoste aux ligaments externes.

Ancienne :
Se rappeler que la réduction non sanglante reste très longtemps possible. Pince de Stromeyer.
Si impossible, arthrotomie accompagnée de :
Soit réduction simple.
Soit résection condylienne, soit extirpation méniscale.

Irréductible d'emblée :
Enlever le ménisque.
Dans toutes ces interventions on saura se rappeler que le FACIAL est à 17 millimètres du col du condyle.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Hygiène infantile, par Raoul BRUNON, professeur honoraire de clinique interne à l'Ecole de médecine de Rouen. Publie la 3e édition de son *Traité d'hygiène infantile*. In-8 de 280 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, N. Maloine.



CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Le concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine aura lieu le lundi 17 octobre 1927.

Le registre d'inscription sera clos le samedi 8 octobre, à 16 h.

Pour les pièces à fournir s'adresser à la Faculté de médecine, guichet n° 1.

MÉRITE AGRICOLE. — Sont nommés :

Au grade d'officier. — M. le docteur Maumus (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Huertas (d'Oran) et Rouslacroix (de Marseille).

MÉDAILLE DE LA MUTUALITÉ. — Les récompenses honorifiques ci-après sont accordées, pour services rendus à la mutualité, aux personnes dont les noms suivent :

Médaille d'or. — MM. les docteurs Gourrier (de Marseille), Sauné (d'Aspret), Schrœder, Serin et Veillau (de Paris).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Daviot, Magnon et Meynet (de Nice), Fesq (d'Aurillac), Garnier (de Nancy), Kuborn (de Levallois), Moreau (de Paris), Paris (de Liancourt).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Auché (de Bordeaux), Bitterlin (de Joinville-le-Pont), Cenet, médecin-major de 2e classe au service de santé des troupes du Maroc; Jouet (de Paris), Laurent (de Bois-Colombes), Noirin (au Moule), Guadeloupe), Perrody (de Paris).

Mention honorable. — MM. les docteurs Dupuy (de Moulle), Galtier (de Villemonble), Lesur et Yacoël (de Paris).

LES TACHES SOLAIRES ET LA PATHOLOGIE HUMAINE (1). — Nous avons résumé la communication du docteur Maurice Faure (de la Malou), à la séance du 1er mars 1927 de l'Académie de médecine, sur les relations des taches solaires avec la recrudescence des accidents morbides au cours des maladies chroniques et avec les morts subites. La Société médicale du Littoral, ayant ouvert une enquête sur ce sujet, adresse la circulaire que voici aux médecins des villes d'eaux et stations climatiques, des maisons de santé et des sanatoria, etc., afin qu'ils veuillent bien noter les accidents collectifs présentés par leurs malades, et adresser ces notes au président de la Société médicale qui les confrontera avec les dates des taches solaires.

Nous rappelons que l'année 1927 est particulièrement fertile en taches et nous engageons vivement nos lecteurs à collaborer à cette intéressante recherche qui ouvre à la science des horizons nouveaux.

« Mon cher confrère,

Plusieurs des membres de notre Société ont attiré l'attention, à diverses reprises, sur la recrudescence des symptômes des maladies chroniques, coïncidant avec le passage des taches solaires au Méridien central. Nous avons pensé qu'il vous était facile de contrôler cette observation, puisque votre surveillance journalière s'étend sur des malades chroniques nombreux et analogues. Si donc, à diverses périodes, vous constatez chez eux, sans cause apparente, une recrudescence simultanée de symptômes divers, une aggravation de leur état, ou l'apparition d'accidents aigus inaccoutumés, il y aura lieu de vérifier si cette période n'est pas une période de taches solaires.

A cet effet, nous venons vous demander si vous voulez bien noter les dates exactes des périodes d'accidents morbides que vous constaterez et nous transmettre ces dates, avec l'indication sommaire des symptômes observés. De notre côté, nous

(1) Cf. Taches solaires et santé, *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 58, p. 958.

tiendrons un compte exact des passages de taches solaires et nous vous ferons savoir s'il y a eu coïncidence. D'ordinaire, la durée de la période des accidents coïncidant avec un passage de taches est de deux à trois jours consécutifs, mais, comme l'année 1927 est particulièrement fertile en taches solaires importantes et se suivant parfois à de très courts intervalles, il peut arriver que la durée des accidents dépasse de beaucoup les limites habituelles et s'étende sur une semaine et même plus.

Nous vous serons très reconnaissants, mon cher confrère, du concours que vous voudrez bien nous apporter dans l'étude de cette question nouvelle dont la haute portée ne peut vous échapper.

Nous recueillerons soigneusement les observations que vous voudrez bien nous transmettre, et elles ne seront publiées qu'avec votre nom.

Nous sommes à votre disposition pour vous renseigner plus complètement si la question vous intéresse; si même vous désirez être avisé d'avance du passage des taches solaires, veuillez nous le demander.

Croyez, mon cher confrère, à l'assurance de nos meilleurs remerciements et de nos très cordiaux sentiments.

Le Président :

M. FAURE. »

Adresser la correspondance au docteur M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice, du 15 novembre au 15 mai, et à La Malou (Hérault), du 15 mai au 15 novembre.

COURS DE PRATIQUE CARDIOLOGIQUE, sous la direction de M. le docteur Ch. Laubry, avec la collaboration de MM. les docteurs Daniel Routier et Jean Walser, assistants de la consultation de cardiologie, et avec le concours de MM. les docteurs Marchal, médecin des hôpitaux; Robert Chaperon, chef du laboratoire de radiologie; Louis Deglaude, chef du laboratoire d'électro-cardiographie; de M. Jean Moussoir et de Mlle Thérèse Brosse, internes du service.

Les cours et exercices pratiques auront lieu du 10 au 27 octobre 1927, à l'hôpital Broussaïs, 96, rue Didot (XIVe), tous les matins, de 10 h. à midi, et les après-midis à des heures qui seront fixées au moment du cours.

Distribution du cours. — Tous les jours, sauf le jeudi, leçon orale (voir programme ci-dessous), de 11 h. à midi. Le jeudi, consultation de polyclinique cardiologique, de 10 h. à midi, par M. le docteur Laubry. Les mardis et samedis, de 9 h. 1/2 à 11 h., consultations de cardiologie par MM. les docteurs Daniel Routier et Jean Walser. Lundis, mercredis et vendredis, examen radiologique, sous la direction de M. le docteur Robert Chaperon, des malades vus la veille aux consultations de cardiologie. Visites dans les salles, par M. le docteur Laubry, avec leçon clinique au lit du malade, les lundis, mardis, mercredis et samedis, de 10 à 11 h. L'après-midi, travaux pratiques de polygraphie, électro-cardiographie, radiologie et technique physiologique cardio-vasculaires, sous la direction de MM. les assistants.

Programme des leçons orales. — Les œdèmes cardiaques. Physiologie de la contraction cardiaque. Données pratiques de l'électrocardiographie. La syncope. L'asthme cardiaque. Les extrasystoles. Physio-pathologie et pathogénie des bradycardies. Les arythmies sinusales. Eléments du pronostic dans le rétrécissement mitral. Les insuffisances aortiques. Les aortites abdominales. Anatomie radiologique de l'aorte. Tabagisme, caféisme et théisme. Thérapeutique cardiaque (données générales et données nouvelles).

Les inscriptions se feront le jour de l'ouverture du cours, le 10 octobre, à l'hôpital Broussais.

Droit d'inscription : 200 fr.

CHRONIQUE

COMMENT UN HOMME MAL INFORMÉ PEUT METTRE EN DANGER TOUTE UNE COMMUNAUTÉ (1)

Par W. W. Keen, M. D., de Philadelphie,
Membre du « Gorgas Memorial Institute »,
Professeur honoraire de chirurgie au Collège médical Jefferson.

[M. le professeur W. W. Keen, continuant sa croisade pour la revaccination, nous adresse le dernier article qu'il vient de publier pour essayer de vaincre l'inertie ou l'entêtement de ses compatriotes. Nous le remercions de sa communication qui est aussi d'actualité en France.] *N. D. L. R.*

Le guerre franco-prussienne de 1870-1871 a causé une épidémie de petite vérole qui a fait le tour du monde. En 1873, l'épidémie a atteint Philadelphie. J'étais alors un jeune praticien qui ne s'était pas encore spécialisé dans la chirurgie.

Aussitôt que je vis que la petite vérole était épidémique, je pris la liste de ma clientèle qui, à cette époque, il y a plus d'un demi-siècle, était loin d'être trop longue et je commençai à rendre visite à tous les clients que j'avais jamais eus, en disant :

« Il faut vous faire vacciner à cause de l'épidémie actuelle, à moins que vous l'ayez été avec succès depuis moins de cinq ans. »

Tout se passa très bien jusqu'au moment où je me trouvai en face d'un grand et gros charretier avec une femme et six enfants. Quand je lui eus exposé l'objet de ma visite, il dit : « Ça va bien, docteur, vaccinez ma femme et les enfants, mais pour moi je ne veux pas l'être. Je n'ai pas la moindre crainte de la petite vérole. Elle ne m'attaquera jamais. »

Je plaidai avec chaleur mais il fut inflexible, et en conséquence je ne pus vacciner que sa femme et ses six enfants. Heureusement tous les vaccins « prirent ».

Dans le courant de la semaine le charretier était au lit avec la petite vérole noire. Dans la semaine qui suivit il était dans son tombeau. Je confesse que je tremblai pour sa femme et ses six enfants car quand la petite vérole s'était déclarée le vaccin n'avait que quatre jours. Quelle merveilleuse victoire!

A cette époque nous ne reconnaissions pas, comme nous le faisons aujourd'hui, la nécessité absolue d'un isolement complet, et dans ce petit logement la femme et les enfants allaient fréquemment dans la chambre du malade alors que la petite vérole est la plus contagieuse de toutes les maladies.

Heureusement mes craintes étaient sans fondement car aucun des sept ne fut atteint de la petite vérole. Mais, d'autre part, le père ne laissait aucune ressource, la famille dut se diviser et les enfants furent recueillis par plusieurs personnes. L'entêtement d'un homme chargea la communauté du support et de l'éducation de ses enfants jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de se subvenir à eux-mêmes.

Est-ce qu'un homme entêté et mal informé a le droit d'imposer un tel fardeau à une communauté alors qu'il existe un moyen préventif simple et sûr comme l'exemple ci-dessus le prouve clairement?

Il y a trois ans, à Détroit, il y eut 124 cas de petite vérole noire : 123 morts et 1 guérison. Cela montre combien la petite vérole noire est maligne.

(1) Extrait du *Gorgas Memorial Institute* de Chicago (30 juin 1927).

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA SOI-DISANTE

MALADIE DE BUERGER[1]

Par le docteur A.-C. GUILLAUME.

Voici, par exemple, quelques observations qui retracent des aspects différents de l'affection que nous étudions ici :

Obs. II (Buerger). — J. R..., Hébreux russe, âgé de trente-deux ans consulte l'auteur, le 9 septembre 1909, pour qu'il précise son état car son frère a la même maladie et est en évolution de gangrène. En 1904 (à l'âge de dix-sept ans) il commence à ressentir une *douleur particulière, coupante, dans le mollet gauche, quand il marche pendant une certaine distance*, cette douleur l'oblige à soutenir son membre pendant la marche. Ce phénomène (probablement de la claudication intermittente) persiste pendant deux ans pendant lesquels le malade est souvent insomnique par suite d'une *sensation douloureuse de brûlure dans les orteils*. En 1906 on porte chez ce malade le diagnostic d'érythromélalgie, car à certains moments sa *jambe était très rouge*. La jambe droite, d'autre part, n'a jamais été le siège d'aucun trouble. Un autre chirurgien, à ce moment, fait le diagnostic de pied plat et immobilise le pied dans une botte pendant deux mois. A l'ablation de la botte de contention on note l'existence d'*une ulcération à la face interne de la cheville gauche*, plaie qui refuse de cicatriser (décubitus?). En dépit de toutes les mesures prises pour déclancher la cicatrisation de cet ulcère la plaie était toujours ouverte un an après l'ablation de la botte. A ce moment les troubles étaient si intenses qu'on conseille une amputation au malade, mais celui-ci la refuse, et, une année plus tard, la *plaie se ferme spontanément* par emploi d'un pansement à l'ichtyol, et, graduellement après cette époque (1908), soit quatre ans après le début des troubles, tous les troubles disparaissent et il a été indemne de tout trouble depuis.

En 1909, un an après la cicatrisation de la plaie, le malade est examiné par l'auteur et celui-ci constate que *tous les vaisseaux des deux membres inférieurs, y compris les fémorales, poplitées, tibiales postérieures et pédieuses sont dépourvues de pulsatilité*. Les deux pieds présentaient une légère rougeur dans la position pendante, mais cette rougeur était insuffisante pour que l'on puisse diagnostiquer une érythromélie. De plus il y avait une ischémie fort nette dans la position élevée.

Voici donc une observation d'un malade examiné à une période de rémission de la maladie; ce n'est d'ailleurs pas à cause de cette rémission que nous la reproduisons ici, mais pour traduire l'aspect d'une forme clinique dans laquelle les accidents sont frustes et dans laquelle l'oblitération vasculaire passerait certainement inaperçue, si elle n'était pas recherchée.

Une autre observation rapportée par Buerger nous donne un aspect un peu différent de l'affection.

Obs. III (Buerger). — M. R..., quarante-quatre ans, Hébreux russe, père de trois enfants sains, entre à l'hôpital le 8 décembre 1908. Ses jambes ne l'ont pas gêné jusqu'il y a un an environ, époque à laquelle il a constaté la présence de *zones sensibles à la face interne du pied droit*. Bientôt après *apparaissent des « masses » et des « cordes » au voisinage de la cheville et plus haut sur la jambe*. Au bout de deux mois elles disparaissent pour se reproduire après un court intervalle. Depuis, le malade n'a jamais été complètement libre de « zones douloureuses » et, actuellement, il accuse la présence de certaines d'entre elles. Environ trois mois après le début de ces troubles, le malade a éprouvé une *douleur dans le gros orteil*, particulièrement lors de la marche. Cette douleur s'est accentuée graduellement, de telle sorte que le patient n'a guère pu sortir depuis deux mois. Depuis assez longtemps le malade éprouvait souvent des *crampes dans le mollet de la jambe droite après avoir marché pendant une certaine distance*. Son principal sujet de plainte est, cependant, l'état douloureux de la face interne de la jambe droite.

L'examen du malade montre l'*existence de troubles circulatoires dans la jambe droite*. Les artères pédieuses et tibiales postérieures sont dépourvues de pulsatilité, bien que le pouls des artères fémorale et poplitée soit aisément perçu.

Au bord interne du pied droit il y a une *bande rouge longue de 1 centimètre et demi environ*, celle-ci correspond à une *masse sensible, indurée, qui s'amincit et se perd quand on la suit vers la jambe*. A une courte distance au-dessous du milieu de la jambe, l'extrémité supérieure d'une *corde dure* peut être palpée. Celle-ci s'étend vers le bas derrière la crête tibiale, sur plus de 5 centimètres, est adhérente à la peau, quelque peu nodulaire, et marque le centre d'une zone dans laquelle la peau est hypersensible, gonflée et turgide. Il n'y a pas de troubles trophiques.

Le diagnostic porté est celui de thrombo-angéite et de thrombo-phlébite de la saphène interne et de certaines de ses collatérales.

En décembre 1908 une portion de la saphène interne est prélevée pour examen histologique.

En fin décembre 1908, l'examen physique montre une rougeur légère du pied droit, lorsque celui-ci est placé dans l'horizontale; cette rougeur est plus marquée sur le gros orteil et s'évanouit vers la cheville. Dans l'espace compris entre le troisième et le quatrième orteils, *il y a un ulcère superficiel*. A la face interne du pied, à environ cinq centimètres de la malléole interne, il existe un nodule dur, en forme de corde, qui adhère à la peau. Derrière le tibia il y a la cicatrice laissée par l'ablation d'une portion de la saphène interne. La saphène interne n'est plus perçue. *A l'élévation du pied le blanchiment se produit rapidement et la douleur devient intense; la position déclive détermine une forte rougeur du pied* (intense érythromélie).

En février 1909 la douleur devient de plus en plus violente et continue et *le quatrième orteil devient noir*. Le 23 février on pratique l'amputation à la hauteur du genou, à la demande du patient, et pour gangrène du quatrième orteil.

Voici donc un cas dans lequel le début, également insidieux et sans caractères morbides vraiment démonstratifs, aurait parfaitement pu faire penser à des *rhumatismes* ou à une *algie goutteuse*. Après une évolution qui s'est prolongée assez longtemps, avec ces seuls caractères douloureux, sont apparus des troubles trophiques.

J'indique maintenant un autre aspect de l'affection.

Obs. IV. — A.... homme actuellement âgé de quarante-quatre ans, Russe né à Odessa d'un père italien et d'une mère russe (aurait peut-être eu une arrière grand'mère israélite?), entre dans le service du docteur Robineau passé du service du professeur Sicard, pour être amputé pour douleurs dans le pied droit et troubles trophiques. Nie toute syphilis. Fume, depuis l'âge de dix-huit ans, une quantité minime (4 à 5 cigarettes) par jour.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit*, 1927, n° 61, p. 1009.

C'est un commerçant qui a vécu toute sa vie à Odessa, il est actuellement réfugié à Paris.

Il y a deux ans, à l'âge de quarante-deux ans, *a souffert pour la première fois dans les deux jambes à l'occasion de la marche.* Cette douleur se produisait quand la marche était rapide, disparaissait si le malade s'arrêtait et réapparaissait après quelques moments de marche; il s'agit donc nettement d'une douleur à type de claudication intermittente.

Ces douleurs sont apparues pour la première fois en hiver (décembre) *et se sont reproduites dans les années suivantes pendant la période d'hiver.*

Il y a un an, en décembre 1925, *une plaie s'est produite au cinquième orteil du pied gauche.* Ulcération trophique n'ayant aucune tendance spontanée à la cicatrisation, s'accompagnant de vives douleurs. L'amputation du cinquième orteil amène la guérison. Voici deux mois, en janvier 1927, s'est produite, sans cause apparente, *une ulcération entre le premier et le deuxième orteil du pied droit;* cette plaie n'a aucune tendance spontanée à la cicatrisation et s'accompagne de vives douleurs, non seulement dans les deux premiers orteils, mais également dans les trois autres orteils.

Cette douleur est très violente, fortement exagérée par la chaleur et l'élévation du pied, elle est calmée par le froid et la position pendante, aussi le malade reste-t-il assis dans son lit le pied droit hors du lit et reposant sur une chaise placée en contre-bas.

A l'examen, malade pâle. Le pied droit est très froid, rouge violet jusqu'au-dessus du cou de pied, et gonflé, mais sans phénomène de godet.

Une importante ulcération occupe le premier espace interdigital, les orteils voisins sont en voie de racornissement et les orteils suivants n'ont pas un aspect normal. Le pouls pédieux n'est perçu ni d'un côté ni de l'autre, non plus que le pouls tibial postérieur.

A l'oscillométrie on note l'existence d'une suppression totale des oscillations dans le quart inférieur des deux jambes. Les oscillations reprennent très faibles dans le tiers moyen et s'accentuent à mesure que l'on monte vers la racine du membre, elles deviennent normales au-dessus du genou.

L'examen des veines superficielles révèle, au-dessus du cou de pied droit, à la face antéro-interne de la partie inférieure de la jambe, un nodule dur, allongé, fixe, qui se continue de toute évidence avec la veine saphène et que l'on peut interpréter comme une oblitération de la veine; le malade ignore complètement l'existence de cette lésion et n'a jamais constaté ni douleur, ni inflammation en ce point.

Les fémorales battent normalement au pli de l'aine.

Aucun des traitements pratiqués n'a eu de résultat sauf l'emploi des nitrites qui a provoqué un soulagement. Une sympathectomie a été pratiquée en 1925 sans aucun résultat favorable même transitoire. Le sphacèle continuant à gagner, et les douleurs étant très violentes, on décide l'amputation. Celle-ci est pratiquée au début d'avril. Amputation de Syme et ablation séparée du nodule situé à la face antéro-interne de la partie inférieure de la jambe. Ce nodule est bien constitué par une oblitération de la veine saphène.

Sauf les veines, la plaie saigne très peu. Les vaisseaux sont oblitérés, leur calibre est considérablement réduit.

Cette observation traduit un aspect dans lequel les troubles trophiques et douloureux atteignent un membre inférieur, puis l'autre membre inférieur, amenant dans l'un et l'autre cas à pratiquer une amputation partielle.

Je crois inutile de multiplier ici les observations rapportant l'aspect clinique et évolutif de l'affection qui nous occupe.

2. L'ÉVOLUTION ET LES CONSÉQUENCES DE LA MALADIE DE BUERGER. — L'amputation, comme nous l'avons vu, n'est cependant pas l'aboutissant inéluctable de l'affection; il est des cas où, après des accidents de claudication intermittente et même après l'apparition d'ulcères trophiques, tout rentre dans l'ordre, et le malade vit parfaitement, sans trouble notable, tout en conservant l'oblitération de ses troncs principaux.

Il semble cependant que l'amputation est l'issue à laquelle aboutissent habituellement les malades : Buerger signale 52 p. 100 d'amputations chez les malades qu'il a observés. Mais il ajoute : « Sans doute, dans beaucoup de cas, l'amputation a dû devenir nécessaire un peu plus tard, quand les patients étaient hors d'observation, si bien qu'une estimation de 75 à 80 p. 100 ne serait pas trop élevée. » Perla estime que l'amputation est très fréquente (elle a été pratiquée dans 37 des 41 cas observés, soit 90 p. 100 des cas) et se produit en moyenne de un à deux ans après l'apparition des premiers symptômes. Dans les 16 cas que j'ai personnellement observés jusqu'à présent, les amputations ont dû être pratiquées dans 9 cas, et dans 3 de ces 9 cas on a dû pratiquer des amputations bilatérales limitées des membres inférieurs.

L'amputation est d'ailleurs, dans bien des cas, une éventualité à laquelle on doit avoir recours plusieurs fois chez le même malade, soit que l'on soit amené à sacrifier successivement plusieurs membres différents, soit que l'on soit contraint à des amputations successives de plus en plus hautes du même membre.

A titre d'indication voici le pourcentage d'une statistique des mutilations rapportées à 100 cas; il indique la proportion dans laquelle les mutilations multiples sont observées.

Pas d'amputation pratiquée	5 p. 100
Amputation de la jambe droite........	17
Amputation de la jambe gauche........	57
Amputation des deux jambes...........	16
Amputation des deux jambes et des doigts des deux mains....................	4
Amputation des deux jambes et du bras gauche..........................	1

Comme l'indique cette statistique, ce sont les membres inférieurs qui sont le plus souvent sacrifiés, ce sont d'ailleurs ceux qui sont le plus souvent atteints.

L'atteinte d'un seul membre (soit inférieur, soit supérieur) est une éventualité assez rare, et d'ailleurs, ainsi que le fait remarquer Buerger, « la majorité des cas de thrombo-angéite oblitérante, quand ils sont suivis pendant une période de temps assez longue, montrent des lésions des deux extrémités inférieures ».

Les chiffres fournis par Buerger indiquent les proportions suivantes :

Dans 21 p. 100 des cas il y avait atteinte simultanée des membres supérieurs et inférieurs (dont 18 p. 100 d'atteinte simultanée des deux membres inférieurs et d'un ou de deux membres supérieurs, et 3 p. 100 des malades chez lesquels un seul membre inférieur était atteint simultanément à un ou deux membres supérieurs).

Dans 53 p. 100 les deux membres inférieurs étaient atteints, les membres supérieurs étant indemnes.

Dans 26 p. 100 des cas, un seul membre inférieur était atteint.

En somme, dans 74 p. 100 des cas, deux membres au moins étaient atteints, le membre supérieur n'étant, dans aucun des cas rapportés, atteint indépendamment des membres inférieurs.

Perla indique que, parmi les 41 malades qu'il a observés, deux membres ou plus de deux membres étaient atteints chez 35 patients (soit 85 p. 100), et parmi ces 35 patients on notait dans 7 cas une atteinte des quatre membres (soit 17 p. 100).

Parmi les malades que j'ai observés, il y avait une seule atteinte des artères des membres supérieurs, atteinte qui coïncidait avec une atteinte des deux membres inférieurs; dans un cas seulement un membre était seul atteint et il s'agissait du membre inférieur gauche.

Mes 16 observations se répartissent donc de la manière suivante :

Les deux membres inférieurs	13 fois
Les deux membres inférieurs et le membre supérieur droit	2
Le membre inférieur gauche	1

L'évolution de la maladie est plus ou moins rapide, dans les cas où elle évolue avec ou sans rémission, vers la gangrène ou l'amputation pour ulcère trophique et douleurs continues.

Buerger signale que la gangrène, quand elle s'est produite, est apparue, dans ses observations, au plus tôt un an et huit mois après les premiers symptômes et au plus tard douze ans après les premiers symptômes. Perla recule les deux limites, dans ses observations les extrêmes étant trois semaines et quatorze ans après les premiers symptômes, la moyenne étant comprise entre un et deux ans; mais il faut remarquer que, dans les statistiques de Perla, 21 des 41 malades, soit plus de la moitié, ont été atteints de gangrène ou amputés moins d'un an après l'apparition des premiers symptômes.

Les chiffres indiqués par Perla sont d'ailleurs les suivants.

La durée des troubles avant gangrène ou amputation a été de :

Moins d'un mois	2 fois
De un à trois mois	7
Quatre à six mois	8
Sept mois à un an	4
Un à deux ans	11
De deux à trois ans	4
Cinq ans	1
Six ans	1
Sept ans et demi	1
Neuf ans	1
Quatorze ans	1

Les rémissions spontanées, indépendantes de toute thérapeutique, sont fréquentes au cours de cette affection; ces rémissions peuvent être de fort longue durée, j'en ai observé une de sept ans et Perla en signale une de quinze ans. Parmi les rémissions observées par Perla (dans la quasi-totalité des cas observés il y a eu rémission), 27 p. 100 étaient inférieures à un an, 24 p. 100 étaient de un à deux ans, 34 p. 100 de trois à cinq ans, 7 p. 100 de cinq à dix ans et 7 p. 100 de dix à quinze ans.

La rémission est le plus souvent complète (à l'exclusion évidemment des signes physiques témoignant de l'occlusion artérielle), mais, dans un tiers des cas de Perla, cas qui ont évolué dans l'ensemble assez rapidement, les symptômes fonctionnels et subjectifs, bien que fortement amendés, n'ont à aucun moment complètement disparu. Dans le plus grand nombre de cas cependant la rémission a été caractérisée par des périodes sans symptômes pendant un à deux ans.

LES FORMES CLINIQUES

Ici, comme dans toutes les affections, on décrit, suivant la prédominance d'un symptôme dans le tableau, des formes cliniques particulières.

L'atteinte des veines superficielles, la *phlébite migrante*, serait relativement fréquente d'après Buerger (21 p. 100), elle serait beaucoup moins fréquente aux dires de Perla (5 p. 100); quant aux auteurs japonais ils considèrent cette phlébite migrante comme exceptionnelle, si même elle existe; j'ai constaté des oblitérations des veines superficielles chez 3 de mes 16 malades, oblitérations qui s'étaient certainement constituées sans qu'aucun phénomène aigu de phlébite se soit produit, puisqu'elles ont passé absolument inaperçues de malades fort attentifs à leur état et qui rapportent d'une façon très précise les détails les plus insignifiants de leur maladie et de leur passé pathologique (1).

Dans les observations rapportées par Buerger la phlébite migrante est révélée par des « plaques rouges » qui apparaissent sur la peau, correspondent à une induration douloureuse et se présentent sous la forme de bandes coïncidant avec le trajet d'une veine superficielle; cette éventualité clinique se place indifféremment aux diverses périodes de la maladie, soit avant l'apparition de tous les autres troubles, soit en coïncidence avec une quelconque des phases de développement de ces troubles, soit aux stades ultimes de l'affection quand la gangrène amène le malade à être amputé. L'incidence de ces atteintes veineuses, quand celle-ci se traduit par des manifestations qui prennent une importante place dans le tableau clinique, peut justifier l'identification de *formes thrombo-phlébitiques*.

L'intensité de l'érythrose de déclivité a fait décrire des *formes érythroméliques*, mais il faut distinguer cette érythrose de déclivité de l'*érythromélie réactionnelle ou provoquée* sur laquelle insiste Buerger et qui serait une *manifestation vaso-motrice*; cette érythromélie réactionnelle serait mise en évidence

(1) Je dois signaler, cependant, que l'examen histologique systématique, en coupes sériées, pratiqué sur les veines superficielles et profondes prélevées sur des jambes amputées pour artérite juvénile, m'a montré l'existence d'altérations veineuses importantes (stade préliminaire des altérations veineuses constatées dans les trois cas où, cliniquement, on palpait des nodules sur le trajet de la saphène interne) alors que, dans ces cas, l'exploration palpatoire systématique des veines superficielles n'avait rien révélé avant l'amputation.

par l'élévation puis par l'abaissement du pied; cet abaissement serait suivi alors d'une rougeur plus intense que celle qui existait, précédemment à la manœuvre, dans la même position déclive du pied; ces modifications vaso-motrices de retour du sang indiqueraient, selon Buerger, une altération des vaisseaux troncs principaux qui sont incapables d'assurer le passage du sang lors de l'élévation; c'est une manifestation analogue à celle mise en évidence par la *recherche de l'angle de suffisance circulatoire.*

L'érythromélie, la cyanose (deux degrés différents de la coloration des membres), ne doivent pas être confondues avec les rougeurs de lymphangite que l'on peut observer dans ces cas.

Des phénomènes vaso-moteurs caractérisés s'associent parfois à ces lésions, la *syncope locale* ou ischémie, provoquée par l'exercice, s'observe parfois au cours de l'affection, elle est, dans certains cas, suivie d'un retour vaso-dilatateur; c'est dans le stade de début de l'affection que l'on constate ces *phénomènes vaso-moteurs*; à ce stade, on peut constater, dans certains cas, une instabilité vaso-motrice locale caractérisée par des alternances de syncope locale ou de cyanose avec refroidissement et hypoesthésie, et des périodes de retour circulatoire caractérisées par une rougeur avec fourmillements et brûlures. Ces phénomènes vaso-moteurs sont, pour le moins, fort inconstants. On ne peut donc pas leur accorder une importance diagnostique, et, d'autre part, les phénomènes vaso-moteurs n'ont absolument rien de particulier à cette affection, car on les retrouve dans des affections qui, jusqu'à présent tout au moins (le syndrome de Raynaud par exemple), sont considérées comme distinctes de la thrombo-angéite oblitérante. On peut envisager cependant une *forme vaso-motrice* de l'affection, forme de début d'ailleurs.

LES ATTEINTES VISCÉRALES ET LE PRONOSTIC

La connaissance des lésions viscérales satellites de la thrombo-angéite oblitérante apparaît bien pauvre si l'on s'en tient aux travaux de Buerger; les autopsies sont, en effet, très rares dans ces cas puisque parmi les faits observés par Buerger les seuls cas suivis de mort (3 autopsies sur plus de 500 malades observés) ont été constatés chez des patients ayant succombé aux suites de l'amputation (1) pratiquée en raison de l'atteinte des voies circulatoires des membres.

Si l'on s'en tenait aux seuls cas dans lesquels, parmi les observations de Buerger, il y a eu autopsie, la documentation serait bien pauvre; fort heureusement nous avons d'autres sources de renseignements qui nous permettent de juger sur une plus ample moisson de faits; nous avons, en effet, pour juger, d'une part les renseignements qui nous sont fournis par les constatations anatomiques faites dans les autopsies pratiquées dans d'assez nombreux cas publiés autrefois et qui, de toute évidence, se rapportent à la même affection, nous avons, d'autre part, les renseignements qui nous sont fournis par l'examen clinique des malades, nous avons enfin les lésions observées sur certains viscères extirpés chirurgicalement par suite d'une atteinte de ces organes.

Etudions successivement les renseignements qui nous sont fournis par ces différentes sources :

1° Lésions constatées sur des viscères extirpés isolément lors d'une intervention chirurgicale;

2° Lésions viscérales signalées dans les anciennes observations s'identifiant avec l'artérite juvénile;

3° Lésions constatées dans les autopsies pratiquées chez les sujets morts dans les suites opératoires des amputations commandées par la thrombo-angéite oblitérante.

Buerger croit reconnaître l'aspect des lésions aiguës (qu'il considère comme caractéristique de la maladie), dans des territoires viscéraux : artères et veines du cordon spermatique, vieilles lésions des branches de l'artère coronaire stomachique dans un ulcère de l'estomac; Murphy a décrit des lésions analogues dans les vaisseaux rénaux.

Comme nous le verrons en étudiant les anciennes observations d'artérite juvénile (avec laquelle il faut à mon avis confondre la soi-disante maladie de Buerger), ces lésions des vaisseaux viscéraux sont assez fréquentes et s'observent éventuellement, dans certains cas, dans les divers territoires viscéraux; c'est ainsi qu'on les observe dans les vaisseaux pulmonaires, digestifs, dans les vaisseaux cérébraux, correspondant à des foyers de sphacèle par ischémie et dans les zones infarcies. Dans la thèse de Prioleau notamment, on retrouve de ces exemples de participation des vaisseaux viscéraux et des gros vaisseaux au processus. Mais, cliniquement tout au moins, ces atteintes viscérales concomitantes semblent être rares ou, tout au moins, asymptomatiques, car dans la quasi-totalité des cas les signes témoignant de l'oblitération vasculaire se limitent aux membres; c'est ce qui fait du pronostic de cette affection un pronostic extrêmement sombre si l'on envisage le point de vue fonctionnel (l'invalidité partielle par amputation est la règle dans ces cas) et extrêmement favorable si l'on envisage le point de vue vital.

Si les signes témoignant d'une participation des vaisseaux du tronc et de la tête au processus d'atteinte vasculaire sont rares, cela ne veut pas dire, cependant, que leur absence est une règle absolue qui ne souffre pas d'exception.

Dans nombre d'observations on note, avec une fréquence qui est trop élevée pour être une simple coïncidence, la coexistence de troubles qui indiquent un certain degré de perturbation des fonctions viscérales; l'albuminurie est, ainsi, notée dans un bon nombre de cas, une élévation anormale de l'azotémie a, de plus, été signalée assez fréquemment sans que l'on puisse rapporter cette élévation plus au rein qu'au foie; des troubles de l'irrigation encéphalique se sont traduits chez certains patients par des signes traduisant l'existence de foyers cérébraux, par de l'hémianopsie, par des parésies notamment.

(1) Les malades ayant succombé aux suites opératoires, dans les cas de Buerger, sont morts d'hémorragie, d'insuffisance cardiaque et d'embolie pulmonaire.

Si les signes témoignant de l'atteinte des vaisseaux des membres sont toujours fortement prédominants dans le tableau clinique, on reconnaît donc cependant, dans quelques cas, la présence de troubles qui permettent, les uns de suspecter l'intégrité des viscères, les autres de conclure très ferme à cette atteinte.

Ce qui renforce cette conviction de l'existence d'une participation plus ou moins larvée (et le plus souvent même absolument occulte) d'une atteinte des vaisseaux du tronc et du crâne au processus qui lèse les artères des membres, ce sont les constatations faites lors des autopsies pratiquées chez des malades atteints de lésions des membres et qui ont succombé aux suites opératoires de l'amputation du membre atteint; ici, en effet, rien dans le tableau clinique présenté par le malade avant l'amputation n'avait fait penser à l'atteinte des vaisseaux du tronc ou de la tête, et pourtant dans toutes les autopsies pratiquées (d'ailleurs peu nombreuses il est vrai) on a constaté l'existence d'une atteinte de certains de ces vaisseaux.

Dans tous les cas autopsiés dans ces conditions notamment dans les 3 seuls cas autopsiés par Buerger (4 décès sur plus de 500 cas), dans l'observation suivie d'autopsie rapportée par Perla, dans d'autres observations que l'on retrouve dans les publications antérieures, on a constaté chaque fois des plaques d'athérome dans les vaisseaux viscéraux, alors que dans les vaisseaux périphériques on ne trouvait que des lésions considérées comme étant démonstratives de la thrombo-angéite oblitérante. Il est bon de remarquer, à ce propos, que les trois sujets autopsiés par Buerger avaient respectivement vingt-quatre ans, vingt et un ans et trente-cinq ans. En dehors des indications que de tels faits fournissent à l'existence des rapports intimes éventuels de l'artérite juvénile avec l'athérome artériel (étude que nous reprendrons dans un autre travail), ces faits permettent de penser que l'intégrité présumée par nombre d'auteurs des vaisseaux du tronc est seulement apparente et non réelle dans ces faits cliniques.

Quelle est l'importance de ces atteintes des vaisseaux du tronc pour le pronostic général de l'affection?

Des 500 malades qu'il a observés, Buerger, sans préciser le nombre des patients qui ont succombé, l'indique implicitement très faible puisqu'il écrit : « Peu de faits peuvent être réunis, car seulement trois autopsies ont été faites dans les cas qui sont venus à l'observation de l'auteur. »

Au chapitre des accidents survenus après opération (par suite de l'insuffisance cardiaque, d'hémorragie ou d'embolie pulmonaire), Buerger n'apporte personnellement que deux observations; au chapitre des accidents mortels attribués à l'extension du processus à des vaisseaux viscéraux, l'auteur rapporte également deux observations personnelles; la mort ne s'est donc produite (accidents post-opératoires et extension de l'affection) dans les observations de Buerger, que dans 0,8 p. 100 des cas.

Perla sur 41 malades observés a un décès. Dans les 16 cas que j'ai personnellement observés, aucun décès. Comme on le voit la proportion des cas suivis de mort est infime.

LES SIGNES CARDINAUX DE LA MALADIE DE BUERGER

Il faudrait reproduire nombre d'observations pour traduire chacun des divers aspects caractéristiques de la thrombo-angéite oblitérante. On peut toutefois, sans reproduire ces observations, indiquer les signes cardinaux de l'affection qui sont : *claudication intermittante persistante*; *érythrose de déclivité; douleurs continues contemporaines d'ulcérations trophiques, provoquées, le plus souvent, sur les orteils, par la coupe des ongles*; *apparition d'un sphacèle extensif qui commande l'amputation*; *constatation de phases phlébitiques récentes ou anciennes*; *périodes de rémission plus ou moins longues se produisant à diverses phases de l'évolution de la maladie; atteinte successive de plusieurs membres* (inférieurs ou supérieurs) *aboutissant à des mutilations successives et étagées.*

C'est l'intrication, suivant des modalités différentes, de ces divers signes cardinaux, qui caractérisent les formes cliniques particulières de l'affection.

Au point de vue des formes évolutives de la maladie on peut également, indépendamment des formes symptomatologiques indiquées précédemment, distinguer, en outre de la forme habituelle à évolution lente, une *forme fulminante* que Buerger définit ainsi : « Bien que la marche normale de la maladie soit chronique et progressive avec une longue période prodromique, il est des cas dans lesquels un très rapide développement de la gangrène peut se produire. » Il est possible que, dans ces cas, les phénomènes prodromiques aient été méconnus étant de faible intensité ou parce qu'ils se développent insidieusement. Chez ces patients l'état froid du pied et la douleur dans les orteils peuvent être les premiers symptômes conduisant rapidement à l'apparition de zones de mortification. Parmi ces *formes insidieuses ou méconnues* qui marquent le début de l'affection, Buerger insiste sur les *formes caractérisées par des douleurs d'aspect rhumatismal* (*forme rhumatoïde*) et il écrit :

« On peut dire que chez un jeune Hébreu, particulièrement d'origine russe ou polonaise, toute gêne persistante dans le pied ou la jambe justifie une investigation minutieuse visant à vérifier l'intégrité des artères du membre, et cela par suite des multiples variations de la symptomatologie. » Cette conclusion de Buerger me semble extrêmement juste, mais, comme je l'ai montré ailleurs, elle s'applique à tous les individus, quelle que soit leur race, et elle s'applique également aux troubles trophiques.

Telles sont les caractéristiques cliniques essentielles de l'affection décrite par Buerger sous le nom de thrombo-angéite oblitérante, et à laquelle on donne volontiers, actuellement, le nom de maladie de Buerger; j'indiquerai ultérieurement les importantes réserves qu'il y a lieu d'opposer à de telles conceptions qui envisagent l'affection comme une *maladie*, comme un état absolument à part (symptomatologiquement, anatomiquement et étiologique-

ment) des autres variétés d'oblitération artérielle ; je montrerai notamment que tout commande d'assimiler d'une façon absolue la soi-disante maladie de Buerger avec l'artérite juvénile, état clinique qui, sous des noms différents, a été parfaitement connu de nombre d'auteurs de la deuxième moitié du XIXe siècle ; mais la démonstration de cette assimilation résulte, non pas d'une étude des particularités cliniques, mais d'une analyse attentive et d'une critique minutieuse des conditions étiologiques et anatomiques observées, c'est donc seulement après une étude de ces conditions étiologiques et anatomiques que nous pourrons étudier les caractères généraux de l'artérite juvénile et ses rapports avec les états circulatoires qui lèsent les membres.

Pour le moment, retenons donc simplement que ce tableau clinique que je viens de décrire en le désignant sous le nom de thrombo-angéite oblitérante, est intégralement et sans modification aucune, celui de l'artérite oblitérante juvénile.

Pour compléter l'étude des conditions cliniques il nous faudrait indiquer les particularités relatives aux modifications éventuellement constatées dans la composition du sang et des humeurs chez les patients atteints de thrombo-angéite oblitérante, mais puisque nous étudierons ces particularités humorosanguines à propos des conditions étiologiques il est parfaitement inutile de le faire à présent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 JUILLET 1927)

Contribution à l'étude des tumeurs expérimentales. — MM. D'HÉRELLE et PEYRE ont constaté dans les tumeurs expérimentales, soit végétales, soit animales (sarcome de la poule, tumeurs au goudron de la souris et du lapin), l'existence d'une symbiose entre un germe microbien et un bactériophage.

Stérilisation de l'eau potable par l'électrolyse. — MM. CHEVRIER et SALLES.

La différenciation des sérums pathologiques au moyen de leurs figures de déshydratation. — MM. Roger DOURIS et Charles MONDAIN.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 JUIN 1927)

Rhumatisme articulaire aigu à forme d'endocardite infectieuse aiguë et à arthropathie tardive. — MM. FAURE-BEAULIEU et P. BARBÉ présentent une malade convalescente d'une crise rhumatismale analogue aux crises à allure infectieuse et à arthrite retardée décrites par M. Bezançon dans la séance précédente.

Parmi les formes anormales de la maladie de Bouillaud, celles où l'arthropathie ne vient qu'après plusieurs semaines donner la signature de la maladie, et sur lesquelles avait déjà insisté Hanot, entraînent de grosses difficultés de diagnostic et retardent la mise en œuvre du traitement efficace.

Les auteurs discutent à ce sujet les éléments du tableau clinique qui pourraient contribuer à orienter le diagnostic :

1° Notion d'une ou plusieurs crises antérieures de rhumatisme franc ;

2° Pâleur et sueurs profuses ;

3° Coexistence de certaines localisations connues du rhumatisme articulaire aigu, angine, pleurésie, réalisant le type décrit par Lasègue ;

4° Eosinophilie sanguine permettant d'écarter le diagnostic d'endocardite maligne (Besançon).

Radiologie de la dilatation bronchique. — M. APERT montre une série de radiographies avec ou sans injections intrabronchiques de lipiodol et montrant cette ombre chez une fillette de dix ans, âge auquel la perméabilité du thorax rend les clichés obliques très démonstratifs. L'autopsie fit voir les dilatations bronchiques exclusivement localisés à la partie inférieure, avec pleurésie médiastine adhésive.

Vergetures thoraciques. — M. APERT présente une fillette de quatorze ans atteinte d'insuffisance mitrale avec gros cœur qui au moment d'une varicelle a présenté des vergetures sans atteinte pleuro-pulmonaire. Le gros cœur a pu troubler la statique et la dynamique du thorax, mais la varicelle n'a eu que l'importance d'une cause occasionnelle.

Pneumothorax bilatéral. — M. RIST présente un malade porteur d'un pneumothorax bilatéral admirablement supporté.

Deux cas de sacralisation de la Ve lombaire avec symptômes nerveux des membres inférieurs et absence de la douzième côte. — MM. H. DUFOUR et COUTURAT.

Méningite ourlienne primitive. — MM. M.-J. WEISSENBACH, R. TURQUÉTY et A. DURUPT insistent sur l'intérêt de l'examen complet du liquide céphalorachidien et discutent la valeur des résultats fournis, pour différencier la méningite ourlienne primitive des autres méningites à liquide clair avec lesquelles elle pourrait être confondue : certains cas de méningite à méningocoques, méningites tuberculeuses ou syphilitiques, réactions méningées des infections générales, de la spirochétose ictérigène, des encéphalites et poliomyélites. Ils montrent ensuite que dans le groupe nosographique des « états méningés aigus curables », il y a peut-être à réserver une place d'une certaine importance à la méningite ourlienne primitive, en particulier, dans les formes frustes, soit que la fluxion parotidienne, discrète, passe inaperçue, soit qu'elle fasse complètement défaut.

Vomissements incoercibles de la grossesse et insuline. — MM. RATHERY et J. MARIE rapportent un cas de vomissements incoercibles de la grossesse avec acidose marquée. Sous l'influence du traitement par le goutte à goutte glucosé isotonique et les injections d'insuline, les accidents disparurent très rapidement.

Deux cas de diabète insipide. — MM. RATHERY, Julien MARIE et M. MAXIMIN rapportent deux observations de diabète insipide, l'une avec 22 litres d'urine, l'autre avec 3l600.

Ils émettent des conclusions, au point de vue de la physiopathologie du syndrome, et au point de vue thérapeutique. Ils ont obtenu, en utilisant l'extrait postérieur de l'hypophyse, soit par injection sous-cutanée, soit par prise nasale, des effets remarquables ; l'action thérapeutique était proportionnelle à la dose donnée. Le diabète insipide semble pouvoir relever de deux mécanismes différents : il peut être d'origine nerveuse (infundibulaire), mais il peut aussi être secondaire à un trouble humoral. Il est difficile de refuser à l'hypophyse (partie postérieure) un rôle réellement actif, étant donné les propriétés de l'extrait hypophysaire postérieur.

Zona sacré apparu sur un moignon d'amputation. — MM. CARIS et LAYANI. Chez une femme de soixante-treize ans amputée à vingt ans, pour une artérite de la jambe gauche, ont persisté des troubles vaso-moteurs et douloureux, accom-

pagnés de claudication de la jambe droite. Il est vraisemblable que le zona survenu sans cause appréciable doit être rapproché des manifestations sympathiques antérieures.

Traitement des broncho-pneumonies de la rougeole par les lysats-vaccins et le sérum anti-diphtérique (méthode de Duchon). — M. J. Cathala. Quatre broncho-pneumonies morbilleuses ont été soignées par cette méthode, chez des enfants souvent très jeunes (moins de deux ans) : huit seulement ont survécu.

Dans 18 cas, il s'agissait d'infections broncho-pulmonaires précoces, rapidement mortelles, où le traitement a été appliqué pendant un délai trop bref.

Dans les 22 cas restants, il convient de défalquer 5 échecs, qui ne sont pas imputables directement à la méthode (2 pleurésies purulentes, 1 eczéma du nourrisson, 1 hypothrepsie du deuxième degré, 1 otite).

Dans 17 cas longuement traités, il reste 9 échecs et 8 guérisons, ces dernières souvent dans des cas fort graves (chez des enfants tous porteurs de bacille diphtérique, dont deux avaient une paralysie précoce du voile). Isolés, ces cas seraient très favorables à la méthode, mais les échecs ne permettent pas de conclure à une action efficace et régulière du lysat-vaccin.

Le pronostic individuel d'une broncho-pneumonie de l'enfance étant très difficile à porter avec exactitude, on doit s'en rapporter au pronostic statistique, qui n'a pas été modifié par la méthode.

(SÉANCE DU 10 JUIN 1927)

Sur le traitement des broncho-pneumonies infantiles. — MM. Guillemot et Grenet communiquent la statistique des broncho-pneumonies traitées à l'hôpital Bretonneau du 1er janvier au 1er iuin 1927. La méthode de Duchon (sérothérapie antidiphtérique précoce, intensive et lysats-vaccins) a toujours été systématiquement appliquée. On note une mortalité inférieure au quart des cas.

A propos de la communication de M. Cathala sur la lysovaccinothérapie dans les broncho-pneumonies. — M. Louis Duchon constate avec satisfaction que la surinfection diphtérique mise par lui en évidence chez les malades de l'hôpital Bretonneau paraît actuellement une notion admise.

Il montre à l'aide de courbes observées dans le service de M. Marfan, par M. Samsoën, et concernant des broncho-pneumonies traitées par un vaccin sans antigène diphtérique, des surinfections dues au bacille de Loeffler survenant après amélioration temporaire qui cèdent aisément au traitement par l'adjonction du lysat diphtérique.

Il montre en outre le bien fondé de cette notion en discutant la statistique de M. Apert qui dans le cas de la sérothérapie post-diphtérique accuse une mortalité de 66,6 p. 100, mortalité qui passe à 27,65 p. 100 quand la sérothérapie est pré-diphtérique.

Rétrécissement congénital de l'aorte et syndrome hémogénique. — MM. Babonneix, Cury et Widiez présentent un homme qui, depuis son enfance, a été sujet à des hémorragies spontanées : hématuries, épistaxis, hématémèses. A l'examen du sang, les réactions étaient celles de l'hémogénie. Le temps de saignement était, en effet, de quarante et une minutes, et le caillot, irrétractile. De plus, l'examen physique du cœur révèle l'existence d'un rétrécissement congénital de l'aorte, avec souffle systolique de la base, frémissement cataire, thrill systolique sus-sternal, ayant été constaté, pour la première fois, alors que la malade avait six ans. La coexistence de ces deux affections est très rare.

Traitement de certaines migraines par les tubages duodénaux. Indications, résultats. — MM. Pasteur Vallery-Radot et Pierre Blamoutier ont étudié chez vingt-deux migraineux l'action des tubages duodénaux avec drainage vésiculaire par le sulfate de magnésie à concentration de 33 p. 100 selon la technique de Melzer-Lyon. Ces malades étaient tous atteints de crises migraineuses typiques.

Dans sept cas, l'effet des tubages duodénaux a été excellent. Le nombre des tubages pratiqués chez ces sept malades a été variable. En principe, les auteurs ont fait un tubage chaque semaine pendant six à huit semaines. Chez certains migraineux, après la cessation des tubages, les crises n'ont pas réapparu. Chez d'autres, au contraire, les crises se sont à nouveau manifestées après les tubages et les auteurs ont dû poursuivre le traitement, soit d'une façon continue, soit d'une façon discontinue : de cette manière, les crises ne se sont pas renouvelées.

On pourra essayer, avec chance de succès, les tubage duodénaux chez les migraineux qui ont durant les crises des vomissements fréquents, abondants, avec présence de bile, et chez ceux dont la vésicule est sensible à la palpation.

Les auteurs concluent qu'il semble hors de doute, après les faits énoncés il y a deux ans par Chiray et F. Triboulet et ceux qu'ils rapportent eux-mêmes, que la stase vésiculaire est à l'origine de certaines migraines et que le drainage systématique de la vésicule biliaire peut avoir dans ces cas une action des plus favorables.

Sur la migraine biliaire et son traitement par le drainage médical des voies biliaires. — M. Chiray avec M. A. Lebon précise à nouveau les caractères de la migraine biliaire dont le principal est de s'accompagner de vomissements bilieux, jaunes ou verts, répétés et abondants, vomissements qui précèdent ou annoncent la fin de la crise, et sont suivis d'un particulier mieux-être. La cause la plus habituelle de la migraine biliaire réside dans la cholécystatonie qui peut facilement être objectivée par le tubage duodénal. La cholécystographie donne en pareil cas des rensignements d'importance capitale. Ils consistent en ce que la vésicule, très facilement opacifiée, est anormalement grande. Le plus souvent, elle se montre étroite de corps, très large de fond. Enfin, elle se vide incomplètement à la suite d'un repas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 29 JUIN 1927)

La splénectomie dans les anémies. — M. Lecène, à propos de la communication de M. Grégoire sur la valeur de la splénectomie dans certaines formes de splénomégalie, apporte l'observation dont il avait parlé dans la précédente séance. Il avait dû intervenir en janvier 1924, pour syndrome de Banti, chez un homme de trente-six ans, présentant des troubles gastriques vagues, des hématémèses, pas d'ascite, une anémie notable et une grosse rate ; après splénectomie (rate de 1.550g), l'examen histologique montre une sclérose splénique diffuse ; le malade alla bien jusqu'en juillet 1924, puis il mourut brusquement d'une hématémèse foudroyante ; M. Lecène ne peut que constater sans l'expliquer, cet échec thérapeutique malgré le succès opératoire.

Fractures de Dupuytren vicieusement consolidées. — M. Schwartz rapporte une observation de M. Métivet qui, chez une femme atteinte d'un traumatisme grave, fracture de Dupuytren avec fracture marginale postérieure, luxation du pied en arrière, pas de valgus, a pu, bien que n'ayant pu donner des soins à la malade qu'un mois après l'accident, obtenir un résultat remarquable par la simple immobilisation, pendant trois mois, dans un appareil plâtré.

M. Arrou a eu, lui aussi, un résultat excellent dans un cas analogue.

Uretérostomie après néphrectomie. — M. Michon fait un rapport sur un travail de M. Papin, au sujet de l'uretérosto-

mie iliaque du rein restant après néphrectomie, dans les cas de cystite tuberculeuse grave.

M. Papin a pratiqué treize fois cette opération; il fait l'uretérostomie iliaque très en avant; l'uretère est sectionné et abouché près de l'épine iliaque antéro-supérieure; il doit déborder la peau sur un segment important; les soins post-opératoires sont très importants, le fonctionnement de la sonde uretérale doit être très surveillé, et l'appareillage appliqué ensuite; les résultats ont été bons dans l'ensemble des opérations pratiquées; l'uretérostomie ainsi pratiquée est définitive.

M. Mathieu a pratiqué cette opération en 1925 chez une jeune fille de quatorze ans atteinte d'exstrophie vésicale grave; la malade revue récemment était en parfait état; mais du côté gauche l'uretère s'était oblitéré.

M. Chevassu a vu assez souvent de ces oblitérations; pour lui, de temps en temps l'anastomose ne tient pas, quand les malades ne sont pas surveillés de très près.

Le drainage interne de la vésicule biliaire. — M. Lambret (de Lille) revient sur cette intéressante question; il a suivi 29 de ses derniers opérés, 2 par cholécysto-gastrostomie et 27 par cholécysto-entérostomie. L'indication opératoire est pour lui dans les états vésiculaires, la stase vésiculaire, les cholécystites chroniques non calculeuses, les stases avec ou non concentration de la bile. Pour lui la cholécysto-duodénostomie, quoique non parfaite, est bien supérieure à la cholécystogastrostomie, et n'est pas plus grave; en tout cas supérieure à la cholécystectomie car bien des malades souffrent du manque de vésicule.

M. Cunéo croit que ces opérations sont à recommander dans les cas de rétention vésiculaire, d'affections bénignes; pour lui, si dans les cholécysto-gastro ou entérostomies il y a du reflux, cela tient à la différence de pression considérable entre les deux cavités anastomosées.

Ostéosynthèse pour pseudarthroses du col du fémur. — M. Tavernier (de Lyon) présente l'observation d'une femme de cinquante-six ans qu'il a opérée quatre mois après sa fracture; il a procédé par incision en tabatière d'Ollier, résection du tissu fibreux entre les fragments, vissage de la tête et refixation du trochanter. Après deux mois de plâtre, le résultat a été excellent.

Pour lui, la méthode de Delbet est moins bonne dans les pseudarthroses que dans les fractures récentes, et il préfère de beaucoup le procédé qu'il vient d'indiquer; il insiste sur le rôle de l'interposition fibreuse et sur l'importance de la voie d'abord.

M. Alglave a opéré trois cas de pseudarthroses par cette méthode; mais il craint l'ankylose consécutive, dans un cas il a dû réséquer la tête fémorale; il a toujours opéré par incision antérieure.

M. Lance et M. Mathieu trouvent que la voie antérieure est très largement suffisante et pas plus grave que la tabatière d'Ollier pour l'abord et le traitement de ces fractures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 23 juillet 1927)

De l'influence de l'irradiation solaire sur l'allergie dermique à la tuberculine. — Mlle Marcelle Talon-Chauveau, MM. J. Valtis et L.-R. Talon ont remarqué que les cuti-réactions à la tuberculine pratiquées sur des régions exposées au soleil étaient négatives ou très faibles, tandis que les cuti-réactions effectuées sur les zones non exposées sont restées fortement positives.

Ils concluent de leurs expériences que, pour éviter toute erreur d'interprétation, on ne doit plus pratiquer les cuti-réactions que sur les parties du corps non exposées au soleil ou à la lumière.

Mécanisme de l'action préventive du bismuth dans la syphilis expérimentale. — M. C. Levaditi et Mlle Y. Manin ont étudié le mécanisme de l'action préventive exercée par le *Bi* dans l'infection syphilitique expérimentale provoquée chez le lapin par le virus Truffi. Cette action est à doses égales, plus complète et plus durable (152 jours) lorsque le *Bi* est administré à l'état de dérivés insolubles, que sous la forme de *Bi*-élément (73 jours). Ceci est dû au fait que la transformation en dérivé protéobismuthique et, par conséquent, la résorption du *Bi*, sont plus parfaites dans le premier cas que dans le second, ce qui se traduit, entre autres, par une supériorité des valeurs du potentiel métallique rénal, quel que soit le moment où l'on pratique l'examen. Les dérivés bismuthiques insolubles paraissent plus aptes à subir *in situ* les transformations indispensables à leur assimilation, alors que le *Bi*-élément, en partie fixé sur place et isolé par un processus d'enkystement, semble se résorber d'autant plus lentement que l'on s'écarte du moment où l'injection a été pratiquée. Quoi qu'il en soit, ces expériences, d'accord avec celles de Fournier et Schwartz, montrent que, contrairement à l'opinion émise par Kolle, le bismuth sous forme de dérivé insoluble est capable de conférer un état réfractaire efficace et durable, à la condition toutefois que les quantités administrées soient suffisantes et que le potentiel métallique tissulaire atteigne un niveau au-dessous duquel nul effet thérapeutique ou préventif n'est possible. D'ailleurs, l'examen des greffons de syphilome inoculés aux animaux traités préventivement, montre que, au delà du deuxième jour, ces greffons sont totalement avirulents et dépourvus de tréponèmes.

Sur le passage des hémolysines naturelles et artificielles à travers le placenta. — MM. L. Nattan-Larrier, G. Ramon, P. Lépine et E. Grasset. Le sérum de l'enfant au moment de la naissance ne contient pas de sensibilisatrice naturelle antimouton, tandis que le sang de la mère en renferme toujours en proportion variable, mais souvent élevée. L'hémolysine naturelle de la mère ne traverse donc pas le placenta pour arriver au fœtus. Au contraire, les hémolysines artificielles dont on obtient la formation chez l'animal peuvent, comme les agglutinines et les précipitines, franchir le placenta : ce fait tend à démontrer qu'il n'y a pas de rapport de filiation direct entre l'hémolysine naturelle et l'hémolysine artificielle.

L'intradermoréaction au filtrat d'une culture de bacilles de Koch chez l'enfant issu de parents tuberculeux. — M. P. Mélis a constaté que sur sept enfants issus de parents tuberculeux et présentant une cuti-réaction négative, quatre avaient réagi à l'inoculation intradermique d'un filtrat d'une culture de bacilles de Koch et s'étaient montrés plus sensibles au filtrat qu'à la tuberculine injectée dans la peau comparativement. Ces enfants se montrent en tout cas plus sensibles au filtrat que l'homme adulte tuberculeux.

Dosage comparatif de l'alexine dans le sang de la mère et dans le sang de l'enfant au moment de la naissance. — MM. L. Nattan-Larrier, P. Lépine et J. May. Dans plus de la moitié des cas, il n'existe pas encore d'alexine dans le sérum de l'enfant au moment de la naissance. Dans un cinquième des cas seulement, l'alexine existe en quantité dosable dans le sang du cordon, jamais elle n'y atteint un taux égal à celui que donne le dosage du sérum maternel. L'alexine ne semble donc pas pouvoir traverser le placenta.

Les cytopoiétines embryonnaires (tréphones) au cours de la gestation. — M. P. Carnot et Mlle Marguerite Carnot ont recherché l'existence, au cours de la gestation, de cytopoiétines fœtales agissant, tant sur la mère que sur les embryons, pour activer la prolifération cellulaire.

Pour mesurer le phénomène, ils ont mesuré la croissance du rein restant après néphrectomie unilatérale.

Tandis que, chez les animaux témoins, le rein restant

augmente, en un mois, du quart au tiers de son poids, chez les animaux traités par des extraits embryonnaires, l'augmentation est beaucoup plus considérable et atteint jusqu'aux trois quarts du poids initial. Il en est de même pendant la gestation où l'indice de régénération du rein restant, un mois après néphrectomie unilatérale, atteint jusqu'à 75 p. 100. L'activité cytopoiétique diminue, d'ailleurs, du commencement à la fin de la gestation.

Il semble donc que l'organisme fœtal produise spontanément des cytopoiétines.

Influence du produit de l'activité musculaire sur l'excitabilité corticale. — MM. H. Cardot, J. Regnier, D. Santenoise et P. Varé rapportent les résultats de leurs recherches sur l'influence des produits de l'activité musculaire sur l'excitabilité du gyrus sigmoïde.

1° L'excitation du bout périphérique du sciatique par un courant tétanisant provoque un abaissement rapide de la chronaxie.

2° Le frisson provoqué par refroidissement de l'animal est aussi suivi d'un abaissement considérable de la chronaxie.

3° Une injection de salicylate d'ésérine à la dose de 0mmg15 par kilog d'animal, provoquant de la trémulation musculaire, est suivie aussi, chez l'animal à filets thyroïdiens d'origine vagale sectionnés, d'un abaissement important de la chronaxie, alors que, chez un animal témoin à filets thyroïdiens également coupés, une dose plus faible d'ésérine, ne provoquant pas de trémulation musculaire, ne modifie pas la chronaxie.

4° En injectant du sang d'un chien donneur ayant frissonné à un chien récepteur, les auteurs ont constaté l'abaissement de la chronaxie du gyrus chez le récepteur démontrant ainsi que les variations de la chronaxie, décrites ci-dessus, se produisent par un mécanisme humoral.

Nouveaux résultats concernant les rhino-vaccinations antitoxiques. — MM. G. Ramon et Chr. Zoeller montrent que les instillations d'anatoxine diphtérique dont ils ont établi l'efficacité chez l'homme sont efficaces chez l'animal (lapin). Déposée dans les culs-de-sacs conjonctivaux l'anatoxine fait également apparaître une légère immunité.

Chez l'homme, une toxine dysentérique atténuée utilisée en instillations a manifesté son activité par l'apparition chez les sujets vaccinés d'une intradermoréaction négative et d'un pouvoir neutralisant spécifique du sérum sanguin. Un mélange d'anatoxine diphtérique et d'anatoxine tétanique (vaccin associé) a donné en instillations des résultats excellents en ce qui concerne l'antitoxine diphtérique, moins bons mais nettement appréciables en ce qui concerne l'antitoxine tétanique.

L'absence de réaction vaccinale toxinique ou allergique est remarquable ; tout se passe comme si ces antigènes subissaient du fait du contact avec la muqueuse nasale une atténuation de leurs propriétés aggressives.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement curatif de l'asthme (1), par M. Paul Cantonnet.

Dans ces 100 pages, l'auteur apporte les résultats de vingt-trois années de pratique et donne les détails de son traitement de l'asthme qu'il vient de communiquer à l'Académie de médecine. Après un chapitre curieux sur l'historique de sa posologie et l'exposé de ses traitements d'attaque et de maintien, il expose longuement et avec les plus grands détails la conduite quotidienne des traitements à appliquer dans les différents asthmes : banal, tuberculeux, infantile, des foins, des cardio-rénaux, des emphysémateux, et asthme chez les drogués.

(1) In-8 de 100 pages. Prix : 4 fr. — Paris, N. Maloine.

Passant rapidement en revue les données pathogéniques actuelles, l'auteur suppose que l'hypercholestérinémie et surtout l'excès de cholestérine fixée tissulaire sont l'une des causes favorisantes les plus constantes. La vue pathogénique qu'il propose reste en accord possible avec les autres hypothèses actuellement admises et semble notamment de nature à pouvoir relier la théorie de Lemoine et les conceptions de Parturier sur certaines crises vésiculaires à l'importante notion des épines irritatives de Bezançon et de Jong.

L. G.

CONGRÈS

Ve congrès des pédiatres de langue française (Lausanne). — Le Ve Congrès des pédiatres de langue française (réunion de l'Association française de pédiatrie) se réunira à Lausanne les jeudi 29, vendredi 30 septembre et samedi 1er octobre 1927, sous la présidence du professeur Taillens.

Les sujets à l'ordre du jour sont :

1. Traitement de la poliomyélite : agents physiques, rapporteur : M. Duhem (de Paris) ; Sérumthérapie, rapporteur : M. Etienne (de Nancy) : Orthopédie et chirurgie, rapporteur : M. Nicod (de Lausanne).

2. Broncho-pneumonie : Bactériologie et prophylaxie, rapporteur : M. Dufourt (de Lyon) ; Sérumthérapie et vaccinothérapie, rapporteur : M. Grenet (de Paris).

Le samedi 1er octobre aura lieu le dîner officiel du Congrès.

Le dimanche 2 octobre sera consacré à une excursion à Montreux, Caux, Chillon, offerte aux membres par les organisateurs du Congrès.

Le lundi 3 sera organisé au choix :

a. Une excursion à Leysin sous la direction du docteur Rollier.

b. Un voyage à Genève où les congressistes seront reçus par la Société genevoise de pédiatrie.

Sont membres titulaires du Congrès :

1. Les membres de l'Association française de pédiatrie (art. 8 des statuts).

2. Les médecins membres d'une Société de pédiatrie présentés par le bureau de leur Société.

Membres participants pour la durée du Congrès les médecins qui en adressent la demande au bureau.

Membres adhérents, les femmes et les enfants des congressistes.

Les communications se rapportant aux sujets traités, d'une durée de dix minutes au maximum, doivent être annoncées au secrétaire général avant le 20 septembre.

Les communications en dehors des sujets ci-dessus ne sont admises qu'exceptionnellement (art. 15 de l'Association française de pédiatrie) si elles présentent un caractère d'actualité ou d'urgence. En adresser le titre ou les conclusions un mois avant la réunion au bureau du Congrès.

Passeports. — Les congressistes venant de France pourront être dispensés du passeport. Celui-ci sera remplacé par un laisser-passer délivré gratuitement aux congressistes qui en feront la demande adressée au secrétaire général du Congrès (M. Exchaquet, Lausanne) avant le 10 septembre ; passé cette date il ne pourra plus être donné de suite et le passeport sera exigible.

Donner en faisant la demande : nom, prénom, âge, domicile, ne pas oublier de faire une demande pour chacun des membres de sa famille accompagnant le congressiste.

Les laissez-passer seront expédiés à leur destinataire avant le 20 septembre.

Pour le passeport s'adresser au commissariat de police et à la Préfecture de police du lieu de domicile (durée des démarches et formalités 48 heures au moins).

Pour tous autres renseignements, s'adresser à M. le docteur Barbier, 5, rue de Monceau, ou au docteur J. Hallé, 100, rue du Bac, Paris (VIe).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière, publiés en collaboration par A. GOSSET, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de la Salpêtrière. 1re série. 1 vol. de 254 pages, avec 118 figures. — Prix de base pour la France, 50 fr. En plus hausse variable (40 p. 100 juillet 1926). Prix fixe pour l'étranger, 2 dollars. — Paris, Masson et Cie.

Étude biochimique de l'hémolyse, avec un exposé de la méthode à l'acétone pour la séparation analytique des différents principes du sérum et la localisation des anticorps dans les immunsérums, par MM. Maurice PIETTRE et André CHRÉTIEN. Un vol. in-8. — Prix : 12 fr. — Paris, Editions de la « Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale », 1927, 8, rue des Acacias, 17e.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

EXCURSIONS AUX GORGES DU TARN ET A L'AVEN ARMAND. — On se rend aux Gorges du Tarn, au départ de Vichy, par les autocars P.-L.-M. qui font, en trois jours, le circuit : Vichy, Issoire, Saint-Flour, Aubrac, Ispagnac, Le Rozier, Séverac, Espalion, Murat, Besse, Clermont-Ferrand, Vichy.

Pour visiter l'Aven Armand, la merveille souterraine du Causse Méjean, dont les stalagmites forment une véritable forêt d'arbres de pierre, il faut prendre, au départ du Puy, les autocars P.-L.-M. qui, tous les lundis et jeudis, effectuent le circuit : Florac, Le Rozier, Peyreleau, les Terrasses, l'Aven Armand, Florac, Mende, Entraigues et le lac du Bouchet, en trois étapes d'une journée chacune.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — L'ouverture des concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1927-1928) aura lieu :

Pour le *concours de médecine*, le lundi 16 janvier 1928, à 9 h., à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Pour le *concours de chirurgie et d'accouchements*, le jeudi 19 janvier 1928, à 9 h., à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration tous les jours, de 14 à 17 h., du 14 au 26 novembre 1927 inclusivement.

Les mémoires prescrits comme épreuve des concours devront être déposés au bureau du Service de santé au plus tard le samedi 26 novembre 1927, à 17 h., dernier délai.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Le lundi 17 octobre 1927, à 9 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de 22 externes appelés à faire le service de médecine et de chirurgie de la Faculté de l'Etat dans les hôpitaux de Lille.

Ce concours aura lieu dans l'une des salles de l'hôpital de la Charité.

Les inscriptions sont reçues dans les bureaux du secrétariat de l'administration des hospices, 41, rue de la Barre, dix jours au moins avant l'ouverture du concours, soit jusqu'au jeudi 6 octobre 1927, à 5 h. du soir, dernier délai. Elles peuvent se faire par correspondance.

— NANTES. — M. le docteur Giroire est nommé médecin suppléant des hospices.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le prix Costes a été décerné à M. Magendie.

SUBVENTIONS EN FAVEUR DES ÉTUDES MÉDICALES. — Le Conseil municipal de Paris vient de voter un crédit de 650.000 fr. en faveur des études médicales et devant être partagé de la façon suivante :

1° Laboratoires centraux de radiographie et d'électrothérapie, 206.162 fr. 20 ;
2° Laboratoires individuels de bactériologie, 333.300 fr. ;
3° Bibliothèques médicales (achat et entretien de livres, publications périodiques), 26.600 fr. ;
4° Bourses de voyage, 18.000 fr. ;
5° Amphithéâtre d'anatomie (Clamart), 3.600 fr. ;
6° Musées des divers établissements, 57.240 fr. ;
7° Réserve, 5.097 fr. 80.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Il est attribué, pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique, les récompenses ci-après :

Médaille d'or. — MM. les docteurs Barthe (de Bordeaux), Devraigne (de Paris), Gauchy (de Bapaume), Mettou-Lepouzé (de Rouen), Millot (d'Antibes), Spineux (d'Amiens).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs de Bechon (de Brest), Belin (de Strasbourg), Fournié (de Coursan), Damaye (de la Roche-sur-Yon), Delmas-Marsalet (de Bordeaux), Mabille, Planès et Raynier (de Paris), Mercier (de Pierrefeu), Verdelet (de Bordeaux), Weiss (de Nancy).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Boyer (de Dun-sur-Auron), Hamel (de Maréville), Houdré-Boursin [Mme] (de

Kerpapa-en-Plœmeur), Julliand (de Chambéry), Liné (du Kremlin-Bicêtre), Nivet (de Chalon-sur-Saône).

MÉDAILLE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Colombani (de Rabat) et Prax (de Limoux).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Bonnet (de Nice) et J.-E. Weil (de Paris).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Berretta (de Nice) et Virlogeux (de Moulins).

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin inspecteur Bailby, en retraite, a été nommé au grade de médecin inspecteur dans le cadre des officiers de réserve, à dater du 8 juin 1927, et a été placé dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire, à dater du 18 juin 1927.

MINISTÈRE DES COLONIES. — OFFICIERS DE SANTÉ MILITAIRES INDIGÈNES. — Instruction interministérielle édictant des mesures transitoires pour l'application, en Indochine, du décret du 7 décembre 1926, portant création d'un cadre d'officiers de santé militaires indigènes :

« Les dispositions du décret du 4 juillet 1920 créant, en Indochine, un cadre d'aides-médecins militaires indigènes ayant été abrogées par le décret du 7 décembre 1926, portant création d'un cadre d'officiers de santé indigènes, les mesures transitoires suivantes seront prises à l'égard des diverses catégories de personnes ayant contracté un engagement militaire spécial au titre de l'article 5 du décret du 4 juillet 1920 et se trouvant actuellement liées par cet engagement.

I. Les anciens élèves de la section militaire de l'Ecole de médecine et de pharmacie de plein exercice de l'Indochine, ayant contracté l'engagement spécifié ci-dessus, et qui ont été incorporés d'office dans un corps de troupe ou dans le détachement d'infirmiers coloniaux à la suite, soit de leur exclusion de l'Ecole, soit de leur échec à l'examen pour l'obtention du diplôme de fin d'études, seront libérés de leur engagement, sous réserve qu'ils auront accompli une année de service militaire.

II. Les mêmes dispositions seront appliquées aux étudiants de la section militaire de l'Ecole de médecine et de pharmacie de plein exercice de l'Indochine, actuellement en cours d'études, dans le cas où ils seraient, soit exclus de l'Ecole, soit refusés à l'examen pour l'obtention du diplôme de fin d'études.

Ceux d'entre eux qui obtiendront leur diplôme de fin d'études seront astreints à accomplir six mois de services au détachement d'infirmiers et serviront ensuite, pendant un an, dans un corps de troupe ou dans une formation sanitaire, en qualité d'officiers de santé auxiliaires.

A l'expiration de cette année, ils seront nommés officiers de santé de 3e classe, s'ils sont jugés aptes. Dans ce cas, ils signeront un contrat les liant au service pour une durée égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article 3 du décret du 7 décembre 1926, diminuée des dix-huit mois déjà accomplis.

En cas d'insuffisance reconnue, il leur sera fait application des dispositions du 5e alinéa de l'article 3 dudit décret.

III. Les aides-médecins militaires indigènes auxiliaires du décret du 4 juillet 1920, actuellement en service, seront nommés d'office officiers de santé auxiliaires.

A l'expiration de leur première année de service (y compris le temps effectué en qualité d'aides-médecins militaires auxiliaires), ils seront nommés officiers de santé de 3e classe s'ils en sont jugés aptes. Ils prendront rang, pour cette nomination, en tête de la promotion qui pourrait leur être commune avec les officiers de santé auxiliaires indigènes du décret du 7 décembre 1926 et seront classés entre eux, d'après leur dossier de notes.

En cas d'insuffisance reconnue, il leur sera fait application du 3e alinéa de l'article 3, du décret du 7 décembre 1926.

IV. Les aides-médecins militaires indigènes de 3e classe du décret du 4 juillet 1920, actuellement en service, seront versés d'office, avec le grade d'officiers de santé de 3e classe, dans le nouveau cadre des officiers de santé indigènes, dont le statut leur deviendra applicable. Ils prendront rang d'ancienneté dans le grade à la date de leur nomination comme aides-médecins militaires indigènes de 3e classe. » (*J. O.*, 3 juil. 1927.)

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Maurice de Langenhagen, médecin consultant *à Plombières*, et de M. le docteur Louis Dubreuil-Chambardel, professeur à l'Ecole de médecine de Tours, président de la Société d'anthropologie de Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Service de M. le professeur Jean-Louis FAURE.) — *Gynécologie. Cours de vacances.* — MM. les docteurs Douay, chef des travaux gynécologiques; Walther et Papillon, chefs de clinique, feront un cours de perfectionnement à la Clinique gynécologique (hôpital Broca), du lundi 12 au samedi 24 septembre 1927.

Le cours complet en 12 leçons aura un caractère essentiellement pratique.

Les leçons auront lieu chaque après-midi, de 17 à 19 h., sauf le dimanche.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades.

Une démonstration cinématographique aura lieu à la fin du cours.

Le droit à verser est de 250 francs.

Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

MÉDECINS ÉLECTRO-RADIOLOGISTES. — En réponse à de nombreux praticiens désirant connaître les électro-radiologistes présents à Paris durant les vacances, le bureau du Syndicat général des médecins français électrologistes et radiologistes nous communique la liste suivante :

Présents à Paris. — 1° Durant tout le mois d'août 1927 : MM. Aubourg, Bazerolle, Cagninacci, Charlier, Colombier, Gibert, Guilbert, Joly, Kelly, Laquerrière, Le Goff, Loubier, Porcher, Portret, Quivy, Raoult-Deslongchamps, Thoyer-Rozat.

2° Du 1er au 15 août 1927 : MM. Chéron, David de Prades, Haret, Schmitt.

3° Du 15 au 30 août 1927 : MM. Chemin, Darbois, Dariaux, Lepennetier, Leullier.

AVIS. — Pour cause d'extension des services, l'Office thermal et climatique français a dû transporter ses bureaux au 30, boulevard des Capucines. C'est donc là qu'on trouvera tous les renseignements d'ordre pratique touchant les stations thermales et climatiques françaises.

ADIPOSE DOULOUREUSE

Par MM. L. BABONNEIX, E. AZÉRAD, A. WIDIEZ.

Il y a quatre ans, l'un de nous présentait à la Société médicale (séance du 29 novembre 1923) une jeune fille chez laquelle on constatait depuis quelque temps la production de masses adipeuses douloureuses, et prenait, sur elle, l'observation suivante :

OBSERVATION. — Mlle X..., dix-sept ans et demi.

Antécédents héréditaires et personnels. — Son père est mort, vraisemblablement, de tumeur cérébrale, sa mère, d'accident. Elle a un frère âgé de vingt-huit ans, un peu nerveux.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents personnels jusque vers treize ans, si ce n'est que, depuis quelques années déjà, elle avait les jambes lourdes. Elle a été réglée à onze ans et demi; toujours ses règles ont été peu abondantes et surviennent avec un certain retard.

Hérédité de la maladie. — Depuis l'âge de treize ans, sont survenus petit à petit : 1° des troubles de la marche caractérisés surtout par une sensation de pesanteur des membres inférieurs; 2° une certaine difficulté pour uriner; 3° des céphalées fréquentes.

Ces divers symptômes seraient devenus plus nets ou seraient apparus — impossible d'obtenir de précision à ce sujet — à la suite d'une chute violente sur le dos qui ne s'est pas compliquée cependant de la moindre paraplégie immédiate et qui n'a pas empêché un seul instant la malade d'aller et venir et de vaquer à ses occupations. Ils semblent s'être encore aggravés l'an dernier à la suite d'une opération sur l'appendice.

Etat actuel. — Ce qui frappe, dès l'abord, aussi bien de dos que de profil, c'est la disproportion de volume entre les moitiés supérieure et inférieure du corps.

Au-dessus d'une ligne transversale passant par les crêtes iliaques, disparition à peu près totale de la graisse sous-cutanée. Nous disons *à peu près* parce qu'à la partie postérieure des bras, elle persiste, peut-être même plus abondante qu'à l'état normal, et que la face et les seins ne sont pas sensiblement modifiés ; mais le cou, les épaules et la poitrine sont peu étoffés, les contours du thorax presque anguleux, fait d'autant plus remarquable qu'il s'agit d'une personne appartenant au sexe féminin.

Au-dessous de la même ligne transversale, accumulation considérable de graisse, surtout marquée à la région fessière, où, du pli fessier au grand trochanter, il n'y a pas moins de 23 centimètres, et aux parties postérieures des cuisses et des jambes. Par la lourdeur des lignes, comme par le capitonnage des téguments, le train postérieur rappelle celui d'une femme arrivée à la ménopause, tandis que le torse est celui d'une fillette.

Autres troubles nerveux :

1° Une diminution générale de la force musculaire avec asthénie, rendant pénibles tous les mouvements, mais surtout la marche, sans la moindre paralysie, sans modifications nettes du tonus, sans mouvements involontaires, ni phénomènes d'ordre cérébelleux, ni troubles des réflexes, quels qu'ils soient, mais en rapport probable avec une amyotrophie diffuse;

2° Des troubles multiples de la sensibilité subjective : douleurs, sensations de pincement, de meurtrissure, de tiraillement, de brûlures, etc., occupant surtout les membres inférieurs, survenant à l'occasion de la marche et ne s'accompagnant d'aucune altération de la sensibilité objective, superficielle ou profonde; frilosité extrême.

3° Des troubles légers des réactions électriques.

Voici à ce sujet la note que nous a remise M. Delherm.

Examen électrique de Mlle X... pratiqué le 14 décembre 1922 :

Membres inférieurs. — L'excitation du tronc du sciatique à la fesse montre qu'il y a un léger degré d'hypoexcitabilité générale.

Les fessiers droits ont une hypoexcitabilité un peu plus marquée que les gauches.

Légère hypoexcitabilité des adducteurs et des deux groupes postérieurs de la cuisse.

Les jumeaux gauches se rapprochent assez sensiblement de la normale; les droits ont une hypoexcitabilité faradique et galvanique plus accusée.

Le groupe antéro-externe, les fléchisseurs des orteils, les muscles de la plante ne présentent rien de spécial.

Les quadriceps présentent une hypoexcitabilité moyenne.

Membres supérieurs. — A part les triceps qui présentent un peu d'hypoexcitabilité, les autres muscles du membre supérieur ne présentent rien de très anormal.

Conclusions. — Nulle part il n'existe de réaction de dégénérescence partielle ou totale. On a constaté seulement la présence d'hypoexcitabilité plus ou moins marquée suivant les muscles et que l'adipose et l'atrophie peuvent expliquer d'une façon suffisante.

On a cherché en vain le galvanotonus; on ne l'a trouvé nulle part; on sait que, quoique ce signe ne soit pas constant, il est assez fréquent dans la myopathie.

Symptômes négatifs. — Il n'existe ni troubles intellectuels, ni stase papillaire, ni signes permettant, cliniquement, d'incriminer un trouble endocrinien, abstraction faite des quelques anomalies de la menstruation signalées plus haut; étendue à terre et priée de se relever, la malade ne se comporte nullement comme une myopathique.

Peu de choses à dire de l'*état général.* Notons cependant l'existence : 1° d'un petit souffle systolique de la pointe, probablement cardio-pulmonaire; 2° de troubles digestifs, revenant par crises qualifiées « d'entérite », bien qu'ils ne s'accompagnent ni de diarrhée, ni de vomissements, et qu'explique, peut-être, le spasme colique; 3° d'une certaine tendance à l'essoufflement.

Nous n'avons trouvé, chez la patiente, aucun stigmate d'hérédo-syphilis. D'ailleurs, la réaction de Wassermann est, chez elle, négative pour le sang. Sa taille est de 1m51. Ses urines sont normales. Les circonstances ne nous ont permis de pratiquer ni ponction lombaire, ni les épreuves des tests endocriniens. La radiographie de la colonne vertébrale est normale.

En somme, disait-il, troubles nerveux survenus progressivement, sans cause, et consistant surtout en modifications dans la répartition de la graisse sous-cutanée avec adipose locale, diminution générale de la force musculaire, troubles multiples de la sensibilité subjective.

En présence de ce syndrome, nous avions d'abord pensé à une myopathie atypique. Diagnostic bien peu satisfaisant! L'absence de lordose, de démarche en canard, de pseudo-hypertrophie, d'attitudes spéciales au moment de se relever, la présence de douleurs, la conservation des réflexes tendineux ne plaident pas plus en sa faveur que les résultats de l'examen électrique.

Nous nous sommes ensuite demandé s'il ne s'agissait pas de trophœdème. Contre ce diagnostic militent les arguments suivants : dans notre cas, le début a été progressif; l'œdème ne présente pas nettement une disposition segmentaire; la sensibilité est loin d'être intacte; la maladie n'offre pas le caractère familial.

Nous avions ensuite pensé à une lypodystrophie progressive. Entourage et médecin n'ont-ils pas été frappés de l'amaigrissement progressif des parties supérieures et de l'accumulation de la graisse dans les parties inférieures du corps?

Ce diagnostic, disions-nous, soulève, lui aussi, des objections. Pourquoi ces troubles de la sensibilité subjective, rarement observés (Laignel-Lavastine et Viard, Tobi Cohn) dans la lipodystrophie? Pourquoi cette diminution généralisée de la force musculaire? Pourquoi surtout ce dépôt adipeux à la face postérieure des bras alors que, dans la littérature, on ne trouve aucun cas analogue, et qu'exceptionnels sont déjà ceux où « les bras sont, soit épargnés » par l'atrophie (obs. XVIII de Boissonnas), soit « moins atteints » (Langmead)? Pourquoi cette intégrité de la face?

Nous avons eu, ces jours-ci, l'occasion de revoir cette malade et de reprendre son observation.

Mlle X..., entrée salle Piorry en mai 1927.

Depuis 1923, son état s'est aggravé, l'obésité s'est accentuée, l'asthénie, les douleurs se sont accrues, si bien qu'elle est maintenant confinée au lit.

L'obésité prédomine toujours dans la moitié inférieure du torse, au-dessous de l'ombilic. L'abdomen présente de nombreux plis et replis, des bourrelets graisseux extrêmement développés, et lorsque la malade se tenait encore debout, ce qui actuellement est impossible, la partie inférieure de l'abdomen se rabattait sur la racine des cuisses, formant un véritable tablier adipeux.

Les membres inférieurs sont également touchés, plus à la racine des cuisses dont le volume est monstrueux, qu'à l'extrémité distale.

La face postérieure des bras et la région thoracique, notamment les seins, ont aussi augmenté de volume, au dire même de la malade, mais ce développement n'a rien d'exagéré et contraste avec celui de l'abdomen.

L'examen décèle, en outre, une hyperesthésie superficielle marquée au tact et au pincement, surtout aux membres inférieurs et à l'abdomen. La douleur est réveillée par le moindre mouvement : elle a la sensation que « tous ses organes s'échappent du ventre », si bien qu'elle se condamne à une immobilité absolue.

En dehors de ces deux symptômes : adiposité, hyperesthésie, l'examen est négatif.

L'appareil digestif fonctionne normalement.

Le cœur est normal, le pouls bat à 80. La tension artérielle est un peu basse : 12-7 au Pachon.

L'auscultation des poumons ne révèle aucune anomalie, bien que la malade déclare avoir eu il y a un an une « congestion pulmonaire droite » accompagnée de petites hémoptysies.

Les divers réflexes : tendineux, cutanés, etc., sont normaux.

Les organes des sens ne sont pas atteints. Il existe peut-être une légère exophtalmie. Il n'y a pas d'anomalie du fond d'œil, pas d'hémianopsie.

Notons un certain degré d'anémie, avec décoloration des muqueuses, confirmée par l'examen du sang :

Globules rouges	3.926.000
Globules blancs	10.000

Formule sanguine :

Polyneutrophiles	42
Grands mononucléaires	10
Moyens mononucléaires	36
Lymphocytes	10
Myélocytes	2

Les troubles ovariens persistent toujours : les règles sont peu abondantes et surviennent avec un certain retard.

Une radiographie du crâne n'a rien montré d'anormal : la selle turcique n'est pas augmentée de volume.

La ponction lombaire n'a pu être pratiquée.

Enfin, l'examen des urines donne les résultats suivants :

Volume des urines de vingt-quatre heures : 900 centimètres cubes.

Urée	19g50 par litre
Phosphates	1g80
Bases	0g79
Albumine	0
Pseudo-albumine	+
Sucre	0
Acétone	0

L'interprétation de ces faits est extrêmement délicate. Il semble bien cependant qu'on puisse repousser l'idée d'une obésité endocrinienne, hypophyso-ovarienne ou thyroïdienne.

Rien ne permet, en effet, de faire de notre malade une myxœdémateuse : l'absence de troubles intellectuels, de frilosité, de chute des poils, d'atrophie thyroïdienne suffiraient à faire éliminer ce diagnostic. Certes il nous manque la mesure du métabolisme basal — que les circonstances ne nous ont malheureusement pas permis de faire pratiquer —; mais encore peut-on se demander quelle valeur il aurait fallu attribuer à un résultat subnormal traduisant une diminution des échanges respiratoires, étant donné le véritable poids mort que constituent ces masses graisseuses absolument incapables de tout travail métabolique. L'inefficacité du traitement thyroïdien qui, malgré des doses élevées, ne réussit qu'à provoquer des troubles d'hyperthyroïdie assez marqués pour en commander la suspension, constitue un ultime argument dont la valeur n'échappera pas.

Cette adiposité à prédominance abdominale aurait pu également être rapprochée des « adiposités ventrales » de Marañon, types des obésités d'origine hypophysaire. D'autant que la coexistence de troubles menstruels aurait pu la faire rapporter au syndrome adiposo-génital de Babinski-Fröhlich. Mais aucun autre signe ne vient trahir la lésion hypophysaire : la selle turcique est radiologiquement normale, les symptômes de compression manquent, nous l'avons vu, totalement, et enfin là encore l'opothérapie est restée infructueuse.

MM. Lereboullet et Boulanger-Pilet admettent à l'origine de certaines de ces adiposités pubertaires, l'existence de lésions des centres nerveux, et on sait d'autre part que l'expérimentation, entre les mains de Camus et ses élèves, a pu donner chez le chien, par atteinte de centres nettement localisés de la région tubérienne, des troubles lipodystrophiques analogues. Hypothèse purement gratuite ici, car outre l'absence déjà signalée de signes de lésion tubérienne, on ne relève ni par l'examen ni par l'interrogatoire d'histoire de méningite basilaire ou d'hérédo-spécificité, affections le plus souvent en cause dans les cas de cet ordre.

Ces faits étant éliminés, deux diagnostics restent à discuter. Tout d'abord celui de *lipodystrophie progressive*. Il soulève des objections que déjà l'un de

nous dans sa première présentation, avait soulevées et que nous avons rappelées plus haut.

Quant au diagnostic de maladie de Dercum à forme rhizomélique, il ne peut non plus être adopté sans réserves. Certes les deux éléments principaux : « adiposité douloureuse » existent ici. Mais la rhizomélie est incomplète, puisqu'elle épargne relativement les membres supérieurs, et atypique puisque, même aux membres inférieurs, elle ne revêt pas l'aspect si spécial « en pantalon de zouave » décrit par Léri. Ce diagnostic ne représente, d'ailleurs, ainsi que l'ont bien montré récemment encore MM. M. Labbé et Boulin (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, mai 1927, n° 17), qu'une étiquette apposée à des faits que rien, ni au point de vue clinique, ni au point de vue étiologique ou anatomo-pathologique ne permet d'isoler dans un cadre spécial.

Dès lors, il nous semble qu'une fois de plus ce cas rentre dans le groupe banal des adiposités par déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques, au détriment de ces dernières. Et il nous paraît que les faits peuvent être facilement expliqués de la façon suivante : le début de l'affection aurait été marqué par une diminution de la force musculaire en rapport avec une amyotrophie diffuse. Celle-ci obligea bientôt la malade à un repos relatif, ou même absolu, dont le résultat fut une incontestable réduction des dépenses. Malgré cela, à aucun moment l'alimentation ne fut réduite parallèlement, d'où surnutrition relative et engraissement.

La localisation particulière des dépôts graisseux, dans cette hypothèse, s'expliquerait fort bien du fait que les seuls mouvements auxquels se livre encore la malade sont des mouvements des bras et du thorax. Or, on sait « la résistance mécanique opposée à la surcharge graisseuse et l'intensité plus grande des oxydations locales, dans les régions soumises à des mouvements fréquents » (Legendre).

Reste à expliquer l'hypersensibilité objective qui accompagne l'adiposité. Pour MM. Labbé et Boulin, elle relève en général de l'éthylisme si souvent surajouté : « Ces sujets sont à la fois de gros mangeurs et grands buveurs. » En réalité, dans notre cas, il est impossible d'incriminer ce facteur. Nous serions plutôt tentés d'invoquer la cellulite qui, aux dires des spécialistes, est si fréquente chez les obèses ; et cette hypothèse, qui nous fut suggérée par un de nos confrères expert en matière de cellulite, nous semble confirmée par les heureux effets qu'on s'accorde généralement à reconnaître aux pratiques physiothérapiques : massage, photo et thermothérapie, action vibratoire, non seulement sur l'élément adiposité, mais encore sur l'élément douleur.

XIIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE
DE LANGUE FRANÇAISE
(MÉDECINE SOCIALE, ACCIDENTS DU TRAVAIL MÉDECINE PROFESSIONNELLE)

Lyon, 4, 5, 6 juillet 1927.

M. le professeur Etienne MARTIN, président du Congrès, après avoir remercié les congressistes d'être venus si nombreux, examine les causes du développement primitif de la médecine légale qui, primitivement bornée à la médecine judiciaire proprement dite, c'est-à-dire à la médecine au service de la répression des crimes, meurtres et délits, voit son domaine s'élargir de jour en jour (accidents de droit commun, du travail, maladies professionnelles, etc.) et s'oriente aujourd'hui vers la médecine sociale.

Pour atteindre ce but, la médecine légale doit maintenant englober les spécialités sans exception. C'est ce qui explique les raisons qui font que l'expert fait de plus en plus appel à des compétences particulières au cours de sa tâche, toujours délicate et trop souvent ardue.

Toutes ces raisons militent en faveur de l'élargissement de ces congrès.

PREMIER RAPPORT

LE VOL PATHOLOGIQUE

MM. RAVIART, VULLIEN et NAYRAC (de Lille), rapporteurs.

Ce rapport constitue une mise au point de la question du vol pathologique après les discussions soulevées par les communications de M. Antheaume sur la kleptomanie.

Quels mobiles poussent un sujet à voler? C'est soit la représentation normale du plaisir lié à la possession d'un objet, la tentation — que l'imagination du débile ou du dément rendra plus forte encore, — soit un désir pathologique de voler dû à une tendance impulsive ou à la suggestibilité anormale du sujet.

Quels freins peuvent le retenir? D'une part, la notion du bien et du mal, sa conscience morale; de l'autre, le souci des conséquences sociales de son acte, son intimidabilité. C'est cette dernière qu'il importe surtout au magistrat et à l'expert de reconnaître et d'apprécier. Le sujet est-il intimidable, il faut qu'il soit condamné, et pour cela le médecin-légiste n'hésitera pas à le déclarer responsable; le sujet n'est-il plus intimidable, il doit être traité à l'asile ou à la prison-asile. Tel est, en l'état actuel de notre législation, le seul moyen d'assurer la défense sociale.

En fait, il y a trois grands types à envisager au point de vue clinique.

Le sujet est atteint d'une maladie mentale proprement dite. Dans ce cadre rentrent les vols du dément paralytique, du dément sénile, du dément précoce, du confus — épileptique principalement, — ceux du maniaque, du délirant chronique (beaucoup plus rares) et exceptionnellement ceux du mélancolique. L'expert n'est pas souvent consulté pour des cas de ce genre (le sixième approximativement des expertises pour vol). C'est que l'état morbide est parfois tellement évident que le placement est provoqué d'office; il semble que la méconnaissance d'un état d'aliénation mentale ne soit guère à redouter.

L'apparence logique et coordonnée, la préméditation d'un vol ou d'une escroquerie n'impliquent pas toutefois l'intégrité mentale de leur auteur ; c'est le cas de certains épileptiques ou paralytiques généraux.

L'expert se trouve en présence d'un inculpé *débile* ou bien *instable*, *impulsif* ou *mythomane*, ou encore d'un *amoral*. La

très grosse majorité des expertises pour vol a trait à de pareils sujets.

Il est incontestable que ces vols sont le fait de l'état mental pathologique du délinquant, ce sont des « vols pathologiques ». Est-ce à dire que leurs auteurs sont systématiquement irresponsables? Nullement. On leur accorde de larges circonstances atténuantes? Pas davantage. Le dégénéré simple ne mérite pas d'indulgence particulière. Le dégénéré amoral n'a pas sa place marquée à l'asile : il y est un fauteur de désordre, il n'y reste pas longtemps et s'il est arrêté pour quelque nouveau méfait il pourra se prévaloir d'un internement antérieur. Aussi est-il préférable de le laisser répondre de ses actes devant la justice. On court ainsi la chance d'agir sur lui s'il est intimidable; s'il ne l'est pas, on se trouve malheureusement désarmé; seul un établissement spécial, asile-prison ou autre, lui conviendrait.

Les délinquants atteints d'amoralité acquise, comme par exemple les encéphalitiques, relèvent au contraire de la maison de traitement, car ils sont peut-être améliorables par quelque thérapeutique appropriée.

Les dégénérés arriérés seront condamnés ou internés selon que leur niveau intellectuel les rend ou non intimidables. Le dégénéré alcoolique ne fait pas exception à cette règle. Même un vol commis en état de confusion ou de subconfusion ne bénéficiera pas de l'article 63 du Code pénal.

Enfin, on peut avoir affaire à un *kleptomane*. Des enquêtes faites auprès de divers collègues ainsi que de leur expérience personnelle, les auteurs concluent qu'il existe des cas de kleptomanie vraie, où l'obsession-impulsion présente tous ses caractères classiques. Mais il s'agit là de faits extrêmement rares qu'on n'admettra qu'après une étude minutieuse des antécédents, des dispositions constitutionnelles et des facteurs accidentels : infection, intoxication, grossesse, etc. Quant aux voleuses des grands magasins, elles doivent être d'emblée considérées comme suspectes.

A côté des vrais kleptomanes, les pseudo-kleptomanes par perversion sont légion, tels ces fétichistes ou collectionnistes, tels aussi ces toxicomanes qui cèdent au besoin. On peut en rapprocher ces individus qui, en volant une automobile, recherchent une jouissance momentanée.

En l'état actuel des choses, tous les sujets dont la perversion est isolée, dégagée de troubles obsessifs, dépressifs, démentiels ou autres, doivent rendre compte de leurs actes à la justice.

Parmi ces pervers, les auteurs individualisent le type de *kleptomane de jeu*, celui qui, de son plein gré, fait le geste coupable, par attrait du risque (seule jouissance qu'il goûte), parce qu'il est avide d'angoisse « comme l'alcoolique est avide de son poison de prédilection ». C'est fort souvent le cas des voleuses de grands magasins; la crise émotive qu'elles allèguent ne reconnaît pas la même origine et ne mérite pas la même pitié que la lutte douloureuse et tragique du véritable obsédé.

Quant aux signes traditionnels de la kleptomanie-obsession : inutilité et absurdité du vol, restitution des objets dérobés, les auteurs ne leur accordent aucune valeur. Absents dans le vol par cupidité, ils se retrouvent dans la pseudo-kleptomanie de jeu : ce n'est pas la valeur ni la détention de l'objet volé qui intéresse ces pervers, mais bien le danger qu'ils courent à se les approprier.

Une idée fondamentale domine tout cet exposé : la nécessité de mieux garantir la société, il faut débusquer les pervers de tous types des abris où ils se sont constitué des refuges contre les rigueurs de la justice grâce à l'indulgence des médecins-experts parfois trop enclins à ne les regarder qu'en cliniciens. Le procès de la kleptomanie n'est qu'un aspect de cette question capitale.

DISCUSSION

M. Laignel-Lavastine (de Paris) admet, comme les rapporteurs, chez les paralytiques généraux certains vols liés seulement à un affaiblissement des qualités éthiques et chez les encéphalitiques épidémiques des vols par perversions instinctives acquises. Inversement, il a vu des voleurs pervers hérédo-syphilitiques mis au traitement spécifique et ne plus voler.

Quant à la kleptomanie, M. Laignel-Lavastine enseigne depuis 1910 « que ses caractères dans la pratique sont assez peu nets pour qu'on puisse aujourd'hui abandonner cette conception ».

Relativement aux voleuses de grands magasins, il fait remarquer que la facilité du vol chez le déséquilibré n'autorise pas à mettre ce vol sur le compte d'une obsession.

Il explique que souvent le vol facilite la production du spasme vénérien par l'identité d'excitabilité pharmacodynamique du vague, facteur d'anxiété, et de l'érecteur sacré, facteur de volupté. Enfin, il réclame à nouveau l'asile de sûreté permettant un séjour de longueur indéterminée dans des annexes psychiatriques de l'administration pénitentiaire.

M. Naville (de Genève) croit juste la classification des rapporteurs qui prévoient trois catégories de cas : vols avec aliénation mentale concomitante, vols avec dégénérescence mentale et morale polymorphe et vols par obsession-impulsion. Dans cette dernière catégorie, il estime cependant qu'il y a des cas intermédiaires entre l'obsession vraie, avec lutte consciente et douloureuse, et les pseudo-kleptomanies par perversité; il existe plusieurs sortes d'impulsions qui ne s'accompagnent pas toujours d'obsession et qui peuvent cependant être morbides et entraîner l'impunité, qu'elles apparaissent isolées ou soient accompagnées d'autres troubles névropathiques, psychopathiques ou moraux. Il cite un cas d'impulsion kleptomaniaque obsédante chez une jeune fille atteinte d'autres troubles névropathiques, mais sans perversité morale.

M. Carrara (de Turin) dit la communauté des vues italiennes avec celles des rapporteurs en ce qui concerne la défense sociale.

Pour les dégénérés amoraux il semble préférable de laisser ces sujets répondre de leurs actes devant la justice, mais s'ils ont vraiment une constitution morbide, dans le sens que la loi italienne dénomme « infirmité mentale », ils doivent être déclarés irresponsables.

La notion de constitution morbide est un des points aussi importants que difficiles en criminologie : est-on en présence d'une forme de criminalité dégénérative ou non? L'unique solution paraît être dans une réforme de la loi pénale plus adaptée à ce genre de délinquants. C'est le sens d'un projet italien actuel.

M. Louis Vervaeck (de Bruxelles) partage entièrement l'avis des rapporteurs au sujet de l'attitude à prendre à l'égard des délinquants anormaux ou débiles, mais si la solution qu'ils préconisent se justifie au point de vue social, elle méconnaît les principes fondamentaux de la loi pénale actuelle et de la science psychiatrique. On ne peut condamner à une peine égale un anormal et un normal, et du point de vue médical on ne peut envoyer en prison des débiles et des malades si le régime pénitentiaire ne dispose pas de sections thérapeutiques et éducatives susceptibles de modifier les tares et affections. Au contraire, dans un régime pénitentiaire individualisé, largement imprégné de principes psychiatriques et de défense sociale, tous les anormaux à réactions criminelles trouvent leur place logique et ils doivent y être maintenus aussi longtemps qu'ils montrent des tendances dangereuses.

M. L. Lattes (de Modène) estime que la discussion du rapport a pris une importance qui dépasse les limites du vol pathologique, puisqu'on a parlé du problème de la responsabilité et de la situation du médecin-expert qui doit se prononcer. L'impossibilité biologique de se prononcer quant à la

responsabilité fait qu'on doit se limiter à mettre en évidence les conditions morbides du sujet. Or, nos codes actuels, qui n'envisagent que le normal responsable et l'anormal internable, sont imparfaits. Le *criminel morbide* n'est pas seulement un malade en évolution clinique, justiciable d'une thérapeutique adéquate, c'est le plus souvent un *invalide*, c'est-à-dire un sujet chez lequel l'infirmité a fait place à la maladie, laissant une lacune pouvant par exemple être limitée au domaine moral (ainsi les séquelles d'encéphalite épidémique). Ces invalides morbides ne sont pas des malades au point de vue médical et ne sont pas pris en considération par les juges et par le public. N'empêche qu'ils doivent avoir un traitement juridique et pénitentiaire particulier non envisagé par les lois actuelles.

C'est précisément pour concilier les points de vue juridique et biologique que l'Italie va entreprendre une série de réformes dans ce sens.

M. Paul Provent (de Mortain) insiste sur les difficultés du problème de la responsabilité pénale en droit français actuel et demande que la question soit réservée.

COMMUNICATIONS

L'apport de la biologie au Code pénal italien en préparation. — M. Saporito (de Rome) souligne que l'idéal de préservation sociale réside dans la caractérisation biologique des causes psychiques réelles de criminalité ou de délinquance.

Il annonce au Congrès que le nouveau Code pénal italien sera caractérisé par la plus large contribution qu'actuellement la biologie puisse lui apporter.

Pour le mineur criminel, il y aura des sanctions et des moyens d'exécution avant tout éducatifs. Il existe déjà à Milan un institut, récemment inauguré, répondant à cette conception.

Pour l'adulte, tout en conservant la conception classique du droit, il existera une échelle de circonstances aggravantes ou atténuantes qui tiendront compte de la personnalité du criminel, ce qui conduira à une individualisation de la peine.

Des *mesures de sûreté* sont prévues, qui ont pour effet de suivre le criminel au delà de sa peine avec revisions périodiques des jugements quand besoin sera.

Tumeur cérébrale, troubles mentaux, vol pathologique. — MM. Sorel, Riser et Raymond Sorel (de Toulouse), ont observé le cas d'un homme de trente-neuf ans qui fut surpris volant maladroitement d'inutiles objets dans un grand magasin. Ce sujet offrait les signes apparents d'un paralytique général : troubles de la parole, amnésie, euphorie, mégalomanie. Le début de l'affection remontait à dix-huit mois et s'était manifesté par une céphalée pénible, diminution de l'activité, alternatives d'agitation et de dépression. Le traitement amena un effondrement psychique. La réaction humorale était négative, il existait de la stase papillaire bilatérale et l'acuité visuelle diminuée des deux tiers. Le liquide céphalo-rachidien était sous pression, xantochromique, hyperalbumineux contenait cinq lymphocytes par millimètre cube, mais la réaction de Bordet-Wassermann était négative.

Ce malade était non pas un paralytique général, mais porteur d'une tumeur cérébrale pour laquelle une trépanation fut pratiquée et qui n'amena qu'une éphémère amélioration. Une hémiparésie droite apparut alors, puis une torpeur progressive.

Le fait d'une tumeur cérébrale simulant par son allure clinique la paralysie générale avec réaction antisociale n'est pas encore une banalité, étant considéré que le vol commis avait tous les caractères d'un larcin stupidement accompli, souvent propre au paralytique général.

Vols impulsifs à l'étalage chez une déprimée périodique. — M. Laignel-Lavastine (de Paris) rapporte l'observation d'une voleuse de grands magasins qu'il a expertisée en 1921 et qui bénéficia d'un non-lieu.

Il s'agissait d'une émotive dysovarienne hyperthyroïdienne atteinte de dépression mélancolique. Les vols commis au cours des règles n'ont pas les caractères classiques des vols par impulsion obsédante, mais répondent à des impulsions par inhibition de la volonté au cours de crises psycholeptiques qu'on décrivait autrefois dans les manifestations hystériques.

De pareils faits sont rares, car depuis l'article fondamental de Dubuisson sur les voleuses de grands magasins on sait que la grande majorité de ces femmes ne présentent rien de pathologique; cependant l'existence d'observations telles que l'actuelle montre la trop grande généralisation des conclusions de M. Antheaume relativement aux voleuses des grands magasins.

Le vol pathologique dans le milieu militaire. — M. le médecin-major A. Rouquier (de Lyon) indique que le vol pathologique dans l'élément militaire est extrêmement rare, pour la bonne raison que les psychopathes de tout genre sont immédiatement éliminés de l'armée. La plupart des sujets en prévention de conseil de guerre pour vol appartiennent à la catégorie des débiles déséquilibrés ou dégénérés, souvent amoraux mais qui n'en sont pas moins pratiquement responsables de leurs actes, et il faut être impitoyable pour ceux qui récidivent. La kleptomanie ou impulsion obsédante au vol doit être tout à fait exceptionnelle si elle existe. L'auteur n'en a jamais observé; il estime qu'une *révulsion morale* énergique doit pouvoir guérir les déséquilibrés ou les dégénérés qui en seraient momentanément atteints.

Examen neuro-psychiatrique des enfants délinquants. — MM. Roubinovitch, Paul Boncour et Heuyer (de Paris) affirment une fois de plus l'absolue nécessité de l'examen médico-psychologique systématiquement pratiqué chez tous les enfants délinquants qui passent devant le tribunal des mineurs. Une loi de 1912 prévoit certes un examen médical, mais il reste facultatif. Et de fait tous les jeunes sujets vus en expertise présentent un ensemble de tares de dégénérescence de toute évidence.

Cet état de fait conduit à l'ignorance absolue où l'on est concernant le nombre d'enfants normaux et anormaux délinquants, ce qui est préjudiciable à la prophylaxie de la criminalité juvénile, qui bien souvent aurait pu être enrayée. D'où la nécessité de l'examen médico-pédagogique systématique dont l'aboutissant sera une classification par catégories, chacune d'entre elles relevant d'une décision spéciale.

C'est précisément ce que les auteurs viennent d'obtenir des pouvoirs publics *à titre d'expérience* pour la seule prison juvénile de la Petite Roquette à Paris. Tous les enfants pensionnaires de cet établissement pénitentiaire seront examinés complètement au triple point de vue médico-psychologique, social et judiciaire, dont les modalités sont rigoureusement prévues.

La décision qui ressort au pouvoir judiciaire sera différente selon qu'il s'agira de malades (épileptiques, obsédés encéphalitiques, etc.), de débiles intellectuels (grands et petits débiles, imbéciles), de pervers instinctifs, ou par contre d'enfants normaux victimes du milieu social dans lequel ils vivent.

Tout fait prévoir que les résultats seront des plus favorables à la généralisation de la méthode en vue de combattre la délinquance juvénile sous toutes ses formes, dont un grand nombre sont susceptibles d'amélioration notable sinon de guérison sociale définitive.

M. Etienne Martin (de Lyon) demande si la possibilité d'examen des enfants résulte d'une loi ou d'un décret. Il félicite les auteurs du résultat qu'ils viennent d'obtenir.

M. Heuyer (de Paris) précise qu'il s'agit d'un décret autorisant une expérience localisée à Paris, à la Petite Roquette. Tous les enfants sans exception seront examinés.

M. Vervaeck (de Bruxelles) salue avec joie l'effort partiel qui va être tenté à Paris et rappelle l'exemple offert par la Belgique dans cette voie.

M. Heger-Gilbert (de Bruxelles) dit qu'en Belgique la réforme avait débuté par les adultes et qu'actuellement on étudie son extension aux enfants. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 17 juin 1927)

Méningite ourlienne et spirochète de Kermorgant. — M. René Besnard a eu l'occasion de constater à l'ultramicroscope la présence d'un spirochète mobile dans le liquide céphalo-rachidien de malades atteints d'oreillons. Dans les deux cas il s'agissait de ponctions lombaires faites de façon précoce antérieurement à l'apparition du syndrome méningé classique. Dans seize autres cas les constatations furent négatives. L'auteur rappelle ces faits simplement pour signaler qu'on peut retrouver le spirochète dans le liquide céphalo-rachidien, et que cette recherche n'a de chances d'aboutir que si elle est extrêmement précoce.

Autohémothérapie à la période initiale de la paralysie infantile. — MM. Sicard, Hagueneau et Wallich ont eu l'occasion, dans deux cas de paralysie infantile et dans un cas de poliomyélie antérieure du type Landry, de pratiquer des injections sous-cutanées d'auto-sang à la dose de 10 à 15 centimètres cubes et répétées tous les jours ou tous les deux jours durant une semaine environ. Cette thérapeutique qui leur a donné dans trois cas d'excellents résultats leur a paru logique en conformité avec ce que l'on sait de l'autohémothérapie à la période du zona.

Gérodermie génito-dystrophique avec rhumatismes chroniques et vagotonie. — MM. Laignel-Lavastine et Bourgeois présentent un sujet dont l'aspect extérieur correspond à la description classique de Rumpno et Ferranini : facies de vieille femme, peau mince ulcéreuse, absence de poils, pénis minuscule, testicules extrêmement atrophiés; les déformations osseuses sont aussi caractéristiques : on trouve chez lui le genu valgum, le petit crâne, la cyphose cervico-dorsale, l'exagération de la longueur des membres. Les auteurs insistent sur une déformation particulière de la colonne vertébrale, les vertèbres ont leur largeur normale mais leur hauteur est très diminuée. Cette atrophie porte surtout sur les dernières dorsales et les premières lombaires. Il en résulte une apparence de télescopage, le thorax semblant rentrer dans le bassin.

Un cas de maladie de Recklinghausen familiale avec nanisme. — MM. Laignel-Lavastine et Ravier présentent un malade atteint d'une maladie de Recklinghausen familiale avec nanisme et lésions osseuses multiples : scoliose, glissement latéral d'une vertèbre dorsale et bascule des vertèbres sus-jacentes, bassin oblique ovalaire, des troubles de la marche en rapport avec les douleurs, des lésions papillaires sans névrite optique véritable, une cholestérinémie importante et des antécédents psychopathiques héréditaires et collatéraux.

Tabes poly-arthropathique avec purpura à grandes ecchymoses. — M. Bascouret présente un malade atteint de grandes plaques purpuriques à la suite de douleurs fulgurantes au niveau de celles-ci chez un tabétique présentant uniquement deux arthropathies au niveau du même membre, des douleurs fulgurantes, des troubles urinaires et le signe d'Argyll.

Trois cas d'oreillons sous-maxillaires. — M. Ch. Zoeller a constaté, au cours d'une épidémie d'oreillons portant sur une centaine de cas, trois cas de sous-maxillites ourliennes pures. Chez l'un d'eux la signature fut donnée sous la forme d'une complication testiculaire. Les éléments du diagnostic différentiel sont la rapidité d'apparition de la tuméfaction sous-maxillaire, son indolence, la bilatéralité fréquente, la notion d'épidémie.

Le signe du phrénique dans les pyélonéphrites aiguës et dans la lithiase rénale. — M. Jean Troisier signale, au cours des pyélo-néphrites aiguës et au cours des accidents paroxystiques de la lithiase rénale, l'apparition d'un point douloureux à la pression entre les chefs claviculaire et sternal du sterno-cléido-mastoïdien. Ce point phrénique peut être tellement douloureux que sa recherche provoque le rejet de la tête en arrière avec une vive érythrose faciale. Il est strictement unilatéral si la pyélite aiguë est unilatérale, si la colique néphrétique est unilatérale. Il s'atténue et disparaît dès que les signes de pyélite ou de migration calculeuse s'atténuent et disparaissent.

Le mécanisme des accidents observés dans l'artérite juvénile (maladie de Buerger). Son importance dans les indications du traitement. — M. A. Guillaume montre que la thrombose survient comme une complication de l'artérite; que l'endartérite proliférante existe seule ou prédomine dans les petits vaisseaux distaux, et qu'au contraire la thrombose, quand elle existe, s'amorce sur les lésions d'endartérite pour gagner, par marche rétrograde, les troncs principaux du membre.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 31 mai 1927)

Tumeur intramédullaire. Repérage par le lipio-diagnostic. Opération. Guérison. — MM. Sicard, Hagueneau et Wallich présentent un cas de tumeur intramédullaire de la région dorsale inférieure, opérée et guérie par Robineau. Ils insistent sur l'opposition entre la pénurie des signes cliniques, qui avaient l'allure de lombo-sciatalgie avec intégrité motrice sensitivo-objective, tendino-réflexe et sphinctérienne, et la netteté des signes biologiques, dissociation albumino-cytologique, absence de lésions osseuses à la radiographie et image lipiodolée en ligne festonnée. Les signes biologiques, dans le diagnostic différentiel et topographique des compressions médullaires, sont des témoins beaucoup plus fidèles que les signes cliniques.

Dysesthésies rachidiennes à type de décharge électrique par flexion de la tête dans la sclérose en plaques. — MM. H. Roger, J. Reboul-Lachaux et G. Aymes présentent quatre observations de malades atteints de sensations de décharges électriques particulièrement localisées au rachis et déclenchées par la flexion de la tête. Les deux premiers cas sont relatifs à des scléroses en plaques franches, comme les faits décrits par M. Lhermitte. Le troisième cas est probablement aussi une sclérose en plaques au début. La quatrième observation est celle d'une compression médullaire, dans laquelle les sensations électriques sont voisines des douleurs cordonales décrites par M. Barré.

Dystonie d'attitude au cours de la marche, à type de dysbasia lordotical, postencéphalitique. — MM. H. Roger, Siméon et Denizet rapportent l'histoire d'un malade qui prend une attitude lordotique avec inclinaison vers la droite exclusivement au cours de la marche. Ce malade n'a pas de parésie des muscles fléchisseurs ni du bassin, mais une légère hypertonie de la masse sacro-lombaire. On relève dans son passé, il y a cinq ans, un épisode encéphalitique à type somnolent et diplopique. Il persiste, d'ailleurs, une légère parésie du pathétique gauche.

Encéphalite postvaccinale. — M. L. Bowman (d'Utrecht).

Les cellules pigmentées, safranophiles et vésiculeuses sous-optiques. — M. DIDE (de Toulouse).

Dysostose hypophysaire. — M. Arthur SCHULLER (de Vienne), dans 5 cas de syndrome infundibulo-hypophysaire, a observé de larges plages de décalcification osseuse visibles sur les radiographies.

La rigidité parkinsonienne et ses variations d'intensité au cours de l'épreuve de Romberg simple ou modifiée. — MM. J. FROMENT et PAUFIQUE montrent que l'intensité de la rigidité, jugée par le test du poignet, déjà plus marquée lorsque le parkinsonien joint les pieds et les accole par le bord interne, subit, du fait de l'occlusion des yeux, une accentuation indiscutable. L'assouplissement relatif du poignet suit presque immédiatement la réouverture des yeux. Tout ce qui, dans l'épreuve de Romberg modifiée, vient alléger la statique (écart modéré des pieds, adossement à un mur en attitude confortable, appui sur une cheminée, sur une table ou contre le chambranle d'une porte), atténue aussitôt plus ou moins son retentissement sur la rigidité. Par contre, tout ce qui aggrave l'épreuve et complique la statique (mouvement de la tête sur ordre) l'accroît du même coup.

Lorsque l'on combine d'une part les manœuvres qui aggravent l'épreuve de Romberg, et d'autre part, les manœuvres qui l'allègent en atténuant plus ou moins le déséquilibre qui résulte des premières, on diminue plus ou moins le retentissement de l'épreuve sur la rigidité.

Tout se passe comme si l'intensité de la rigidité chez le parkinsonien était en raison directe des difficultés que comporte l'épreuve statique à laquelle il est soumis. Tout se passe comme si cette rigidité était le témoin d'un état dysbasique et comme si l'intensité de la dite rigidité en mesurait le degré.

Du métabolisme musculaire dans les états parkinsoniens. Acidose d'origine lactique et créatininurie. — MM. J. FROMENT et L. VELLUZ (de Lyon), faisant état de 40 observations d'adultes jeunes atteints d'états parkinsoniens plus ou moins bien caractérisés, montrent que l'augmentation horaire de l'élimination de l'ammoniaque urinaire, sur laquelle ils ont attiré l'attention, est, pourrait-on dire, de règle. S'en référant à ses caractères cristallographiques, à ses réactions colorées et à sa concentration en zinc, ils ont pu, dans les urines, caractériser l'acide lactique sous la forme de sel de zinc. Il y a donc bien, comme ils l'avaient supposé, acidose, c'est-à-dire accumulation dans l'organisme de l'acide lactique qui se décèle par ses décharges urinaires. Cette acidose n'est nullement comparable à celle du diabète.

Il y a donc, dans l'état parkinsonien, modification simultanée des deux métabolismes musculaires : le métabolisme albuminoïde, considéré comme lié à la fonction tonique (les auteurs confirment sur ce point les constatations de Koch, Marinesco et Popesco) et le métabolisme hydrocarboné. Ces troubles du métabolisme existent tout autant chez le parkinsonien uniquement rigide que chez celui qui présente à la fois rigidité et tremblement. La rigidité parkinsonienne diffère donc, pour ce qui concerne le métabolisme musculaire, de l'hypertonie pyramidale. Par contre, elle se rapproche des modifications observées, entre autres par Campbell et Webster, au cours de l'exercice musculaire dans ses différentes modalités, contractions soutenues comprises.

On doit se demander si la rigidité parkinsonienne ne s'apparente pas en quelque manière à une contraction soutenue destinée à exhausser le tonus de la musculature statique, qui, fléchissant dans l'état parkinsonien, provoquerait un état dystatique. Cette hypothèse cadre, du moins, avec les caractères cliniques (variations suivant l'attitude statique) de la rigidité parkinsonienne. N'y a-t-il pas enfin, dans l'état parkinsonien, sidération de l'appareil musculaire par les produits de son catabolisme, et peut-être, consécutivement, altérations organiques musculaires ou viscérales?

M. Cl. Vincent fait remarquer que l'injection de cocaïne dans le trajet du spinal fait disparaître le phénomène de la tétanisation anticipée du trapèze chez le parkinsonien. Ce petit fait montre bien que la rigidité parkinsonienne est en rapport avec un trouble d'innervation d'origine centrale. Les troubles du métabolisme doivent être considérés comme la conséquence et non comme la cause de la rigidité. Telle est également l'opinion de M. Froment.

Le réflexe périnéo-vésical. — M. LAMA (de Faënza).

Une nouvelle réaction pour le séro-diagnostic de la syphilis. — M. LAMA (de Faënza).

L'action hypertensive du bismuth. — M. LAMA (de Faënza).

Comportement de la pression du liquide céphalo-rachidien après la ponction lombaire. — M. O. BALTUSSI (de Gênes) conclut de ses expériences que, à la suite de la ponction lombaire, on voit se produire une réaction hypertensive d'autant plus marquée qu'on a soustrait une plus grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Les accidents disparaissent par l'injection de sérum glucosé hypotonique.

Crises d'épilepsie chez le lapin au cours de la dépression atmosphérique. — MM. Charles RICHET fils, GARSEAUX et BÉHAGUE.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

PROFESSION MÉDICALE

CARACTÈRE DE L'ENGAGEMENT DU MÉDECIN POUR SOINS A DONNER AUX OUVRIERS

Quelle est la nature d'un engagement pris par un médecin de donner ses soins aux ouvriers victimes d'accidents du travail moyennant une rémunération annuelle?

Cette question est depuis longtemps discutée tant en doctrine qu'en jurisprudence. Cependant, un arrêt de la Cour de cassation du 3 mars 1926 vient de poser des principes qui nous paraissent devoir être approuvés, parce qu'ils sont conformes au caractère de la profession du médecin : il déclare que l'engagement pris par le médecin dans les conditions qui viennent d'être indiquées ne constitue pas un contrat de louage de services et que, au cas de rupture indue de la convention passée avec le médecin, celui-ci a droit à des dommages-intérêts.

La Cour suprême s'exprime ainsi :

« Attendu que les actes dépendant d'une profession libérale sont susceptibles de former l'objet d'une promesse de rémunération par celui au profit duquel ils doivent être accomplis; que lorsqu'un engagement de cette espèce a été souscrit sans détermination de durée, il peut cesser à toute époque, sans indemnité, par la volonté du promettant, à moins que la convention ou l'usage n'imposent l'observation d'un délai de prévenance ou que la rupture n'ait eu lieu dans des circonstances constitutives de l'existence d'une faute. »

Tel est le principe nettement posé. On a cherché, antérieurement à cet arrêt, à définir l'engagement pris par le médecin comme constituant un contrat de mandat; cette opinion ne pouvait et ne peut être consacrée, parce que le caractère essentiel du mandat consiste dans le pouvoir donné au mandataire de représenter le mandant dans les actes juridiques, de l'obliger envers les tiers et d'obliger les tiers envers lui; or, rien de tel ne peut se concevoir dans les rapports du médecin avec ses clients. On a dit alors que l'engagement du médecin revêtait le caractère du contrat de louage de services; cette opinion, qui a été défendue par plusieurs auteurs,

ne nous paraît pas non plus pouvoir être acceptée; le motif en est que l'élément constitutif du louage de services est la subordination de l'employé à celui qui l'emploie; or il n'existe pas de lien de dépendance et de subordination entre le médecin et ses malades; le médecin exerce sa profession en toute indépendance, il fait son diagnostic et applique le traitement que sa science et sa pratique lui ont enseigné.

En définitive, la convention dont il s'agit ne rentre pas dans une des catégories de contrats spécifiées par le Code civil; mais, en dehors de ces contrats, il y a des conventions qui peuvent se former entre les parties, qui sont licites et obligatoires, par application de l'article 1134 du Code civil, aux termes duquel « les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites; elles ne peuvent être révoquées que de leur consentement mutuel, ou pour les causes que la loi autorise; elles doivent être exécutées de bonne foi ». La convention, formée entre le médecin et celui qui s'adresse à lui pour soins à donner, crée à la charge du médecin une obligation de faire, *fournir ses soins*, qui en cas d'inexécution se résout en dommages-intérêts, et à la charge de l'autre partie une obligation de donner, *payer le montant de ce qui est dû*. Ce sont des obligations réciproques, dont la résolution est soumise aux dispositions de l'article 1184 du Code civil, si elles sont à durée déterminée. Si elles n'ont pas de durée déterminée, la sanction est que celui qui rompt le contrat sans motifs légitimes doit une indemnité; on ne peut pas l'empêcher de rompre un tel contrat à sa volonté seule, mais alors il ne doit pas commettre de faute.

L'arrêt de la Cour de cassation est très important; car la profession de médecin a évolué, depuis l'introduction de toutes les lois sociales actuelles. Elle n'a plus le caractère d'individualité qu'elle a eu pendant longtemps; le médecin prête son concours aux Compagnies d'assurances, aux Sociétés de secours mutuels, aux Communes, aux établissements publics, aux entreprises; ce concours est rémunéré par une allocation annuelle et fixe. Il importait de fixer le caractère de la convention intervenue avec le médecin; c'est ce qu'a fait la Cour de cassation.

L'importance de sa décision va apparaître plus nettement, quand nous aurons fait connaître les circonstances de fait sur lesquels la Cour a statué. V..., docteur en médecine, avait été chargé par la Société des établissements X... de la direction de son service médical et spécialement des soins aux victimes d'accidents du travail, moyennant une rémunération annuelle de 4.000 fr. Il avait été avisé le 31 mars que la Société n'aurait plus recours à ses offices à partir du lendemain 1er avril. En cet état, le médecin avait demandé : 1° suivant l'usage, une indemnité équivalant à la rémunération annuelle; 2° des dommages-intérêts pour rupture abusive de l'engagement.

La Cour d'Aix, devant laquelle était venue l'affaire, rejeta la demande pour ce motif que le médecin « n'était appelé qu'à faire suivant les règles de l'art des actes rentrant dans l'exercice de la profession médicale et qu'il était libre de les accomplir en temps et au lieu de son choix; que ne se trouvant pas dès lors rattaché à la Société par un lien de subordination, une des conditions constitutives du contrat de louage de services faisait défaut et qu'en conséquence aucune indemnité ne pouvait être accordée ».

Ainsi la Cour d'Aix considérait que l'engagement intervenu entre le médecin et la Société des établissements V... était un contrat de louage de services. La Cour de cassation ne l'a pas admis; elle répond :

« Mais attendu que des constatations sus-rappelées *il résulte seulement que V... ne saurait être considéré comme rentrant dans la catégorie des ouvriers et employés liés par un contrat de travail et justiciables des Conseils de prud'hommes pour les différends qui s'élèvent à cette occasion entre eux et leurs patrons*; que l'arrêt ne s'explique pas sur la question de savoir si, en l'espèce, un délai de prévenance devait être observé, ni si une faute a été commise dans la résiliation de l'engagement; que la circonstance qu'il ne s'agissait pas d'un contrat de la nature de ceux qui ressortissent à la juridiction prud'homale ne dispensait pas la Cour d'appel de rechercher si les indemnités demandées étaient dues pour les causes prétendues par V..., qu'en ne le faisant pas, l'arrêt n'a pas légalement justifié sa décision ». Et la Cour suprême a cassé l'arrêt de la Cour d'Aix.

On ne peut pas rompre unilatéralement un contrat de durée déterminée ou indéterminée sans de justes motifs, faute desquels, celui qui rompt l'engagement engage sa responsabilité pécuniaire. C'est là le résumé de l'arrêt de la Cour de cassation qui ne peut être qu'approuvé.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de médecine des enfants [5e édition] (1), par P. Nobécourt.

« Un *Précis de médecine* ne peut entrer, par définition, dans les détails que comporte l'étude de certaines maladies. Il doit mettre en valeur les notions essentielles et laisser dans l'ombre les faits particuliers, malgré leur intérêt. » Ainsi s'exprime la préface de la cinquième édition du *Précis de médecine des enfants*. C'est dire quel succès a remporté, auprès des médecins et des étudiants, l'ouvrage du professeur Nobécourt. S'il est en train de devenir classique, ce n'est pas seulement à cause de la forme, particulièrement soignée, c'est surtout parce que le fond en est excellent. La substance n'en a-t-elle pas été recueillie auprès du professeur Hutinel, le maître des maîtres, celui qui, pendant près d'un demi-siècle, a enseigné les générations? Le professeur Nobécourt n'y a-t-il pas ajouté le fruit de son expérience personnelle? N'a-t-il pas veillé à ce que chaque nouveau tirage soit, comme on dit aujourd'hui, *à la page*? N'y a-t-il pas apporté toutes les modifications désirables, les unes nécessitées par les progrès de la médecine, les autres par une connaissance de plus en plus approfondie des nécessités de l'enseignement?

L. BABONNEIX.

La Thérapeutique du nourrisson en clientèle [2e édition] (2), par P. Nobécourt et M. Maillet.

Il y a peu de temps, nous rendions compte de ce volume dû à l'activité de deux médecins d'enfants, dont l'un a eu l'honneur de succéder au professeur Hutinel, et dont l'autre a acquis, en médecine des nourrissons, une grande et légitime réputation. Nous disions combien ce livre nous paraissait utile. Ne groupait-il pas une série de renseignements épars, malgré leur intérêt? N'indiquait-il pas nettement ce qui, dans un cas donné, doit être fait, ce qui doit être évité? Nous lui présagions une brillante carrière. Pronostic que les événements ne tardaient pas à justifier, puisqu'aujourd'hui paraît, complétée et revue, cette œuvre dont la lecture est indispensable à tous ceux qui s'occupent de nourrissons et qui savent combien les soins à leur donner exigent de science, de doigté et d'expérience.

L. BABONNEIX.

(1) Collection des Précis médicaux. In-18 de 1080 pages. — Prix : 70 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8 de 915 pages. — Paris, N. Maloine.

Plus d'Incertitude



LE LORAGA est la première Emulsion d'huile de paraffine et d'agar-agar employée ; elle possède les avantages suivants : homogénéité et stabilité parfaites ; goût agréable malgré l'absence de tout arome artificiel ; absence de sucre, d'alcalis et d'alcool; pas de contre-indications; pas d'écoulement d'huile; pas de coliques ni de douleurs intestinales ; pas de nausées ni de troubles gastriques ; pas d'accoutumance.

¶ *MM. les Médecins qui en feront la demande recevront gracieusement un échantillonnage suffisant de ce produit, pour leurs essais cliniques.*

DE tous les médicaments nouveaux et dont la valeur est vraiment bien établie, aucun, pour ainsi dire, n'a conquis la faveur des médecins, même les plus orthodoxes, d'une façon aussi complète et aussi certaine que le

LORAGA

La raison principale en doit être incontestablement cherchée dans son effet remarquablement sûr.

Très nombreux sont les praticiens qui ont parlé élogieusement de la saveur agréable du Loraga, en insistant tout particulièrement sur l'absence de tout arrière-goût d'huile et de graisse. D'autres ont insisté sur ce fait important qu'il ne provoque ni coliques, ni malaise, ni écoulement par l'anus. Mais, études sur études soulignent l'efficacité constante avec laquelle les résultats cherchés ont été invariablement atteints.

Un examen rapide de la composition du Loraga dans lequel l'huile de paraffine pure, l'agar-agar et la phénolphtaléine sont dosés dans des proportions établies avec tant de soin — suivi d'une expérimentation clinique pratique, suffiront d'ailleurs à convaincre le praticien le plus sceptique qu'il ne s'agit pas ici d'un laxatif ordinaire, mais d'un correctif physiologique rationnel qui offre des possibilités infinies dans le rétablissement de la régularité de l'intestin.

LABORATOIRES SUBSTANTIA
GUILLEMOTEAU & CIE, PHARMACIEN
70, RUE DE STRASBOURG, VINCENNES (Seine)

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

FRACTURE DE CLAVICULE

D'une pratique courante, leur fréquence tient à ce que la clavicule est :

Superficielle;

Arcboutante à deux courbures entre le thorax et le moignon de l'épaule.

Un trait leur est spécial :

Faciles à réduire;

Difficiles à maintenir réduites.

ÉTIOLOGIE. MÉCANISME

Age : chez l'adulte, mais aussi chez l'enfant, car c'est l'os le premier ossifié.

Cause directe : c'est le cas le plus rare.

Cause indirecte : c'est la règle.

Chute sur le moignon de l'épaule :

Prise entre le sol et le poids du corps, se rompt par accentuation de ses courbures.

Bras d'un enfant tiré en abduction, plus rare se rompt par allongement.

Par action musculaire : très rare.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les plus fréquentes : fractures du tiers moyen.

Trait : à l'union des deux courbures, oblique en bas, en dedans et en arrière.

Déplacement :

Fragment interne tiré en haut par le sterno.

Fragment externe tiré : en bas par le deltoïde son bord antérieur abaissé par le sous-clavier.

Toujours notable chevauchement.

Fractures sous-périostées et en bois vert fréquentes chez l'enfant.

Plus rares :

Fracture du tiers externe :

Le plus souvent trait au sein des ligaments coraco-claviculaires; donc pas de déplacement.

Fracture du tiers interne :

Rares. Sans déplacement.

CLINIQUE

Type de description : tiers moyen.

Sujet se présente avec attitude caractéristique.

On l'examine assis, les deux côtés découverts, *le thorax nu*.

Suspension :

Moignon de l'épaule abaissé et porté en avant.

Saillie du fragment interne très nette avec à ce niveau :

Ecchymose.

Gonflement.

Bras en rotation interne.

De dos : bord spinal de l'omoplate écarté de la colonne.

Palpation :

Perçoit : le chevauchement.

La douleur exquise.

On décèlera la *mobilisation anormale* et la *crépitation* en soulevant le moignon de l'épaule. Manœuvre le plus souvent *inutile* pour le diagnostic.

Etude des mouvements. — Très *importante*.

Ne peut porter la main à la figure.

Toujours compléter par recherche des mouvements provoqués dans la scapulo-humérale. Ils se font normalement. C'est en même temps un *bon signe différentiel*.

Examen toujours complété par :

Radiographie :

Apprécie l'écart et d'autres lésions associées possibles.

Mensuration :

Apprécie le raccourcissement.

ÉVOLUTION

Non compliquée en : vingt jours chez l'enfant; trente à quarante chez l'adulte.

COMPLICATIONS

Immédiates : rares, les moins importantes.

Fractures ouvertes : surtout de guerre. Infection.

Embrochement du dôme pleural.

Lésions du plexus.

A retenir : lésions des vaisseaux, surtout de la jugulaire interne qui est contre le bord postérieur de l'os.

Tardives : les plus importantes.

Deux essentielles :

Raccourcissement par chevauchement. — Distinguer :

Petit raccourcissement d'un centimètre. Aucun retentissement fonctionnel.

Raccourcissement au-dessus d'un centimètre.

Limitation variable de l'abduction et de la rétropulsion du bras.

Le cal exubérant. — Déformation inesthétique surtout chez la femme.

Peut produire :

Soit : compression du plexus brachial.

Soit : englobement de filets du plexus cervical. Névralgies.

Beaucoup plus rares :

Pseudarthrose.

Arthrite sterno-claviculaire.

FORMES CLINIQUES

Du tiers externe : opposer :

Sans déplacement : difficile à reconnaître, mais facile à différencier de la luxation acromio-claviculaire.

Recherche de la douleur exquise linéaire.

Avec déplacement : plus difficile à différencier de la luxation.

Pas de touche de piano.

Du tiers interne :

Double avec dyspnée.

Forme de l'enfant.

Passe souvent inaperçue. Vient souvent plus tard pour un gros cal.

PRONOSTIC

Bénin, mais toujours réservé au point de vue esthétique.

DIAGNOSTIC

Positif : facile.

Différentiel :

Du tiers moyen : ne se pose pas.

Du tiers externe :

Luxation acromio-claviculaire.

Pas de raccourcissement.

Touche de piano.

Fractures de coracoïde et d'acromion :

Difficiles chez les sujets musclés. Radio.

Du tiers interne :

Diagnostic classique : arthrite gono.

Fracture passée inaperçue. Surtout chez l'enfant :

Diagnostic d'un gros cal avec :

Gomme tuberculeuse.

Gomme syphilitique.

TRAITEMENT

Le tout est de les maintenir réduites.

Fractures sans déplacement ou avec déplacement minime :

Echarpe de Mayor avec coussinet axillaire.

Fractures à déplacement moyen.

Ou chambre de bicyclette.

Ou couteau amélioré.

Fractures à grand déplacement ou ouvertes.

Ostéosynthèse.

Cal exubérant.

Homme : résection.

Femme : se rappeler qu'une cicatrice peut être plus inesthésique que la saillie d'un cal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anémie pernicieuse. La cholestérine en bio-pathologie, par M. le docteur DE GÉRIN. In-8 de 45 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, Le François.

Les stupéfiants, par le docteur R. PORAK. Un vol., 345 pages, 43 graphiques dans le texte. — Paris, G. Doin et Cie.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — PRIX FILLIOUX. — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les *maladies de l'oreille*. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Exceptionnellement en 1927, il sera décerné deux prix aux candidats internes, deux prix aux candidats externes.

Pour l'année 1927, le concours sera ouvert le jeudi 1er décembre 1927.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du 5 au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le samedi 15 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

CONDITIONS DU CONCOURS. — I. *Programme du concours.* — 1° Un mémoire manuscrit et inédit sur les *maladies de l'oreille*, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique;

2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces épreuves est de :

Pour le mémoire............ 30 points
Pour l'épreuve clinique...... 20 —

II. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs des services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants;

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (*Année scolaire 1927-1928.*) — **Immatriculation. Inscriptions.** — I. IMMATRICULATION. — L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers.

Les cartes délivrées aux étudiants ne possédant pas de livret individuel sont strictement personnelles. Elles ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897).

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires; 2° les docteurs, les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 100 fr.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates

indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 15 h.

II. INSCRIPTIONS. — *Première inscription.* — La première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre, de midi à 15 h. En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français et certificat d'études P. C. N.;

II. Acte de naissance sur timbre;

III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 3 fr. 60) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur);

IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté).

Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1927-1928, les inscriptions trimestrielles, consécutives à la première, seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 15 h., au secrétariat (guichet n° 3).

Premier trimestre, du 6 au 22 octobre 1927 (excepté les lundis et mardis).

Deuxième trimestre, du 4 au 21 janvier 1928 (excepté les lundis et mardis).

Troisième trimestre, du 18 avril au 5 mai 1928 (excepté les lundis et mardis).

Quatrième trimestre, du 5 au 21 juillet 1928.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Les classes et traitements des directeurs médecins et médecins chefs de service du cadre des asiles publics d'aliénés sont fixés ainsi qu'il suit :

Classe	Traitement
9e classe	19.000 fr.
8e classe	20.500
7e classe	22.000
6e classe	23.500
5e classe	25.000 fr.
4e classe	26.500
3e classe	28.000
2e classe	30.000
1re classe	32.000

Il n'est apporté aucune modification à la répartition actuelle des médecins directeurs et médecins chefs de service entre les différentes classes, et les nouveaux traitements seront alloués aux intéressés suivant leur classe respective. L'attribution de ces traitements ne sera pas considérée comme un avancement et chaque praticien conservera, dans sa classe, l'ancienneté acquise.

L'attribution des traitements prévus par le présent décret est exclusive de l'indemnité de 12 p. 100 prévue par le décret du 12 janvier 1927.

Ces nouveaux traitements auront effet du 3 août 1926. (*J. O.*, 9 août 1927.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs André Antheaume (de Paris) et Blanquinque (de Laon), membre correspondant de l'Académie de médecine.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de vacances de pratique obstétricale* (1re série), par MM. les docteurs Louis Fournier, médecin de l'hôpital Cochin; Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Tenon; Vaudescal, agrégé; Desoubry, Jacquet, Lantuéjoul, Mlle Labeaume, MM. de Peretti, chefs de clinique et anciens chefs de clinique; de Manet, ancien chef de clinique adjoint, assistés des moniteurs de la Clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le samedi 17 septembre 1927. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 16 h. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier. Le droit à verser est de 150 francs.

Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

NOTES DE PRATIQUE

PALPITATIONS DU CŒUR D'ORIGINE TOXIQUE OU VASO-CONSTRICTIVE

Alimentation lacto-végétarienne.

Massage et frictions des extrémités.

Matin et soir, avec un grand verre d'eau d'Evian, un cachet de Théosalvose phosphatée ou lithinée de 0g50.

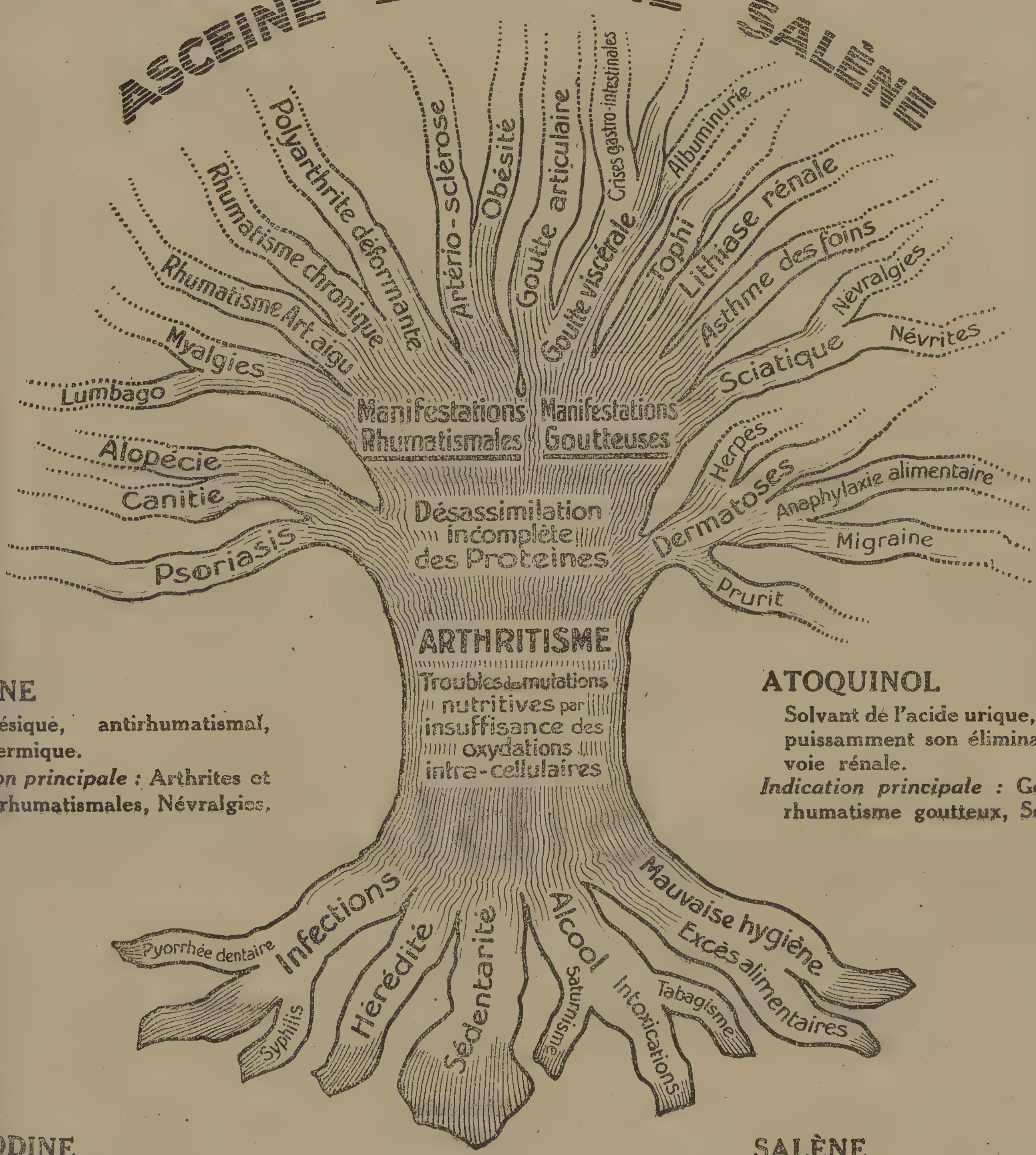
Trois fois par jour, III gouttes de solution de trinitrine au centième ou X gouttes de teinture de crataegus dans un peu d'eau.

LA DIATHESE ARTHRITIQUE

Origines **Manifestations** **Médications**

Atoquinol Ciba

ASCEINE LIPOIODINE SALÈNE



ASCEINE

Analgésique, antirhumatismal, antithermique.

Indication principale : Arthrites et algies rhumatismales, Névralgies.

ATOQUINOL

Solvant de l'acide urique, favorise puissamment son élimination par voie rénale.

Indication principale : Goutte et rhumatisme goutteux, Sciatique.

LIPOIODINE

Médicament remplaçant avantageusement iode et iodures.

Indication principale : Hypertension artérielle, Rhumatisme chronique, Asthme, Emphysème.

SALÈNE

Usage externe. — Inodore, non irritant, très analgésique.

Indication principale : Rhumatisme artic. aigu, Goutte (traitement local), Lumbago et myalgies.

LABORATOIRES CIBA - O. Rolland, 1, Place Morand, LYON

N° 225

REVUE GÉNÉRALE

TRACHOME, BLENNORRHÉE ET « INCLUSIONS »

Par M. A. CANGE,
Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine d'Alger (1).

Tandis que les investigations bactériologiques s'avéraient impuissantes à dévoiler l'agent pathogène du trachome, et avant que les travaux de Ch. Nicolle et de ses collaborateurs eussent permis d'envisager l'hypothèse d'un virus filtrant, l'attention des microbiologistes avait été attirée sur des productions singulières qui furent considérées, par certains d'entre eux, comme des parasites animaux voisins de la famille des protozoaires.

C'est en 1907, au cours d'une mission scientifique à Java où, avec Neisser, ils poursuivaient l'étude de la syphilis expérimentale, qu'Halberstädter et Prowazek, ayant eu la curiosité d'examiner des produits trachomateux, découvrirent dans les cellules épithéliales de la conjonctive, les formations particulières qui portent aujourd'hui leur nom. Presque en même temps, Greeff faisait, en Allemagne, des constatations identiques. Dans quelques cellules épithéliales obtenues par le raclage de la conjonctive et colorées ensuite par le Giemsa, Halberstädter et Prowazek avaient, en effet, trouvé, inclus dans le protoplasma et plus ou moins intimement accolés au noyau, des amas arrondis ou en croissant reconnaissables à leur teinte spéciale, constitués par des corps ténus plus petits que les microbes les plus fins et étroitement tassés les uns contre les autres; ils étaient entourés d'une zone claire et distincte, d'une sorte de halo donnant l'impression qu'ils étaient contenus dans une enveloppe commune : ils leur donnèrent, en conséquence, le nom de *chlamydozoaires* (de χλαμύς, manteau), c'est-à-dire d'êtres pourvus de tunique. Lipschütz a proposé le nom de *strongyloplasma* et Volpino celui de *chlamydosoma*; cette terminologie zoologique n'offre d'ailleurs qu'un intérêt secondaire : l'appellation beaucoup plus simple « d'inclusions » ayant généralement prévalu. Ces « inclusions » furent retrouvées par Halberstädter et Prowazek dans les cellules épithéliales de la conjonctive de l'orang-outang inoculé avec la sécrétion trachomateuse de l'homme et dès lors, considérées par eux comme l'agent parasitaire de la maladie.

Cette découverte sollicita aussitôt l'attention des chercheurs, et la liste est déjà longue des travaux publiés; citons particulièrement ceux de Uthoff, de Heyman, de Werner, de Gallenga, de Meyerhof, de Lindner, Fristsch et Hoffstäetter, de Morax, Lindner et Bollack, de Verderame, etc...

Précisons d'abord les caractères morphologiques de ces « inclusions ».

Les descriptions classiques nous les montrent constituées par des amas granuleux intraprotoplasmiques, de dimensions variables, colorés en bleu par le mélange de Giemsa (fig. 1). Ils présentent une configuration arrondie, ovalaire, en croissant, ou plus souvent encore une forme triangulaire à base adossée au noyau et que l'on a comparée à un képi, à une calotte, à un chapeau melon ou à une faucille.



Fig. 1. — *Trois cellules épithéliales présentant des « inclusions » intraprotoplasmiques* (imité de Borrel).



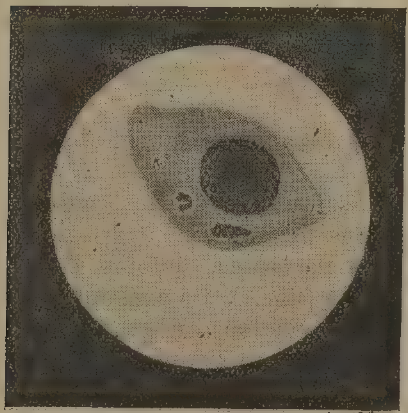
Fig. 2. — Au centre de la cellule épithéliale dont le noyau est refoulé à la périphérie, au milieu des granulations, se dessine une formation arrondie, volumineuse : le corps résidual ou « corps restant » (d'après Halberstädter et Prowazek).

Les granulations constitutives de ces amas sont inégales : les unes plus volumineuses, parfois en double grain (microgonocoques de Herzog), occupent la périphérie de l'amas : ce sont les *corps initiaux*. Les granulations plus fines et arrondies sont situées au centre : ce sont les *corps élémentaires*. Parfois en-

(1) Les dessins qui illustrent ce travail sont dus à mon chef de clinique, le docteur Dupuy d'Uby, aussi habile à manier le pinceau que l'ophtalmoscope et le bistouri.

core, au milieu des grains, dans l'intérieur des cellules, on constate une formation plus volumineuse, arrondie, rougeâtre, d'origine obscure, de signification imprécise, et qu'Halberstädter et Prowazek ont décrite comme « corps restant » (fig. 2). Enfin, entre les cellules, on peut encore, par une recherche plus attentive, découvrir des petits grains isolés ou en double point, très faiblement colorés par le Giemsa, que Lindner a envisagés comme des *corps initiaux libres*.

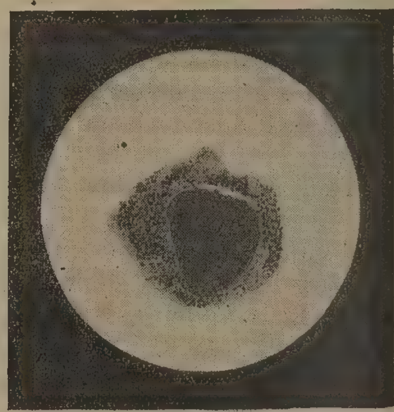
Meyerhof a reconnu et décrit à ces inclusions quatre stades successifs. Dans un premier stade, qui correspondrait au premier degré de leur développement, elles apparaîtraient sous l'aspect de corps minuscules réunis en petits amas épars dans le protoplasma de la cellule; le Giemsa leur communique une teinte bleuâtre ou violette. Ce sont les « corpuscules initiaux » de Herzog. A la phase suivante, les corpuscules devenus plus fins se grouperaient, dans les cellules infectées, au voisinage du noyau, en amas d'autant plus volumineux que les corpuscules deviendraient eux-mêmes plus petits; la coloration au Giemsa leur communique une teinte rouge-vif au lieu de la coloration violette précédemment observée. Au troisième stade, les corpuscules rempliraient la totalité du corps cellulaire, déprimant parfois le noyau; leur coloration rouge persiste, bien qu'atténuée par l'apparition, autour d'eux, d'une atmosphère nébuleuse de « plastine » teintée en bleu par l'hématoxyline et considérée comme une réaction du protoplasma à l'encontre des prétendus parasites. Au quatrième stade, enfin, la cellule éclaterait, mettant en liberté les corpuscules dont elle est gonflée (fig. 3).



Stade I.



Stade II.



Stade III.

FIG. 3.

ÉVOLUTION DES « CORPUSCULES » DE PROWAZEK
(Schématique; imité de Meyerhof.)

Stade I. — Petits amas épars dans le protoplasma, entourés parfois d'une auréole claire, et que le Giemsa colore en bleu ou en violet.

Stade II. — Les corpuscules plus fins se sont groupés en amas de plus en plus volumineux situés au voisinage immédiat du noyau. Le Giemsa leur communique une couleur rouge très vive au lieu de la coloration violette; la plastine qui les entoure prend une teinte bleue.

Stade III. — Les corpuscules encore plus petits et colorés en rouge (bien que la couleur en soit souvent voilée par la plastine) remplissent la totalité de la cellule qui éclatera au stade IV, les mettant en liberté.

De cette description il est intéressant de rapprocher les constatations faites par Stanculéanu et Radu parce que l'on y retrouve les divers aspects envisagés par Meyerhof comme des stades évolutifs (1). Ces deux auteurs affirment, en effet, avoir rencontré « dans tous les cas de trachome aigu (?), parmi les cellules épithéliales normales de la conjonctive, d'autres cellules dont le protoplasma contenait des formations ovalaires ou sphériques se colorant en bleu ou violet comme le nucléole. » Ces productions étaient formées de granulations et parfois cernées par une auréole. En général, il n'y avait, par cellule, qu'un seul amas intimement accolé au noyau; dans les cas où il y en avait deux ou davantage, ils en occupaient les pôles opposés ou se disposaient symétriquement par rapport à lui. Dans certaines cellules, à limites imprécises, le protoplasma était tout entier occupé par ces granulations; parfois encore, celles-ci se montraient sous la forme de diplocoques situés en dehors des éléments épithéliaux et dispersés sans ordre à leur pourtour. Dans les cas de trachome qualifiés, par les auteurs roumains, de chroniques, les formations intracellulaires deviendraient plutôt rares; la cellule épithéliale, avec son contenu de corpuscules, ne présenterait plus que des bords mal délimités; les corpuscules libres deviendraient très nombreux.

Il fut admis tout d'abord que les corps de Prowazek étaient les agents pathogènes et spécifiques du trachome.

Mais sont-ils réellement des parasites?

Non, ont répondu certains auteurs qui les ont considérés comme des produits de sécrétion (Addario) ou « des produits réactionnels » (Ugo Lumbroso) de la cellule vivante, comme des corpuscules nor-

(1) STANCULÉANU et RADU. *C. R. de la Soc. de biol.*, mai 1909.

maux du protoplasma cellulaire (Mawas), ou bien encore comme « le résultat de l'activité sécrétive de la conjonctive stimulée par différentes causes » (Gabriélidès). Wolbach (de Boston) et Mc Kee [de Montréal (1)] ont également soutenu que les corps d'Halberstädter-Prowazek étaient des produits de sécrétion muqueuse engendrés à la faveur de certaines conditions pathologiques. La substance qui prend la couleur basique bleue, la plastine, présenterait en effet les réactions du mucus au sein duquel se disposeraient les granulations rougeâtres prises à tort pour des parasites. De semblables altérations pourraient d'ailleurs se rencontrer dans d'autres cellules à sécrétion muqueuse. P. Solovief croit « qu'ils représentent des produits de destruction du noyau cellulaire (2) ». L'absence de ces formations dans beaucoup de trachomes récents et dans des poussées de récidive, leur existence purement éphémère dans une maladie de longue durée et d'évolution essentiellement chronique, cette constatation que dans des infections expérimentales pratiquées sur des singes avec du virus trachomateux renfermant des inclusions, ces inclusions ne se retrouvèrent pas sur la muqueuse animale qui présenta néanmoins le développement folliculaire caractéristique de l'inoculation positive, leur présence dans des états pathologiques différents et, peut-être, même dans la conjonctive normale, leur similitude avec d'autres figures traduisant d'une façon indubitable des modifications protoplasmiques ou nucléaires (3) et aussi l'intégrité des cellules qui les renferment, ont été invoquées contre leur nature parasitaire. De fait, la cellule, n'en est guère influencée : pour Flemming, pour Greff, Frösch et Clausen les éléments épithéliaux contenant des « inclusions » présenteraient un noyau plus volumineux. Contrairement aux observateurs d'Europe qui, prétend-il, n'auraient jamais constaté d'altérations du noyau, Meyerhof affirme avoir, par deux fois, noté, au cours du trachome d'Egypte, la disparition du noyau des cellules infectées. Ugo Lumbroso a trouvé un protoplasma plus coloré sur les bords et un noyau plus gros mais non altéré (4). Par contre, Herzog, Boïng, Axenfeld n'ont découvert aucune modification particulière de structure. Enfin, on a fait valoir encore, contre la nature parasitaire des inclusions, ce fait qu'elles sont retenues par les bougies Berkfeld sans que les filtrats perdent leur virulence, l'inoculation de ceux-ci demeurant positive [Bertarelli et Cecchetto, Marongiu (5), Nicolle, Cuénod et Blaizot].

(1) Wolbach et Mc Kee. *Journ. of med. Rev.*, avril 1911.

(2) Solovief. Histologie du trachome expérimental, *Arch. des I. P. de l'Afrique du Nord*, 1921, t. I.

(3) Dans une disjonction épithéliale de la cornée consécutive à une luxation antérieure du cristallin, Szily a décrit, au niveau de la couche basale, des altérations cellulaires semblables aux corps de Pr.-H. et dont l'origine serait vraisemblablement une conséquence de l'altération du noyau. Des figures semblables aux inclusions auraient été observées également dans les cellules de l'épithélium postérieur de la cornée (Ballowitz et Totzuka, cités par Mawas).

(4) Ugo Lumbroso. Corpuscules de Prowazek, *Arch. I. P. de l'Afrique du Nord*, 1921, n° 4.

(5) Marongiu. *Bol. Soc. fra i cult. Sc. med. et nat.*, in Cagliari, 1908.

De leur côté, les partisans de la nature parasitaire des inclusions ont invoqué en faveur de leur théorie : la constance ou du moins l'extrême fréquence de ces formations dans les cas récents et non traités, leur évolution cyclique, la présence de « plastine » enveloppante, et aussi les résultats positifs des inoculations.

Mais alors, si ces inclusions épithéliales sont réellement des parasites, une autre question se pose aussitôt ; ces parasites sont-ils spécifiques? Oui pour certains auteurs, et ce fut la pensée première d'Halberstädter et de Prowazek.

Au sujet de leur présence, que nous apprennent donc les statistiques? Werner (1) a trouvé les corpuscules dans tous les examens, au nombre de 30, qu'il a pratiqués. Herford (2) les a constamment rencontrés dans les cas récents et non encore traités ; ils n'existaient ni dans les cas avancés et longuement soignés, ni dans les autres affections conjonctivales. De ces résultats confirmés par un essai réussi de transplantation sur un singe, cet auteur a conclu que ces corpuscules sont indiscutablement les agents spécifiques du trachome. Finlay et Cartaya (3), observant le trachome à Cuba, ont noté la présence constante des « inclusions » dans 10 cas typiques de trachomes non traités, leur rareté dans un cas léger et dans un cas traité, leur absence dans 5 autres examens (1 amélioré, 1 léger, 2 douteux, 1 conjonctivite printanière). Cecchetto (4) n'a trouvé les corpuscules que dans les cas récents et non soignés, jamais dans les cas anciens, rarement dans les cas récents mais déjà modifiés par les cautérisations. Gallenga (5), qui admet la spécificité des chlamydozoaires du trachome, estime que les résultats sont positifs dans 75 p. 100 des cas de trachome récent et dans 30 p. 100 environ des anciens trachomes « réacutisés ». Zade, dont les recherches ont porté sur 25 cas, a observé 10 fois des corpuscules nets, 5 fois des formations douteuses ; les 10 cas négatifs concernaient des trachomes avancés. Les investigations de Bietti sur 30 sujets trachomateux ont fourni les résultats suivants : dans les 15 cas récents, il trouva 13 fois les corpuscules alors qu'il ne les rencontra que 7 fois dans les 15 cas anciens. Flemming, sur 16 cas non traités, obtint 8 résultats positifs, et 7 positifs seulement sur 58 cas traités. Heyman, dans 21 cas récents, peu ou non traités, a rencontré les inclusions 18 fois ; dans 20 récidives récentes : 4 fois, alors que dans 32 vieux processus, il n'a obtenu que 3 résultats positifs. Meyerhof n'apporte pas de statistique, mais il formule l'espoir que « leur *présence constante* dans les cellules épithéliales des cas de granulations *récentes* » fournira bientôt un nouvel élément de diagnostic. Verderame est arrivé aux pourcentages suivants : trachome récent, 84 p. 100 ; soupçon de trachome, 57 p. 100 ; récidive de trachome, 45 p. 100. Gabrié-

(1) Werner. *Centralbl. f. Aug.*, 1909.

(2) Herford. *Klin. Monat. f. Aug.*, 1909.

(3) Finlay et Cartaya. *Sanidad y Ben.*, 1909.

(4) Cecchetto. *Centralbl. f. Bact.*, 1909.

(5) Gallenga. *Ann. di ottal.*, 1910.

lidès a noté des inclusions : 8 fois sur 12 cas de granulations non traitées; 3 fois sur 12 cas de granulations traitées; 5 fois sur 12 cas de granulations « à reprise ». Ugo Lumbroso donne une proportion de 62,96 p. 100 pour les cas de trachome initiaux et récents, et de 10,3 p. 100 pour les cas de trachome cicatriciel (1). Nicolle et ses collaborateurs, au cours de leurs études expérimentales, ne se sont pas livrés à la recherche systématique des corps de Prowazek, mais, ajoutent-ils : « Lorsque nous l'avons faite, nous les avons trouvés sans difficulté, et absolument identiques à la description des auteurs, dans tous les cas récents ou florides de l'homme et au début de l'infection expérimentale chez tous nos chimpanzés, la plupart des magots ou des lapins. Ils ont, par contre, manqué dans tous les cas un peu anciens, dans tous les cas où le processus cicatriciel commençait (magots principalement) » (2).

De ces diverses statistiques, il résulte que les inclusions ont été rencontrées, au cours du trachome, dans des proportions variables; qu'elles sont ou constantes ou du moins extrêmement fréquentes au début de l'affection pour diminuer dans les cas soignés ou avancés et même disparaître dans les formes cicatricielles; et aussi, qu'elles peuvent réapparaître au cours des poussées subséquentes. *Leur pullulation initiale, leur éclipse ultérieure, progressive et momentanée, et parfois leur réapparition calquée, pour ainsi dire, sur les phases évolutives du mal semblent donc plaider, déjà, en faveur de leur rôle pathogène.*

Un autre argument, qui a aussi son importance, peut être tiré du siège, non seulement superficiel, mais encore profond de ces inclusions. On enseignait que pour les mettre en évidence, il fallait s'adresser à des cas récents et non traités, mais surtout les rechercher dans les cellules de recouvrement, c'est-à-dire dans les produits non sanglants, obtenus par un raclage superficiel, énergique et rapide, pratiqué à l'aide d'une stapule faiblement tranchante. « Ces inclusions, écrit Morax, ne s'observent que dans les cellules épithéliales et, contrairement à l'opinion de Greeff, ne se rencontrent jamais dans les cellules constituantes de la granulation (3). » C'est, en effet, sur l'épithélium de la muqueuse tarsienne « en se rapprochant autant que possible du cul de sac » que Morax conseille de faire porter les prélèvements. Déjà, au Congrès de Budapest (1909), Gallenga et Cecchetto avaient prétendu que les corpuscules se trouvaient toujours dans cette partie de la conjonctive qui est pourvue d'un épithilium cylindrique stratifié (conjonctive tarsienne) et jamais dans les régions à épithélium pavimenteux [conjonctive bulbaire (4)]. Heyman a recommandé d'ectropionner fortement la paupière de façon à exposer largement la région du cul-de-sac qui sera débarrassée de ses sécrétions, afin de recueillir, autant que possible, un grand nombre de cellules épithéliales.

D'autre part, l'affirmation qu'on ne les rencontrerait jamais dans la profondeur a été contredite par plusieurs observateurs. Après Greeff, Di Santo a constaté, sur une coupe d'un repli de conjonctive, la présence de corpuscules siégeant au-dessous de l'épithélium, au sein du tissu adénoïde, dans le protoplasma des cellules ou dans les interstices des fibres conjonctives (1). Puis, Gallenga et Cecchetto, tout en reconnaissant que l'interprétation des préparations est rendue parfois délicate du fait de l'aspect de certains éléments cellulaires (mastzellen, plasmazellen, etc.), se sont à leur tour rangés à l'avis des auteurs précédents et ont admis la présence réelle des inclusions au sein du tissu adénoïde sous-épithélial et parmi les éléments constitutifs des nodules trachomateux (2). Ultérieurement encore, le professeur Addario a également signalé, contrastant avec leur rareté au niveau de l'épithélium, leur présence en grand nombre dans les follicules en voie de développement et dont les centres germinatifs apparaissent semés de mitoses; et de cette constatation, il a tiré cette conclusion que le trachome n'était pas, comme on l'a prétendu une « épithéliose », mais « une prolifération spécifique de la couche adénoïde de la conjonctive sous la forme de follicules et de papilles qui conduit à l'ulcération et à la cirrhose ultime de la muqueuse ». Prévenu d'une confusion possible, il s'est bien gardé de prendre pour des chlamydozoaires des masses granuleuses intraprotoplasmiques résultant d'une sécrétion ou d'une dégénération du corps cellulaire ou de la caryolyse ou de la cariorexis du noyau, et c'est ce qui donne de la valeur à ses constatations (3). Et enfin, voici que les examens histopathologiques poursuivis récemment par Verderame sur le trachome spontané de l'homme et sur le trachome expérimental du singe viennent de confirmer la présence des inclusions à la fois dans les couches épithéliales, sous-épithéliales, et aussi dans la périphérie et, quoique en moins grand nombre, jusque dans l'intérieur des follicules trachomateux (4). Ainsi, tandis que les uns assignaient aux inclusions une localisation exclusivement superficielle et épithéliale, d'autres avaient singulièrement étendu leur domaine et les montraient réparties à la surface et dans la profondeur, dans l'épithélium et dans le mésenchyme sous-jacent.

Il y avait eu place encore pour une troisième interprétation, en quelque sorte éclectique, et qui fut formulée par Jacovidès (5). Cet auteur a, en effet, admis l'existence : 1° de grains ou granulations

(1) Demaria, Mazza et Rebay ne les ont rencontrées que dans 2 cas seulement sur 20 sujets que les trois médecins argentins avaient cependant choisis particulièrement parce que malades de date récente et vierges de tout traitement antérieur.

(2) Ch. Nicolle. Etat de nos connaissances d'ordre expérimental sur le trachome, *Bull. de l'Inst. Pasteur*, 1921.

(3) Morax. *Pathologie oculaire.*

(4) Pourtant, dans un cas de trachome récidivé dans le cul-de-sac supérieur et compliqué de pannus, Hesse aurait trouvé les corpuscules et dans la cornée et dans l'épithélium de la conjonctive bulbaire, *Klin. Monat. f. Aug.*, 1911.

(1) Di Santo. *Arch. f. Aug.*, 1908, p. 387.

(2) Gallenga et Cecchetto. Corpuscules dans l'épithélium et le connectif de la conjonctive granuleuse, *Ann. di ottal.*, 1910.

(3) Prof. Addario. *Acad. royale de Palerme*, 21 fév. 1912, et *Ann. di ottal.*, 1912.

(4) Verderame. *Revue gén. d'ophtalm.*, 1921, t. XXXV, p. 499.

(5) Jacovidès. Un mot sur la pathogénie et le traitement du trachome, *Arch. d'ophtalm.*, 1911.

fines, colorées en rouge vif ou en violet par le Giemsa, que l'on trouve dans le protoplasma des cellules épithéliales comme dans les éléments du follicule et de la sécrétion; elles ne seraient nullement spécifiques puisqu'elles s'observeraient dans d'autres affections conjonctivales; 2° de formations intraépithéliales faites « de granulations plus grosses que les précédentes, groupées autour du noyau et dans le protoplasma, entourées d'une fine membrane de plastine, la fameuse chlamys de Prowazek, et revêtant plusieurs formes, sans cependant en avoir une de fixe »; bien que rares (15 p. 100 des cas examinés), elles seraient « quelque chose de plus spécifique au trachome ».

Certains faits d'inoculation expérimentale sont venus, à un moment donné, apporter un appui sérieux à la thèse de la spécificité des « inclusions ». Parmi eux, il en est qu'il faut citer, à titre d'exemples, bien qu'encore ils ne soient pas tous à l'abri de la controverse : une reproduction exacte de la maladie n'ayant pas été obtenue, ou la recherche des corpuscules n'ayant pas été poursuivie d'une façon complète et systématique. Presque aussitôt après leur découverte, Prowazek et Halberstädter sont parvenus à inoculer avec succès à la conjonctive d'un orang-outang la sécrétion d'un trachome humain; au bout de sept jours, ils constatèrent une rougeur modérée, une sécrétion légère et un gonflement de la muqueuse, mais sans saillies folliculaires : ils y retrouvèrent toutefois des corpuscules identiques à ceux de l'homme. Bertarelli et Cecchetto, en frictionnant la conjonctive tarsale d'un macaque avec le produit non filtré d'un trachome humain, obtinrent, après une incubation de dix-sept jours, des lésions qui, un mois plus tard, présentaient l'aspect d'un trachome typique; elles étaient encore en pleine évolution au cours du troisième mois et persistèrent pendant neuf mois; l'examen microscopique y aurait décelé la présence de corpuscules. Greeff et di Santo, dans deux de leurs expériences, ont obtenu des résultats qui se complètent réciproquement; la conjonctive d'un de leurs papions avait été frottée, jusqu'à la dénudation, avec la sécrétion provenant d'une récidive récente de trachome contenant des corpuscules : huit jours plus tard, ils constataient la rougeur et le gonflement du cul-de-sac qui s'effacèrent ensuite progressivement; du deuxième au huitième jour, les corpuscules furent retrouvés chez l'animal contaminé. L'autre papion fut inoculé d'une façon identique, mais avec la substance d'un trachome frais renfermant également des corpuscules : ce fut le vingtième jour seulement qu'apparurent la rougeur et le gonflement de la conjonctive; il y eut apparition de petits follicules gris rosés, mais cette fois on ne trouva pas de corpuscules. En 1909 également, Herford, après avoir frictionné la conjonctive tarsale d'un papion avec la sécrétion fraîche d'un trachome contenant les corps de Prowazek, obtint quelques saillies folliculaires qui disparurent ensuite progressivement; la recherche des corpuscules, chez l'animal inoculé, se montra positive. Voici maintenant une expérience assez concluante de Flemming : le même papion fut inoculé à trois reprises différentes; d'abord deux fois avec la substance broyée d'un trachome chronique ne présentant pas de corpuscules, et une troisième fois avec la matière fraîche d'un trachome récidivé et contenant des corpuscules. Or, les deux premières tentatives échouèrent complètement, alors qu'environ sept jours après la troisième inoculation se produisirent de la rougeur et du gonflement de la conjonctive dans laquelle on découvrit des « inclusions », mais le septième jour seulement. Sur un papion dont il avait frotté le cul-de-sac supérieur avec la sécrétion d'un trachome frais, non traité et contenant des corpuscules, Botteri vit apparaître, à la fin de la première semaine, d'abord un peu de sécrétion, puis, plus tard, des granulations gélatineuses; l'examen microscopique permit de retrouver les corpuscules dans la conjonctive de l'animal contaminé. Chez un singe qu'il avait inoculé avec du trachome humain, Verderame a retrouvé les inclusions « qui avaient leur siège dans les couches épithéliales aussi bien que dans les follicules mêmes ».

Une conclusion plus éloquente découle des audacieuses tentatives de Greeff, Frosch et Clausen qui ont eu la témérité d'expérimenter sur l'homme. Deux individus sains reçurent, en effet, le premier : le contenu du follicule d'un trachome datant de plusieurs mois mais sans corpuscules; le résultat demeura négatif. Dans le cul-de-sac inférieur du second ils déposèrent le produit de raclage de la conjonctive d'un trachome floride contenant de nombreux corpuscules; deux jours après ils notaient de la rougeur, du gonflement et de la sécrétion; dix jours plus tard, l'hyperhémie et la tuméfaction avaient augmenté, il y avait production de follicules; quatorze jours plus tard encore, ils assistaient à la reproduction d'un trachome sévère qui régressa lentement sous l'influence du traitement. Les corpuscules caractéristiques étaient apparus le treizième jour qui avait suivi l'inoculation.

En résumé, l'existence constante ou tout au moins fréquente des inclusions dans les cas de trachome récent, leur disparition dans les formes anciennes ou modifiées par le traitement, leur réapparition dans des rechutes ou des récidives, leur présence dans les cellules épithéliales, dans les tissus mésenchymateux sous-jacents et au sein même des follicules, leur inoculation positive enfin, justifiaient cette première opinion que les corpuscules de Prowazek étaient les agents pathogènes spécifiques du trachome. Notons encore que V. Rötth, examinant des cas de trachome monoculaire, n'a trouvé ces inclusions que du côté malade, alors que l'œil resté indemne n'en montrait pas; et, cette constatation lui sembla de nature à établir le rôle pathogène de ces formations (1).

(1) Sur 425 trachomateux examinés à la Clinique de Szegedin, v. Rötth a rencontré 25 cas de trachome unilatéral; mais sur ces 25, 17 seulement montraient la conjonctive de l'autre œil absolument indemne (*Klin. Monat. f. Aug.*, 1923). Meyerhof, après avoir éliminé tous les cas discutables et notamment les cas de trachome double guéris d'un côté, a trouvé dans sa clientèle privée 7 cas de trachome unilatéral sur 288 granuleux, alors que chez les indigents de l'hôpital Abbas il n'a plus noté que 2 trachomes monoculaires sur 6.000 granuleux (*Soc. d'ophtalm. d'Egypte*, 1917). Ces renseignements viennent compléter les statistiques que nous avons produites dans notre Revue générale de la *Gazette des hôpitaux* de janvier 1927.

Toutefois, ces divers arguments ne parurent pas suffisamment probants pour entraîner une conviction générale. Il fallait bien aussi tenir compte des insuccès expérimentaux (Löhlein, Heyman, etc.). Et c'est pourquoi certains observateurs, sans vouloir préjuger du résultat des recherches ultérieures sur la valeur pathogène des « inclusions », se bornèrent à attribuer à leur présence une signification réelle mais seulement pour le diagnostic de la maladie; même on crut y trouver un nouvel et décisif élément de différenciation entre le trachome et la conjonctivite folliculaire. En 1911, Meyerhof affirmait que si leur qualité d'agents infectieux n'était pas encore nettement établie, elles pourraient du moins servir de moyen de contrôle; et il avait fondé ses espérances sur deux observations dont la relation est bien faite pour impressionner le lecteur. La première concernait un ouvrier atteint d'une brûlure des deux conjonctives par projection accidentelle d'un métal en fusion. Tandis qu'un œil guérissait rapidement, l'autre devenait bientôt le siège d'une conjonctivite à follicules dans laquelle on découvrit des « corpuscules »; et il se trouva que, par la suite, cet ouvrier fut effectivement atteint d'un trachome typique qui n'était pas encore guéri quatre mois plus tard. La seconde observation a trait à un couple simultanément affecté d'une conjonctivite récente d'aspect folliculaire. Chez l'homme, apparurent une kératite épithéliale et une infiltration de la partie supérieure du limbe qui firent redouter l'éclosion d'une conjonctivite granuleuse; toutefois, la recherche des corpuscules demeura négative. Chez la femme, la cornée était indemne et tout faisait présager une terminaison rapide et heureuse; mais on découvrit, chez elle, la présence des corpuscules. Déjouant les prévisions cliniques, les événements vinrent donner raison aux résultats du laboratoire. Chez le premier, follicules et kératite disparurent en un mois; chez la seconde se développa un trachome grave qui se propagea à l'œil opposé. Des observations analogues ont été faites par Verderame qui a vu le trachome éclore sur des sujets qui, considérés comme en étant exempts, avaient antérieurement présenté des corpuscules; et il a admis que « les inclusions de Pr. H. sont effectivement en connexion avec l'infection trachomateuse ». Tout récemment encore, Gabriélidès écrivait dans son *Traité des conjonctivites* « que leur présence, vu leur fréquence dans les granulations, sera utile pour appuyer le diagnostic », et aussi « qu'on doit s'adonner avec empressement à la recherche des corpuscules dans tous les cas de trachome et dans toutes les conjonctivites qu'on devra différencier du trachome ». Bien que leur refusant une nature parasitaire, P. Solovief « considère leur présence comme un élément précieux pour la confirmation du diagnostic dans les cas douteux ». Enfin, Ch. Nicolle leur attribue « une certaine signification » dans l'étude du trachome expérimental.

Pourtant, et dès son origine, le problème s'était compliqué. Déjà en 1908 — la découverte de Prowazek est de 1907 — Stargardt et Schmeichler avaient, chacun de leur côté, trouvé des inclusions dans un cas d'ophtalmie non gonococcique du nouveau-né. D'autre part, divers prélèvements effectués par Uthoff avaient permis à Heyman chargé d'en poursuivre l'étude microbiologique, tout en ignorant leur provenance, d'établir la présence des inclusions non seulement dans les frottis épithéliaux de trachomes récents, mais encore dans les sécrétions d'ophtalmies gonococciques du nouveau-né. Ces constatations contradictoires imposaient de nouvelles recherches et, à leur tour, Halberstädter et Prowazek retrouvaient la présence de leurs corpuscules dans l'ophtalmie non gonococcique du nouveau-né qu'ils se crurent alors autorisés à considérer comme une « épithéliose » dont l'origine devait être recherchée dans la muqueuse génitale ou urétrale de l'adulte. De fait, ils avaient retrouvé les mêmes inclusions dans l'épithélium de l'urètre d'une mère dont le nouveau-né était atteint d'ophtalmie à inclusions. Sur ces entrefaites, Lindner établissait que l'ophtalmie à inclusions du nouveau-né est inoculable à la conjonctive du papion dont l'épithélium représentait les mêmes formations; il y a plus : l'inoculation au singe se révéla à cet expérimentateur comme un moyen de contrôle beaucoup plus sensible que les constatations microscopiques directes. C'est ainsi que Fritsch, Hoffstätter et Lindner purent mettre en évidence la présence des inclusions dans l'urèthre masculin atteint d'uréthrite non gonococcique, dans la muqueuse vaginale de deux accouchées et dans les conjonctives enflammées de leurs enfants. Même après la disparition, au bout de quelques semaines, des phénomènes inflammatoires, la conjonctive du singe inoculé montrait, en outre des inclusions caractéristiques, des productions granuleuses identiques à celles du trachome humain. Enfin, Wolfrum, plus audacieux, inoculait la sécrétion d'une ophtalmie à inclusions d'un nouveau-né à deux adultes et prétendit avoir réussi, dans un cas, à fabriquer des lésions conjonctivales identiques à celles du trachome vrai spontané.

De ces constatations et expérimentations, Lindner et ses collaborateurs, Wolfrum, puis leurs adeptes tirèrent les conclusions suivantes : 1° il existe une inflammation particulière des muqueuses uréthrale, vulvo-vaginale et oculaire, transmissible de la muqueuse urétrale à la muqueuse vaginale et de la muqueuse vaginale à la muqueuse oculaire; 2° ces diverses inflammations sont liées à la présence « d'inclusions » que l'on retrouve également dans le trachome; 3° les inclusions de cette affection génito-urinaire et conjonctivale, et les inclusions du trachome sont identiques puisqu'elles sont également inoculables à la conjonctive du singe où elles déterminent les mêmes lésions. Et Lindner émettait l'hypothèse qu'originairement le trachome devait être, comme la conjonctivite gonococcique, une affection purement génitale, laquelle transplantée sur l'œil aurait acquis son autonomie, ne se transmettant plus, dès lors, que de conjonctive à conjonctive, mais susceptible néanmoins, dans certaines conditions déterminées, de se transmettre directement des organes génitaux à la conjonctive humaine.

Les considérations que nous venons d'exposer nous conduisent tout naturellement à envisager

deux questions intéressantes, résolues d'ailleurs d'une façon différente, et qui ont trait : l'une à la *similitude morphologique*, et l'autre à l'*identité de nature* des inclusions.

Après Stargardt, Schmeichler, Heyman, etc., Lindner avait admis qu'au point de vue descriptif déjà, les inclusions du trachome étaient absolument semblables aux inclusions de la blennorrhée oculaire. Mais Gallenga, Cecchetto, et Paparcone ont prétendu, en se basant sur l'aspect des figures microscopiques et sur les réactions colorantes, qu'il s'agissait d'espèces distinctes. Dans la blennhorrée, ont-ils prétendu, les amas seraient plus grêles, les granulations seraient plus petites, moins abondantes et de dimensions variables, alors que dans le trachome les éléments constitutifs des amas seraient plus gros, de volume égal et colorés par les réactifs d'une teinte uniforme (1). De leurs recherches sur les ophtalmies non gonococciques du nouveau-né observées à Paris, Morax, Lindner et Bollack concluent qu'un grand nombre d'entre elles « sont dues à cette infection spéciale qui se caractérise à l'examen microscopique par la présence d'inclusions épithéliales *analogues* à celles du trachome ». Ugo Lumbroso a récemment proclamé la *similitude* des inclusions qu'il lui a été donné d'observer dans les deux maladies; il n'a trouvé de différence que dans leur nombre, mais sur ce point encore et contrairement à l'opinion de Gallenga, il les a notées plus abondantes dans la blennorrhée que dans le trachome.

Aussi bien, de la dissemblance dans l'aspect morphologique on ne saurait valablement conclure à une différence de nature. Mais, même sur ce second point, l'accord ne s'est pas réalisé et l'on peut répartir en deux catégories les auteurs qui ont cherché à faire prévaloir leurs conceptions personnelles.

1° Les uns, avec Lindner, Wolfrüm, etc., ont soutenu l'unicité des deux virus et édifié la conception du *trachome génital*, « en entendant par là que le virus retrouvé sur la muqueuse urétrale et vaginale et dans la conjonctive du nouveau-né est identique au virus oculaire de l'adulte (Morax) ».

2° D'autres (Heyman, Botteri, etc.) ont affirmé la dualité des virus. Ils ont fait valoir que les connexions du trachome avec la blennorrhée à inclusions ne sont pas nettement établies, que les résultats expérimentaux obtenus ont varié suivant que l'on s'est adressé à des inclusions puisées à un matériel trachomateux ou non trachomateux (si bien qu'on avait dû déjà invoquer une modification de virulence), et aussi que des inclusions semblables ont été retrouvées dans des affections tout à fait différentes : dans certains catarrhes desquamatifs des muqueuses (Flemming), dans l'épithéliose desquamative de la conjonctive observée à Samoa par Leber et Prowazek, dans la peste porcine (Uhlenhuth et Boïng), dans la piroplasmose du bœuf (Bitter et Dreyer), etc. (1). Aussi Heyman en arrivait à se demander si réellement les « inclusions » appartiennent en propre au trachome et s'ils ne représentent pas plutôt les agents d'une infection mixte.

Indiquée par Heyman, admise par Löhlein, cette opinion a été développée récemment par Ugo Lumbroso qui considère les « inclusions » comme l'agent pathogène exclusif de certaines blennorrhées du nouveau-né. Se basant sur cette constatation qu'il a toujours et en abondance trouvé les inclusions dans les blennorrhées non gonococciques du nouveau-né — alors qu'elles sont inconstantes dans le trachome — il s'est cru autorisé à conclure « que les corpuscules de Prowazek représentent l'agent étiologique d'une infection conjonctivale spécifique qui s'associe très souvent au trachome récent, et que, dans les cas où nous les rencontrons chez un trachomateux, nous sommes en face d'une infection mixte. Il est vraisemblable que l'infection qu'ils déterminent n'est autre que la blennorrhée par inclusion des nouveau-nés ».

Ce n'est pas tout. D'autres investigations devaient établir : 1° l'existence de ces inclusions dans des affections conjonctivales les plus diverses, n'ayant avec le trachome aucune parenté étiologique ou clinique; et même 2° la présence de ces mêmes éléments dans l'épithélium de la conjonctive normale.

Ainsi, non seulement les corps de Prowazek-Halberstädter avaient été observés dans l'urétrite gonococcique et non gonococcique de l'homme, dans le catarrhe vaginal et cervico-utérin, dans l'ophtalmie des nouveau-nés avec ou sans le gonocoque, mais on les retrouva encore dans le catarrhe printanier (Pascheff, Lodato, Thierfelder, Erdman, Botteri, Mawas), dans la conjonctivite folliculaire (Pascheff), jusque dans une plaque muqueuse de la conjonctive (Gabriélidès), et aussi dans des conjonctivites aiguës ou subaiguës dans des proportions parfois considérables. Jacovidès, dont les recherches microscopiques avaient porté en Egypte sur deux cents cas de trachome et sur des conjonctivites diverses, vint affirmer « que les formations de Prowazek se rencontrent dans les états inflammatoires de la conjonctive et surtout dans la conjonctivite purulente, tout au moins aussi fréquemment que dans les préparations de trachome (2) ». Lasareff et Pétroff ont trouvé que les inclusions étaient aussi fréquentes dans les conjonctivites chroniques relativement récentes et sans granulations que dans les cas de trachome avéré (65-68 p. 100); dans les conjonctivites aiguës ils les retrouvaient encore dans 20 p. 100 des cas (3), proportion à laquelle est également arrivé Verderame

(1) Pas plus que les dimensions de leurs granulations, la teinte azurée pure des amas ne saurait constituer un caractère certain de différenciation. De nombreux auteurs, en commençant par Pr.-H., ont noté leur variabilité de coloration. Selon que l'enveloppe de plastine serait plus ou moins abondante, les grains qui s'y trouvent contenus présenteraient une teinte bleue tirant plus ou moins sur le violet (Casali).

(1) Mangassini a trouvé sur le dos d'un amphibie vivant dans les régions marécageuses le *diplogœtus pictus*, un nodule spécifique produit par un chlamydozoaire ou par une production intraprotoplasmique semblable aux « inclusions » du trachome; et cet argument a servi à Mérida à étayer, par un fait bactériologique, sa théorie marine de la conjonctivite granuleuse (MÉRIDA NICOLICH. *Arch. d'ophtalm. hispano-amér.*, 1920).

(2) JACOVIDÈS. Un mot sur la pathogénie et le traitement du trachome, *Arch. d'ophtalm.*, 1911.

(3) LASAREFF et PÉTROFF. Fréquence des inclusions intracellulaires (corps de Pr.-H.), dans le trachome et les affections conjonctivales, *Wiestnik. ophtalmol.*, 1912.

dans des cas aigus et subaigus. Toutefois, une constatation importante paraît de nature à amoindrir la portée des objections tirées de la présence des inclusions dans ces divers états conjonctivaux : dans quelques cas, considérés comme non trachomateux et dans lesquels Verderame avait noté la présence d'inclusions, une anamnèse plus soigneuse, un contrôle de plus longue durée auraient permis de dépister le trachome, soit chez le malade lui-même, soit sur des personnes vivant dans son entourage immédiat. D'autre part, leur présence dans les cas de catarrhe printanier pourrait s'expliquer par la coexistence du trachome chez le même sujet.

Plus grosse de conséquences serait leur existence dans l'épithélium conjonctival normal. Sans doute Werner, Bietti, Verderame, Ugo Lumbroso, ont affirmé qu'on ne les rencontrait jamais dans la muqueuse saine; mais leurs affirmations ont été contredites par les constatations d'Addario jeune qui prétend les avoir rencontrées dans le raclage épithélial de cinq sujets normaux respectivement âgés de soixante-dix, soixante, vingt ans et vingt-huit mois, et même dans la conjonctive du *sinus macacus*, ainsi que par les recherches de Spoto qui dans sa thèse d'agrégation de Palerme, en a reproduit des préparations démonstratives. Et l'on comprend que ces auteurs aient dénié aux « inclusions » tout pouvoir pathogène.

Cependant, d'autres chercheurs avaient donné des corps de Prowazek une interprétation toute différente qui tendait à revenir à la conception bactérienne dont on s'était écarté. Les inclusions ne seraient que des agglomérats d'un microbe nouveau ou des dérivés, et comme des « formes zoogleïques », d'un microbe connu. Schielé, partisan de leur nature bactérienne, aurait voulu les baptiser du terme de « trachomocoques » (1). Considérés par Williams comme des dégénérations du bacille de Koch-Wechs, ils représenteraient pour Herzog des formes involutives du gonocoque. Sous les noms de formes en O, en bonnet, de microgonocoques, il a décrit des types de transition entre le gonocoque vrai de Neisser et les corps de Prowazek.

Lindner s'est élevé contre une semblable conception qu'il envisage comme le résultat d'un examen trop superficiel et incomplet; les caractères différentiels qu'il a invoqués peuvent être condensés dans le tableau ci-dessous :

FORMES INITIALES	GONOCOQUES
1° Aspect différent;	1° Se divisent en deux segments;
2° Dimensions variables;	2° Dimensions égales;
3° Sont incultivables;	3° Sont cultivables;
4° Se colorent en une teinte plus pâle;	4° Se colorent fortement;
5° Sont solubles dans le taurocholate de soude à 10 p. 100;	5° Ne se dissolvent pas dans le taurocholate de soude;
6° Sont inoculables au singe.	6° N'ont pu être inoculés aux animaux avec succès, ni par les cultures, ni par une infection blennorragique quelconque.

(1) SCHIELÉ. *XIe Congrès des médecins russes*, 1910.

Ainsi que nous l'avons indiqué déjà, la vérité est que l'infection par les « inclusions » peut se superposer à l'infection gonococcique. Cette association d'abord envisagée comme fréquente, a vu sa proportion se réduire avec de nouvelles recherches. Lindner l'a rencontrée 4 fois sur 53 cas, Heyman 14 fois sur 32. Même dans les cas mixtes, écrit ce dernier auteur : « Il n'est pas rare de trouver des gonocoques et des inclusions dans la même cellule; et parmi les premiers également des éléments plus petits colorés ordinairement en bleu et rarement en rouge « formes de passage de Herzog » et, très petits et colorés en rouge, « les microgonocoques » du même auteur (1). » Toutefois, comme Lindner, Heyman se refuse à croire que les gonocoques puissent se « muer » en corps de Prowazek. Quant aux cultures avec lesquelles Herzog prétend avoir fabriqué du trachome, elles pouvaient fort bien, ainsi qu'il le fait remarquer, avoir hébergé le virus trachomateux.

C'est également à un retour à la théorie bactérienne qu'aboutissent les recherches récentes de Verderame. Dans le contenu des follicules trachomateux, Verderame dit avoir découvert des amas microbiens qu'un examen plus attentif lui montra constitués par des « diplocoques comparables, mais non identiques au gonocoque ». Puis, par des cultures en milieu anaérobique d'abord, ensuite aérobique, dans les milieux communs enfin, il est parvenu à isoler « un germe présentant toutes les caractéristiques de celui rencontré dans les follicules trachomateux et, en outre, des formations identiques à celles décrites par Lindner ». Et l'auteur conclut : « Le microorganisme isolé par Verderame diffère des microorganismes communs, connus en bactériologie, par ses caractères morphologiques et de coloration; il est identique, d'une part, avec les germes observés dans les frottis de granulations trachomateuses, et, d'autre part, avec les inclusions de Prowazek-Halberstädter et les formes initiales de Lindner. De cette identification résulterait un fait d'importance capitale : les dites inclusions seraient en réalité des microorganismes. » Sont-ils les agents pathogènes du trachome, sont-ils des microbes d'infection surajoutée, ou bien encore sont-ils des agents capables de provoquer une affection conjonctivale cliniquement analogue au trachome? telles sont les questions que l'auteur s'est posées. C'est évidemment à la première solution que vont ses préférences; mais il reconnaît volontiers que pour en avoir la preuve irréfutable, il aurait fallu, ce qu'il n'a pas tenté, obtenir la reproduction expérimentale du trachome par l'inoculation à la conjonctive humaine du germe isolé à l'état de culture pure.

De cet exposé découle cette notion que les hypothèses émises sur la nature et le rôle des « corps de Prowazek » ont varié avec les divers observateurs, et aussi qu'elles se sont parfois modifiées dans l'esprit d'un même auteur au cours de recherches successives.

(1) HEYMAN. Le trachome, in *Hand. d. path. Mikroorg.* de Kolle et Wassermann.

Pour les uns, simples altérations du noyau ou du protoplasma, voire même « structure normale du protoplasma que l'inflammation aiguë ou chronique peut évidemment modifier ou rendre plus apparente » (Mawas), les « corps de Prowazek » sont pour d'autres des microorganismes différenciés appartenant au règne animal (chlamydozoaires) ou au règne végétal (formes bactériennes particulières).

Chlamydozoaires : ils ont été considérés, tout d'abord, comme les germes spécifiques du trachome (Pr.-H., Herford, Werner, Zade), puis comme les agents pathogènes du trachome et de l'ophtalmie dite à « inclusions », le virus de l'un étant identique au virus de l'autre [théorie génitale du trachome (Fritsch, Hoffstätter et Lindner, Wolfrum, Pr.-H.)]; mais, d'autres observateurs ont soutenu, au contraire, la thèse dualiste : les inclusions du trachome seraient morphologiquement et biologiquement différentes des inclusions de l'ophtalmo-blennorrhée (Gallenga, Cecchetto, Botteri, etc.). Déchus du rang d'agent pathogène du trachome, ils ont été ensuite envisagés comme représentant les germes d'une ophtalmie particulière aux nouveau-nés, susceptibles cependant de se superposer au trachome et de devenir les agents d'une infection mixte (Bietti, Heyman, Casali, Ugo Lumbroso). Diminués encore dans leur importance, ils ont été réduits au rôle de simples témoins de l'infection trachomateuse (Meyerhof, Gabriélidès), de parasites indifférents pouvant s'observer dans les affections conjonctivales les plus variées (Pascheff, Lodato, Jacovidès, Lasareff et Pétroff, etc...), et même de formations parasitaires banales de la conjonctive normale (Addario J. Spoto).

Formes bactériennes : les « inclusions seraient des dégénérations du bacille de Koch-Wecks (Williams), des formes involutives du gonocoque (Herzog), un microbe distinct de ceux connus jusqu'à ce jour (Verderame).

A quel chercheur est donc réservé l'heureux privilège de coordonner tant de résultats contradictoires et de solutionner définitivement un problème aussi compliqué ?

SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 25 juillet 1927)

Nouvelles recherches sur le cœur et l'électro-cardiogramme. — M. F. Henrijean.

Développement utérin et mammaire par injection d'hormone ovarienne. — MM. Ch. Champy et Th. Keller.

(Séance du 1er aout 1927)

Sur l'importance physiologique du nickel et du cobalt. — MM. Gabriel Bertrand et Hirosi Nakamura.

Sur un nouveau spirochète sanguicole pathogène (Sp. Normandi) transmis par un ornithodore (Or. Normandi), hôte des terriers de rongeurs nord-africains. — MM. Ch. Nicolle, Charles Anderson et Jacques Colas-Belcour.

Sur l'action vaso-constrictive de l'hydrastine. — MM. F. Mercier et Raymond-Hamet.

Vaccination préventive et spécifique des chiens contre la maladie du jeune âge. — M. Charles Lebailly.

PRATIQUE MÉDICALE

LES VOMISSEMENTS DE LA GESTATION SONT SOUVENT JUSTICIABLES DE L'OPOTHÉRAPIE OVARIENNE DISSOCIÉE (1).

Par le docteur A. Lévy.

La pathogénie des vomissements gravidiques reste toujours obscure, et ce n'est point dans les thérapeutiques diverses utilisées pour les combattre que l'on peut trouver leur explication physiologique, étant donné l'inconstance des résultats observés. On sait cependant que plusieurs auteurs ont employé avec satisfaction les extraits ovariens, et l'agomensine, notamment, a donné entre les mains de quelques-uns (Lehmann, Pellissier) de réels succès.

Rattachant *a priori* un certain nombre de vomissements gravidiques à des troubles de la sécrétion ovarienne, par insuffisance, ou au contraire par hyperfonction, A. Lévy a administré à plusieurs de ses vomisseuses l'agomensine et la sistomensine, la première à celles qui, antérieurement à leur grossesse, étaient peu réglées, la seconde à celles qui l'étaient trop, en abondance et en durée. Il a obtenu ainsi la cessation des vomissements chez huit parturientes dont il communique les observations.

Cette médication a l'avantage d'être d'application facile et sans danger, qu'on l'utilise par voie buccale ou, dans les cas graves, par voie hypodermique.

LIVRES NOUVEAUX

Anatomie et physiologie de l'œil dans la série animale (2), par le professeur Joseph Ovio (de Padoue). Traduit par le docteur Ch. Dejean (de Montpellier).

L'ouvrage considérable du professeur Ovio mérite de figurer parmi nos grands livres classiques.

M. le docteur Dejean en a fait une traduction dans laquelle, tout en respectant le texte italien, il a apporté une clarté et une précision très grandes.

De nombreuses et très belles figures, une présentation qui fait grand honneur aux éditeurs en rendent la lecture facile et agréable. L. G.

Vade-Mecum de Parasitologie (3), par le docteur J. Loiselet, ancien professeur à la Faculté de médecine française de Beyrouth.

Ce livre répond bien à ce titre; c'est un véritable vademecum, un résumé complet et clair, illustré de nombreux tableaux synoptiques, de nos connaissances actuelles en parasitologie. Il est divisé en cinq parties traitant, la première des tréponèmes et spirochètes; la seconde, des autres protozoaires parasites, amibes, trypanosomes, lamblias; la troisième, des helminthes; la quatrième, des arthropodes et la cinquième, des champignons parasites. Un glossaire spécial de ceux-ci et une table alphabétique complètent cet ouvrage, qui rendra, par sa commodité et sa précision, de grands services, non seulement aux médecins de France, mais aussi aux coloniaux de toute catégorie. J. L.

(1) *Journ. de méd. de Paris*, 7 mars 1927.
(2) Un fort vol. grand in-8 de 736 pages avec 307 figures dans le texte. — Prix : 120 fr. — Paris, Félix Alcan.
(3) Un vol. in-16° carré, 1927. Prix : 12 fr. — Paris, Le François.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Prix Civiale. — Un concours est ouvert en 1927 entre les internes titulaires ou provisoires en médecine pour l'attribution du prix fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 fr.

Ce travail devra être déposé à l'administratio centrale (bureau du Service de santé) avant le 17 novembre 1927, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (*Année scolaire 1927-1928.*) — **Examens.** — 1° Ancien régime d'études. — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 h., les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 3 octobre 1927.

Les limites des consignations pour ces examens sont fixées ainsi qu'il suit :

Pour le 1er examen, le registre sera clos le mardi 14 février 1928; pour le 2e examen, le 3 janvier; pour le 3e examen (1re partie), le 10 janvier; pour le 3e examen (2e partie), le 6 mars; pour le 4e examen, le 3 avril; pour le 5e examen (1re et 2e parties), le 29 mai; pour la thèse, le 12 juin.

2° Nouveau régime d'études. — *Session d'octobre 1927.* — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1926, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1927, sont informés que les épreuves pratiques et orales des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu vers le 25 octobre 1927. (Consulter en octobre les affiches manuscrites.)

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundi 3 et mardi 4 octobre 1927, de midi à 15 h.

Session ordinaire 1927-1928. — Etudiants devant consigner pour l'examen de fin d'année en prenant la 2e, la 6e, la 10e, la 14e ou la 18e inscription en janvier 1928.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis, à l'un ou l'autre des trois examens de clinique dans l'ordre choisi par le candidat, du 3 octobre 1927 au 29 mai 1928.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur livret individuel au guichet n° 3 chaque fois qu'ils consigneront pour un examen.

— **Examens de chirurgie dentaire.** — *Session d'octobre 1927.* — La mise en série des étudiants candidats aux différents examens de chirurgie dentaire sera affichée le mercredi 26 octobre 1927.

L'ouverture de la session est fixée au jeudi 3 novembre 1927.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les lundi 3 et mardi 4 octobre 1927, de midi à 15 h.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtres Trousseau et Bichat). — *Cours de perfectionnement* (12 au 25 septembre 1927), sous la direction de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, médecin de l'Hôtel-Dieu. — *Les notions récentes médico-chirurgicales des maladies du tube digestif.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 12 septembre 1927, à 9 h., à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), avec la collaboration de MM. Lardennois et Etienne Chabrol,

professeurs agrégés, chirurgien et médecin des hôpitaux; Herscher et Henri Bénard, médecins des hôpitaux; Saint-Girons et Dufourmentel, anciens chefs de clinique; François Moutier, chef de laboratoire à la Faculté; Dumont et Deval, ancien chef et chef de laboratoire de la Clinique; Lagarenne, chef des laboratoires de radiologie de l'Hôtel-Dieu et des agents physiques de la Clinique médicale.

Il aura lieu régulièrement, le matin, à 9 h.; l'après-midi, à 14 h. 30.

Le cours comprendra 37 leçons et sera complet en deux semaines; il sera illustré de planches et projections, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques. Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydrominérale.

Les démonstrations cliniques au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faites après la leçon, au cours de la visite dans les salles, tous les matins disponibles, à partir de 11 h.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude hydrologique sera organisé les 23, 24 et 25 septembre, à Vichy.

Les élèves de ce cours et des deux cours de vacances antérieurs de l'année, désireux d'y participer, sont priés de s'inscrire à l'avance, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, auprès de M. Deval qui leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 17 heures.

Nota. — Pendant les vacances de l'année scolaire 1926-1927 ont lieu, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions et sous la direction du professeur agrégé Maurice Villaret, médecin de l'Hôtel-Dieu :

1° Deux cours de perfectionnement : *a*. l'un sur les maladies du foie et du pancréas et sur le diabète (grandes vacances : juillet); *b*. l'autre sur les maladies du tube digestif (grandes vacances : septembre).

2° Un cours de revision sur les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic (vacances de Pâques).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — LE TOUR DU MONT BLANC. — Pour admirer la belle région du Mont Blanc, il faut la parcourir dans les autocars P.-L.-M.

Les voitures partent de Chamonix tous les jours jusqu'au 15 septembre. L'excursion s'effectue en deux étapes : la première étape comporte, au delà de Combloux, la traversée des Gorges de l'Arly et du Col du Petit Saint-Bernard. Déjeuner à Brides-les-Bains, en Tarentaise. Dîner et coucher à Courmayeur.

Le lendemain, les cars s'acheminent à travers la vallée d'Aoste, vers le Col du Grand-Saint-Bernard où a lieu le déjeuner dans un site merveilleux. Par Martigny et les lacets de la Forclaz, on atteint, dans l'après-midi, le Gouffre de la Tête Noire, puis Vallorcine, Argentière et enfin Chamonix.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DU TÉTANOS (1).

Par M. le docteur PASGRIMAUD.

Sérum antitétanique et chloral résument la thérapeutique actuelle du tétanos confirmé. Le chloral, cependant, n'est pas sans inconvénients; les injections sous-cutanées sont douloureuses, les injections endoveineuses ne sont pas à recommander; l'administration par voie buccale est rendue très difficile par le trismus. Aussi, l'auteur attire-t-il l'attention sur les services que peut rendre le somnifène. Cet allylisopropyldiéthylbarbiturate de diéthylamine est ordonné, comme on sait, dans toutes les insomnies, par voie buccale, sous forme de gouttes, qui permettent de donner à chacun sa dose, de l'augmenter ou de la diminuer à volonté. Mais le somnifène est aussi administrable en injections sous-cutanées profondes, intramusculaires et endoveineuses. On connaît les excellents résultats obtenus par les injections endoveineuses de somnifène, dans le delirium tremens et rapportés à la Société médicale des hôpitaux de Paris, par MM. Ramond, Laporte et Quénée. On sait, également, depuis la communication, à cette même société, de MM. Rimbaud, Boulet et Chardonneau, les services que peut rendre le somnifène dans le traitement de l'état de mal épileptique, et on ne peut que rappeler l'utilisation de cet hypnotique excessivement maniable dans tous les cas d'insomnies, d'agitation, d'excitation, etc., aussi bien dans les asiles et les maisons de santé que dans la pratique courante; mais il était bon que l'on insistât sur les indications tout à fait spéciales de ce médicament dans le tétanos. Déjà, MM. Hamant et Bénech et M. Louvart avaient employé le somnifène dans cette infection; l'auteur cite un cas tout à fait typique. Aussi bien, il est utile que le médecin praticien sache désormais qu'il a, entre les mains, dans les cas de tétanos confirmé, un produit qu'il peut donner suivant les cas, par voie buccale (de 80 à 150 gouttes en plusieurs fois), par voie rectale (même posologie dans un liquide), par voie intramusculaire (2, 3, 4 ampoules de 2 centimètres cubes) ou par voie endoveineuse (1 à 2 ampoules de 5 centimètres cubes), qui lui permettra de diminuer, de supprimer les crises paroxystiques en apportant le calme et le repos si nécessaires, tout en pratiquant les doses utiles de sérum antitétanique.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

STATION CLIMATIQUE D'ALTITUDE OUVERTE TOUTE L'ANNÉE. — On demande pour diriger *établissement de physiothérapie* médecin expérimenté, de préférence ancien médecin militaire. — Pour renseignements, docteur GARDETTE, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, tél. : Fleurus 14-61.

(1) *Concours médical*, Paris, 16 janv. 1927.

INFLUENCE DE LA MENSTRUATION

SUR LES ÉPANCHEMENTS QUI SURVIENNENT AU COURS DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR LE PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Par le docteur J. CAUSSIMON,

Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, médecin-résidant du Sanatorium des Feuillas.

I. Menstruation et tuberculose pulmonaire. — Sabourin disait « que certaines femmes tuberculeuses qui se présentent dans des conditions de curabilité probable, sont tuées par leurs règles » (1).

Nous avons essayé, après d'autres auteurs, d'étudier le mécanisme intime de l'action de la menstruation sur la tuberculose pulmonaire. Nous avons pu mettre ainsi en évidence l'existence de « fièvres menstruelles » dont la signification pronostique est des plus importantes (2).

Chez la femme normale, la menstruation peut s'accompagner d'une modification de la température centrale schématisée de la façon suivante :

1° Hyperthermie prémenstruelle progressive ou en clocher;

2° Hypothermie pendant l'écoulement.

Chez les tuberculeuses pulmonaires, on peut observer :

1° Soit l'exagération du type de réaction précédente (réaction thermique du type normal amplifié);

2° Soit la fièvre pendant l'écoulement (réaction anormale).

La réaction anormale se présente sous les formes suivantes :

1° Augmentation de l'amplitude des oscillations thermiques pendant les règles (type fréquent);

2° Hyperthermie en clocher vers le milieu de l'écoulement;

3° Elévation du niveau moyen de la température pendant l'écoulement.

La forme des réactions thermiques menstruelles paraît étroitement liée à la nature évolutive des lésions :

1° Lésion stabilisée, non évolutive, soit spontanément, soit après pneumothorax : réaction menstruelle de type normal;

2° Lésion évolutive, hyperthermie pendant l'écoulement.

La fièvre menstruelle peut être complétée par une réaction dite « consécutive » (post-menstruelle).

Il s'agit d'une véritable poussée évolutive à déterminations soit pulmonaires, soit extrapulmonaires et de pronostic toujours réservé.

La menstruation est donc pour les tuberculeuses pulmonaires, une épreuve dont elles sortent indemnes si le pronostic de leurs lésions est bon; dont elles sortent affaiblies si leurs lésions sont mal enkystées ou évolutives.

Nous avons pu remarquer que ces constatations cliniques étaient valables non seulement pour les lésions pulmonaires proprement dites, mais aussi pour les lésions pleurales, et en particulier pour les pleurésies qui surviennent au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel.

II. Les pleurésies du pneumothorax artificiel. Leur nature. — On réservait autrefois à ces épanchements le nom d'hydrothorax, parce qu'on en rendait volontiers responsables les modifications mécaniques apportées par le pneumothorax dans la circulation sanguine du poumon : cet épanchement était ainsi considéré comme un « transudat ».

Actuellement, sans nier la possibilité d'épanchements de ce genre, on les considère comme très rares, et on admet d'une façon générale qu'il s'agit toujours de pleurésies sérofibrineuses ou purulentes tuberculeuses. Elles diffèrent des autres pleurésies seulement par ce fait qu'elles se produisent dans une cavité pleurale fortement élargie, et au voisinage d'un poumon complètement ou partiellement rétracté.

Graetz (1) a schématisé le mécanisme de ces épanchements. « Un foyer tuberculeux sous-pleural sur le point de perforer la plèvre; si la plèvre viscérale était en contact avec la séreuse pariétale, il se formerait une pleurésie adhésive qui accollerait les deux membranes l'une à l'autre et encapsulerait le foyer. Dans le pneumothorax, cet accollement ne peut se produire, le foyer s'ouvre et engendre une pleurésie tuberculeuse, ou une tuberculose généralisée de la plèvre ».

Léon Bernard et Paraf, pour ne citer que ces deux auteurs, affirment aussi la nature tuberculeuse de ces épanchements. « En résumé, disent-ils, dans les pneumothorax naturels comme dans le pneumothorax artificiel, les épanchements pleuraux qui les compliquent, aussi bien dans leur phase séreuse que dans leur phase suppurée, sont de nature bacillaire. Le bacille de Koch est leur seul agent pathogène, à l'exclusion de toute infection secondaire » (2).

Tous les travaux récents et que nous ne pouvons pas rappeler, tant au point de vue clinique qu'aux points de vue biologique et anatomo-pathologique, confirment entièrement cette façon de voir.

Ceci nous explique qu'il ait été possible de constater que la menstruation détermine, à l'égard de ces pleurésies, des réactions fébriles exactement comparables à celles qu'on observe pour le poumon.

III. Fréquence, chez la femme, des épanchements au cours du pneumothorax artificiel. Rôle de la menstruation. — Le sexe semble jouer un rôle capital dans l'apparition de ces épanchements.

Rossel (3) a indiqué leur fréquence chez la femme. Il donne la proportion suivante :

Hommes	41,5 p. 100
Femmes	54,8 p. 100

(1) Sabourin. Les exsutoires tuberculeux du poumon, *Revue de méd.*, 1903, p. 221.

(2) Caussimon. *Th. de Bordeaux*, 1925.

(1) Graetz. Der Einfluss des künstl. pneumoth. auf die tub. Lunge, *Beit. z. klin. des Tub.*, Bd X, h. 3.

(2) Léon Bernard et Paraf. Le mécanisme et la nature des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax chez les tuberculeux, *Progrès méd.*, 21 mars 1914, n° 12.

(3) Rossel. La pleurésie séro-fibrineuse, complication du pneumothorax artificiel, *Th. de Lausanne*, 1920.

Nous avons pu vérifier ce fait, et nous pensons même que les chiffres de Rossel sont un peu inférieurs à la réalité. Les pleurésies au cours du pneumothorax nous ont paru, en effet, être environ trois fois plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.

Cette différence paraît nettement en relation avec la menstruation. Il convient d'insister sur ce point.

Pour Dumarest, les pleurésies qui surviennent à l'occasion de la menstruation seraient des pleurésies réactionnelles ou toxiques.

« Il semble, dit-il, que l'organisme se trouve ainsi soumis mensuellement à une sorte de réinoculation de produits bacillaires, et, dans le pneumothorax thérapeutique, la pleurésie pourra être une réaction toxique à la mise en état d'activité temporaire des foyers tuberculeux par une cause irritative, la menstruation étant la plus fréquente » (1).

Il faut remarquer, en outre, que les réactions vasculaires déterminées par la menstruation au niveau de l'appareil pleuro-pulmonaire, sont susceptibles de favoriser l'éclatement des lésions pleurales tuberculeuses, et l'ensemencement général de la cavité pleurale. Nous avons insisté ailleurs sur la vasodilatation viscérale générale qui se développe à la période prémenstruelle sous l'influence directe ou indirecte de la maturation progressive du corps jaune. Cette réaction viscérale vasodilatatrice atteint et dépasse souvent le poumon. Elle est d'une intensité toute particulière chez les tuberculeuses dont les lésions pleuro-pulmonaires ne demandent qu'à se congestionner et à demeurer telles.

Ainsi, parmi les divers facteurs susceptibles d'entraîner l'apparition d'une pleurésie au cours du pneumothorax thérapeutique, la menstruation paraît avoir une place très importante. Nous avons pu abondamment vérifier ce fait.

Observation I. — L..., quinze ans. Pneumothorax artificiel du côté gauche. La rétraction pulmonaire est suffisante, l'évolution clinique bonne.

Le liquide apparaît pour la première fois au cours d'une réaction post-menstruelle survenant deux jours après une menstruation fébrile.

Obs. II. — Il s'agissait d'une malade de vingt-cinq ans, ayant un pneumothorax artificiel gauche total. A l'occasion d'une menstruation, on constate l'élévation du niveau moyen de la température, et l'augmentation de l'amplitude des oscillations thermiques pendant l'écoulement menstruel.

Dans les jours qui suivent, apparition d'un doigt de liquide noyant le cul-de-sac diaphragmatique.

Obs. III. — Ch..., vingt-sept ans. Pneumothorax gauche en voie de formation. A l'occasion des règles de novembre 1924, cette malade fait une réaction fébrile post-menstruelle qui est suivie de l'apparition de liquide.

Obs. IV. — P... (Jeanne), vingt-cinq ans. Pneumothorax thérapeutique droit créé le 25 septembre 1921. Apparition de liquide en avril 1922.

L'épanchement survient à l'occasion d'une poussée thermique menstruelle. En effet, les règles d'avril et de mai se font avec une forte élévation de la température, et c'est immédiatement après les règles de mai que l'on constate l'existence d'un petit épanchemeet.

(1) Dumarest et Murard. *La Pratique du pneumothorax artificiel*, p. 164-165.

Obs. V. — P... (Lucienne). dix-sept ans. Pneumothorax thérapeuthique droit créé le 21 mars 1923. Bonne évolution. Bon état clinique.

Cette malade fait ce que nous avons appelé l'aménorrhée active, c'est-à-dire qu'à la date habituelle de ses règles, l'écoulement menstruel ne se produit pas, mais la malade éprouve tous les troubles subjectifs et généraux qui accompagnent l'écoulement menstruel. En particulier, elle fait, à l'époque habituelle de ses règles, une élévation très prononcée de la température.

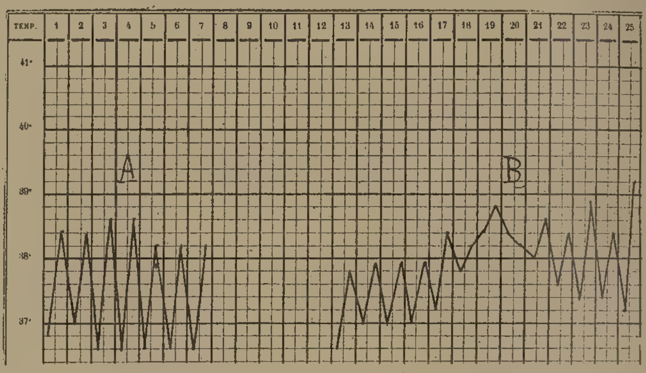


Fig. 1. — P... (Lucienne). — *Pneumothorax droit.* — *A.* Température avant le pneumothorax; *B.* Hyperthermie à l'époque habituelle des règles (aménorrhée active). Apparition de l'épanchement pleural.

La figure 1 montre en A, la température à grandes oscillations avant l'installation du pneumothorax. En B, on voit les petites oscillations obtenues sous l'influence heureuse du pneumothorax. Mais, à l'époque habituelle des règles, la température s'élève fortement malgré l'absence d'écoulement menstruel, et on constate, du côté du pneumothorax, la formation d'un épanchement s'accompagnant d'une baisse de poids de 39 kg 600 à 38 kilogrammes.

Obs. VI. — P... (Marie), vingt-six ans. Pneumothorax thérapeutique gauche le 31 mars 1924. Apparition du liquide le 9 juillet 1924.

L'épanchement apparaît exactement à l'occasion d'une réaction fébrile menstruelle. Les règles, depuis l'installation du pneumothorax, s'accompagnaient d'une réaction thermique normale, c'est-à-dire qu'on observait pendant l'écoulement menstruel, un abaissement de température.

En juillet 1924, au contraire, les règles s'accompagnent d'une forte élévation au niveau moyen de la température, et, immédiatement après, on constate l'existence d'un épanchement pleural.

Obs. VII. — C... (Jeanne), vingt ans. Pneumothorax thérapeuthique droit le 21 février 1925.

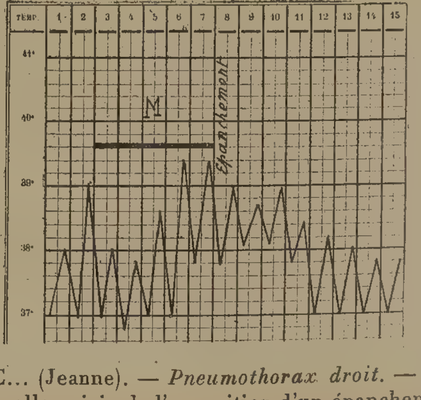


Fig. 2. — C... (Jeanne). — *Pneumothorax droit.* — Fièvre menstruelle suivie de l'apparition d'un épanchement.

Après une longue période d'aménorrhée, on constate, sous l'influence du pneumothorax, l'amélioration de l'état général, l'abaissement de la température et le retour des règles. Mais les lésions étant encore incomplètement rétractées, les règles du mois de juin 1926 s'accompagnent d'une forte réaction fébrile menstruelle et on constate alors l'apparition du liquide. Ce phénomène est représenté sur la courbe de la figure II.

Obt. VIII. — H... (Rose), vingt-deux ans. Pneumothorax thérapeutique gauche le 11 avril 1925. Sous l'influence du pneumothorax, la température s'abaisse. En décembre 1925, à l'occasion d'une action fébrile menstruelle, on constate la formation d'un épanchement.

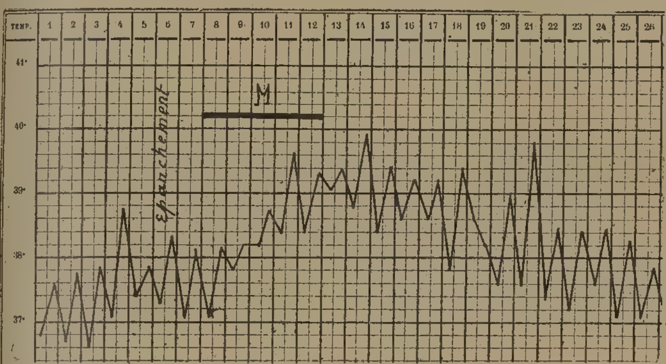


Fig. 3. — H... (Rose). — *Pneumothorax gauche.* — Epanchement survenant à l'occasion d'une fièvre menstruelle importante.

La figure 3 montre nettement l'élévation de la température dans les jours qui précèdent les règles. Déjà, l'épanchement apparaît. La température ne cesse d'augmenter pendant tout l'écoulement menstruel, elle ne sera revenue à son allure normale que quinze jours après la cessation de l'écoulement.

Obs. IX. — J... (Céleste), quinze ans. Entrée au sanatorium de Feuillas le 27 décembre 1924. Signes de lésions ulcéreuses évolutives du tiers supérieur du poumon gauche. Pneumothorax artificiel le 6 janvier 1925. Lésions assez bien rétractées. La température baisse. Cependant, parfois, les règles s'accompagnent encore de réactions thermiques qui traduisent l'activité persistante des lésions pulmonaires.

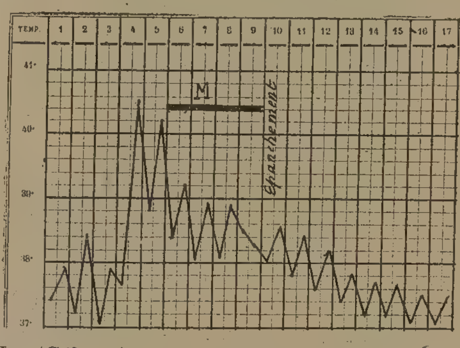


Fig. 4. — J... (Céleste). — *Pneumothorax gauche.* — Apparition du liquide à l'occasion d'une fièvre menstruelle grave.

En juillet 1925, fièvre prémenstruelle très intense. Immédiatement après la menstruation (fig. 4), on constate à la radioscopie, la présence du liquide dans le cul-de-sac pleural.

Ces quelques observations dont le nombre est volontairement limité, montrent le rôle important que peut avoir la menstruation dans l'apparition des épanchements pleuraux, au cours du pneumothorax artificiel.

IV. Réactions thermiques menstruelles et épanchements pleuraux au cours du pneumothorax. — Nous avons rappelé plus haut la forme générale des réactions thermiques menstruelles chez les tuberculeuses pulmonaires. Ces variations de la température peuvent également s'observer à l'occasion des pleurésies du pneumothorax. Dans ce cas, l'intensité de la réaction pleurale est en relation avec la réaction thermique menstruelle. Nous en avons réuni quelques exemples.

Obs. X. — B... (Lucienne), vingt-deux ans. Entrée au sanatorium de Feuillas le 8 novembre 1924. Présente tous les signes d'une perte de substance du sommet droit. Pneumothorax thérapeutique le 9 décembre 1924.

Apparition du liquide en avril 1925.

Malgré la présence de l'épanchement, le collapsus pulmonaire peut être réalisé d'une façon parfaite. Cependant, durant toute cette période d'activité pleurale, les règles s'accompagnent d'une élévation de la température pendant l'écoulement.

La figure 5 montre la courbe de la température au moment des règles du mois de mai 1925. On voit

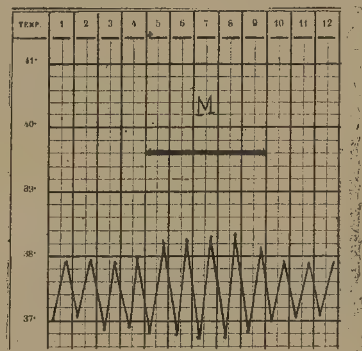


Fig. 5. — B... (Lucienne). — *Hydropneumothorax droit.* — Lésion pleurale active. Fièvre menstruelle. Collapsus pulmonaire très bon.

que, dans ce cas, il existe, d'une façon très nette, une augmentation de l'amplitude des oscillations thermiques.

Obs. XI. — H... (Rose), vingt-trois ans. Entrée au sanatorium de Feuillas le 25 mars 1925. Lésions ulcéreuses de la région moyenne du poumon gauche. Pneumothorax thérapeutique le 11 avril 1925.

Apparition du liquide en décembre 1925.

La figure 6 montre une magnifique courbe de réaction thermique post-menstruelle survenue pen-

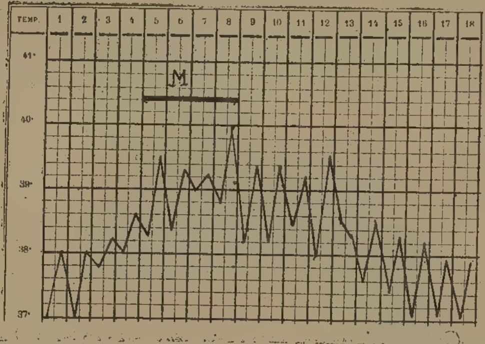


Fig. 6. — H... (Rose). — *Hydropneumothorax gauche.* — Réaction pleurale intense. Fièvre menstruelle grave. Collapsus pulmonaire très bon.

dant toute la période d'activité pleurale. Ces réactions sont allées en s'atténuant au fur et à mesure que la réaction pleurale a perdu de son activité. A

noter que, depuis les premières insufflations, le moignon pulmonaire était complètement collabé.

Obs. XII. — T... (Odette), quinze ans. Entrée au sanatorium de Feuillas le 2 décembre 1921. Pneumothorax thérapeutique gauche le 17 février 1925.
Apparition du liquide en octobre 1925.

Cette observation nous donne un exemple de réaction thermique menstruelle forte pendant la formation de l'épanchement et pendant toute la période d'activité pleurale. La figure 7 représente la courbe

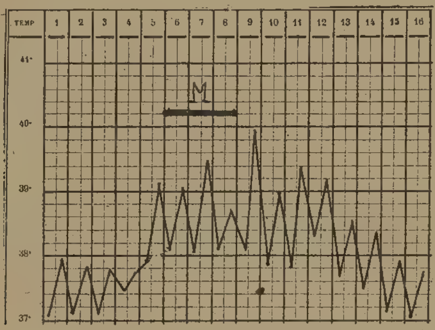


Fig. 7. — T... (Odette). — *Hydropneumothorax gauche.* — Réaction thermique menstruelle grave pendant la période d'activité pleurale. Collapsus pulmonaire très bon.

de la température au moment des règles du mois d'octobre 1925, peu après l'apparition du liquide. On voit que, dans ce cas, on a pu observer à la fois l'élévation du niveau moyen de la température et l'augmentation de l'amplitude des oscillations.

Le mois suivant, l'épanchement a atteint son niveau maximum. L'activité pleurale paraît beaucoup moindre. La température est redevenue bonne. Aussi

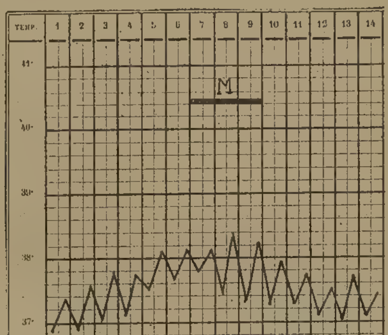


Fig. 8. — (Même malade.) — Réaction pleurale moins intense. Fièvre menstruelle moins forte. Collapsus pulmonaire très bon.

les règles ne déterminent-elles qu'une réaction thermique faible reproduite dans la figure 8.

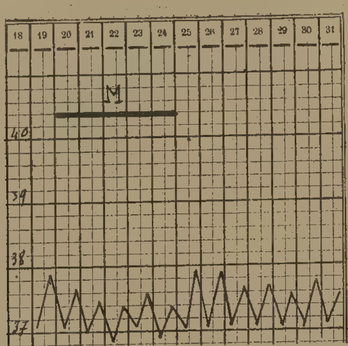


Fig. 9. — (Même malade.) — Activité pleurale éteinte. Réaction menstruelle normale. Collapsus pulmonaire très bon.

En avril 1926, alors que la réaction pleurale est complètement éteinte, bien qu'il existe encore du liquide dans le cul-de-sac pleural, on peut observer une réaction thermique menstruelle de très bon pronostic, c'est-à-dire avec abaissement de la température pendant l'écoulement (fig. 9).

Cette observation nous montre comment on peut passer progressivement de réactions menstruelles violentes à des réactions menstruelles de forme normale, au fur et à mesure que la réaction pleurale perd de son activité.

Obs. XIII. — D... (Louise), vingt ans. Entrée au sanatorium de Feuillas le 20 mars 1926. Pneumothorax thérapeutique gauche le 29 mars 1926.
Apparition du liquide en mai 1926.

La menstruation du mois de février 1927, alors qu'il existe une grande quantité de liquide dans la cavité pleurale, se présente sous la forme d'une courbe presque normale sans variations appréciables de la courbe de température. Il s'agit d'une réaction menstruelle de forme favorable, correspondant à une activité pleurale presque éteinte.

Obs. XIV. — B... (Louise), vingt-six ans. Entrée au sanatorium de Feuillas le 7 août 1925. Pneumothorax thérapeutique gauche le 22 août 1925.
Apparition du liquide en septembre 1925.

La réaction menstruelle au mois de mai 1926, en période de plein épanchement, se présente sous une forme extrêmement favorable (fig. 10). En effet, à cette période, l'activité pleurale paraissait complètement éteinte.

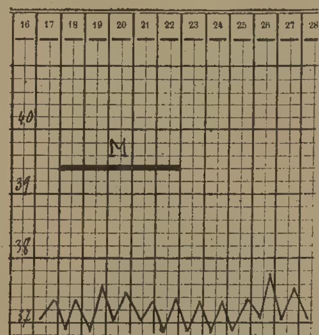


Fig. 10. — B... (Louise). — *Hydropneumothorax gauche.* — Lésion pleurale devenue inactive. Absence de réaction thermique menstruelle. Collapsus pulmonaire très bon.

On pourrait objecter que, dans ces divers cas, l'activité ou la non-activité des lésions pulmonaires sous-jacentes à l'épanchement pleural suffiraient à elles seules à expliquer la forme de la réaction menstruelle. En réalité, il n'en est rien. Dans les cas que nous avons choisis nous avons spécialement réuni des pneumothorax parfaitement réalisés dans lesquels on a eu la chance de comprimer assez vite et complètement les lésions pulmonaires. La température était redevenue stable avant l'apparition du liquide. Les réactions menstruelles bonnes ou mauvaises qui ont été observées par la suite étaient entièrement sous la dépendance de la qualité de la réaction pleurale.

Conclusions. — I. Parmi les circonstances qui déterminent l'apparition des pleurésies au cours du

traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel, il faut faire, chez la femme, une place très importante à la menstruation.

De nombreux épanchements pleuraux font leur apparition au moment ou immédiatement après des poussées fébriles menstruelles.

II. A l'occasion de la menstruation, la plèvre plus ou moins tuberculisée se comporte exactement comme le poumon tuberculeux.

III. Au cours du pneumothorax thérapeutique, le poumon étant parfaitement collabé, une lésion pleurale active détermine des poussées de fièvre menstruelle ou postmenstruelle. Une lésion pleurale stabilisée donne une réaction thermique menstruelle normale.

IV. Ces considérations doivent entrer en ligne de compte pour établir le pronostic de la pleurésie qui survient au cours du pneumothorax.

V. Au point de vue pratique, c'est, avec bien d'autres, une raison de plus pour ne pas créer de pneumothorax ni pratiquer de réinsufflation immédiatement avant ou pendant la période des règles.

XIIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE
DE LANGUE FRANÇAISE
(MÉDECINE SOCIALE, ACCIDENTS DU TRAVAIL MÉDECINE PROFESSIONNELLE)

Lyon, 4, 5, 6 juillet 1927 (1).

DEUXIÈME RAPPORT

LES ACCIDENTS DUS A L'ÉLECTRICITÉ INDUSTRIELLE

MM. NAVILLE et DE MORSIER (de Genève), rapporteurs.

Les électrocutions mortelles deviennent de plus en plus fréquentes. Les statistiques françaises et allemandes sont en progression chaque année, celles des autres pays également. Étant donné l'étendue et la complexité du sujet à traiter, les auteurs se sont volontairement bornés à exposer :

a. Les expériences de laboratoire qui expliquent la pathogénie de la mort par l'électricité;

b. Les modalités cliniques et la pathogénie de la mort par électrocution;

c. Les conditions techniques et physiologiques dont peut dépendre la gravité des accidents;

d. Considérations médico-légales.

Expériences de laboratoire. — De travaux récents semble bien découler la démonstration que, dans la plupart des cas, la mort survient par trémulation fibrillaire des ventricules.

Il faut bien se rendre compte des difficultés rencontrées lorsqu'on aborde scientifiquement une telle enquête : imprécisions sur les conditions de contact, durée, intensité, densité et lignes de champ du courant, actions à distance, prédispositions individuelles, susceptibilité physiologique des organes, courants de contre-polarisation, etc. Force est donc d'avoir recours à l'expérimentation qui, seule, est susceptible de fournir des données utilisables, sinon totales, puisqu'on s'adresse à l'animal dont l'homme traduit mal toutes les sensations, au moins partielles, et alors sont justifiées les critiques de certains auteurs qui pensent que de telles investigations ne peuvent et ne doivent pas être transportées intégralement sur le terrain de la clinique humaine.

Devant cet ensemble de divergences de vues, les rapporteurs estiment important de présenter de façon complète, quoique résumée, la partie expérimentale qui permettra de comprendre les symptômes cliniques des électrocutions et surtout la pathogénie de la mort.

1° La *contracture tétanique musculaire* qui explique l'asphyxie, quand la durée de contact dépasse quelques minutes.

2° La *contracture musculaire rigide* provoquée par les grandes intensités et qui peut provoquer une inexcitabilité musculaire et même des lésions musculaires empêchant le retour rapide de la fonction.

3° L'*accélération des battements du cœur* qui, avec l'augmentation progressive de l'intensité, finit par dépasser la fréquence critique et détermine la trémulation des ventricules.

4° Les *trémulations fibrillaires du cœur* apparaissent par les courants de haute fréquence industrielle, les courants continus et ceux fournis par les bobines d'induction. En outre, l'électricité peut produire dans l'organisme diverses modifications qui, à leur tour et indépendamment de l'énergie électrique elle-même, peuvent provoquer des trémulations fibrillaires immédiates ou tardives (anémie partielle du myocarde, par spasme des coronaires, hypertension intracardiaque, excitation du vague et du sympathique). Enfin, sont exposées les conditions dans lesquelles l'arrêt de la fibrillation peut se produire, soit spontanément, soit à la suite de certaines manœuvres thérapeutiques.

5° La *contracture rigide du cœur* survient avec les très grandes intensités. Elle peut être transitoire ou définitive et explique certaines survies du cœur après un instant d'arrêt ou la mort sans fibrillation; enfin, la possibilité de faire cesser les trémulations par l'application d'un courant de très forte intensité.

6° L'*action sur le système nerveux central* (syncopes, convulsions, coma) et sur le *système nerveux périphérique* (inexcitabilité transitoire).

Modalités cliniques et pathogénie de la mort par électrocution. — Il faut distinguer la mort survenant pendant le passage du courant de celle qui se produit après son interruption.

Le cas de mort au premier contact est extrêmement fréquent. Inhibition du centre respiratoire par action directe du courant? C'est très exceptionnel, contrairement à l'opinion courante avant les travaux de Prévost et Battelli. Est-ce par inhibition réflexe nerveuse ou respiratoire à distance? L'expérimentation n'apporte guère d'appui à cette explication. Pas davantage avec la mort cardiaque réflexe, bien que l'homme paraisse présenter une variation de susceptibilité cardiaque qui ne se retrouve pas chez l'animal.

La mort est certainement due à la fibrillation ventriculaire et les Américains pourraient en apporter la preuve définitive après une électrocution pénale. Bien que ces ondes musculaires dyschrones n'aient jamais été constatées *de visu* après les accidents électriques humains, leur degré de probabilité est tel que c'est bien près d'une certitude. Et, d'ailleurs, la fibrillation ventriculaire peut ne pas être immédiate, mais succéder à une courte période de tachycardie, de troubles vaso-moteurs et d'hypertension viscérale; c'est même cette hypothèse qui explique la fréquence indéniable des lésions asphyxiques dans la plupart des organes, spécialement pulmonaires, alors même que l'exitus semble prouver que la mort du cœur n'a pas été secondaire à l'asphyxie mais a été une mort cardiaque primitive.

La mort survenant après une certaine durée de passage du courant peut être due également à la fibrillation ventriculaire relativement tardive ainsi que l'expérimentation permet de l'admettre (accélération progressive des battements dépassant la fréquence critique, amélioration de contact et diminu-

Association de la Presse médicale française.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 64, p. 1059.

tion de la résistance du corps amenant peu à peu l'intensité à la valeur susceptible de provoquer la trémulation), mais elle peut être aussi conditionnée par l'asphyxie due à la tétanisation du diaphragme si la durée de contact a été supérieure à deux minutes.

On admet que les lésions asphyxiques conditionneraient la mort du cœur; ce n'est pas l'avis des rapporteurs qui voient l'asphyxie facilitée dans certains cas par l'obstruction des voies aériennes supérieures par la langue (contraction musculaire violente, syncopes dans certaines positions, etc.).

Les cas de mort survenant après interruption du courant sont infiniment plus rares que les précédents, mais des observations indiscutables montrent qu'ils doivent être pris en considération.

Ils revêtent quatre types distincts qui s'ajoutent aux deux décrits plus haut.

Jellinek a publié des observations de *mort après une très courte rémission des troubles initiaux* (quelques secondes à quelques minutes). Il y a concordance avec la physiologie qui a montré dans ces cas l'existence de trémulations fibrillaires cardiaques.

La *mort lente*. Il y a persistance des contractions cardiaques tout de suite après l'accident, puis affaiblissement progressif malgré la respiration artificielle, jusqu'à extinction définitive après une demi-heure en moyenne. Pour les rapporteurs, il s'agirait dans la plupart des cas d'une prédisposition cardiaque qui provoque une décompensation rapide du cœur sous l'influence des divers éléments du traumatisme électrique (douleur, émotion, épuisement, hypertension subite, excitation nerveuse, etc.).

La *mort brusque* peut survenir tardivement, après une rémission complète spontanée ou thérapeutique (quelques heures à quelques jours). Ces cas sont d'interprétation difficile; peut-être s'agit-il de lésions cytolytiques bulbaires progressives, d'embolies solides ou gazeuses provenant de l'altération des tissus, de spasmes des coronaires, d'intoxications graves dues à des brûlures, etc. Mais là encore la fibrillation peut intervenir.

Enfin, la mort peut être due à des *complications* et non au courant lui-même, mais leur constatation est facile (chutes, noyade, aspiration d'aliments, etc.).

Conditions dont peut dépendre la gravité d'un accident. — Il y a d'abord les *facteurs techniques* qui, au surplus, dictent la prophylaxie. Tension, localisations et pressions de contact, durée, résistances, densité suivant les organes peuvent se combiner de mille façons. Il en résulte que des accidents de conditions apparemment semblables peuvent avoir des effets pathologiques variés et qu'inversement les conditions les plus différentes peuvent avoir les mêmes effets. La coïncidence du moment du contact avec telle ou telle période de la révolution cardiaque peut faire que l'accident soit mortel ou non.

Les *facteurs physiologiques* sont encore plus complexes s'il se peut. Edison montre que ce sont les parties les plus superficielles de la peau qui présentent de notables différences de résistance; mais d'autres auteurs invoquent les troubles endocriniens, tel le Basedow, pour sensibiliser les organes profonds qui le seraient moins chez le sujet sain. Et non seulement il y a grandes variations individuelles, mais aussi des variations journalières chez le même individu. On a invoqué les facteurs psychologiques, mais cela semble difficile à admettre : ainsi les enfants succombent fréquemment par électrocution.

Considérations médico-légales. — Il faut envisager les problèmes techniques, médicaux et juridiques.

Au point de vue technique et médical, les mêmes questions se posent que pour les autres traumatismes : réalité de l'accident, intention dolosive, faute ou négligence grave diminuant ou excluant le droit aux réparations, accident provoqué par un état antérieur, malaises, crises épileptiques, mort subite. Il faudra apprécier les invalidités résiduelles d'ordre névropathique ou organique, etc.

Au point de vue juridique, on pourra contester à tel accident l'assujettissement à la loi de 1898 (fulguration), on pourra rester dans l'indécision sur le rôle qu'a pu jouer une faute grave de la victime, une intention dolosive de tierces personnes. Les suicides par électrocution sont connus.

* * *

Les rapporteurs ont fait un exposé des études sur les autres conséquences éloignées des accidents par l'électricité qu'ils ont poursuivies depuis la publication de leur rapport.

On peut observer dans les cas de survie des syndromes divers, surtout d'ordre neurologique, plus ou moins tenaces : fatigues musculaires organiques, parésies ou paralysies à type névritique ou médullaire avec ou sans troubles vasomoteurs, tremblements, épuisement nerveux, paraplégies, lésions oculaires diverses parfois graves, légers troubles auditifs, hémorragies, troubles mentaux transitoires.

En ce qui concerne les troubles nerveux durables, les auteurs ont fait une étude serrée de toutes les observations qui ont été publiées et arrivent à la conclusion que les séquelles de nature organique sont tout à fait exceptionnelles, et encore semble-t-il qu'elles surviennent comme complications de brûlures ayant entraîné une intoxication grave (myélite par brûlures).

Les troubles hystériques et névrosiques sont extrêmement fréquents et du type banal.

Les séquelles organiques ont été considérées pendant un certain temps par Jellinek comme consécutives à des hémorragies capillaires dues à l'action du courant électrique. Cet auteur semble avoir abandonné sa conception, car les hémorragies sont loin d'être constantes et elles peuvent être dues à l'hypertension et n'ont par conséquent aucune valeur pathognomonique.

Cliniquement, il faut éliminer toute une série de cas de paralysie générale attribuée à tort aux conséquences de l'électrocution. Egalement pour les cas de sclérose en plaques, d'épilepsie, hématomes méningés (imputables aux chutes), etc.

Les rapporteurs pensent que, depuis que l'on dispose de moyens permettant un diagnostic différentiel entre les troubles fonctionnels et ceux organiques, l'expert devra se montrer extrêmement circonspect avant d'affirmer la nature organique d'un trouble nerveux durable consécutif à un accident électrique, c'est-à-dire de lui attribuer la causalité.

DISCUSSION

M. C. Simonin (de Strasbourg) n'admet pas sans réserves la thèse des rapporteurs concernant la mort par fibrillation. A l'asphyxie ils opposent les résultats négatifs de la respiration artificielle prolongée alors que la congestion œdémateuse intense observée dans certains cas explique très bien l'impuissance du moyen mécanique à rétablir la perméabilité pulmonaire.

Quant à l'asphyxie, ils l'attribuent à des phénomènes vasomoteurs et hypertensifs. Cela n'explique pas pourquoi la respiration s'arrête la première, ainsi que le relatent un certain nombre d'observations. L'auteur ne nie pas l'hypertension élevée qu'il a notée aussi bien dans des cas mortels que chez des survivants ainsi que dans les protocoles expérimentaux de Prévost et Batelli ou dans les tracés de Weiss.

Deux autopsies de victimes de courants de 220 volts ont montré à Simonin, outre un syndrome asphyxique net, la dilatation aiguë secondaire du ventricule droit. Or, si l'hypertension avait été en cause, ce fut bien évidemment le ventricule gauche qui dut être dilaté.

Enfin certaines observations d'électrocutions avec mort retardée mentionnent que les victimes présentaient de l'écume

à la bouche, de l'œdème pulmonaire ou des matières alimentaires dans les poumons. C'est évidemment là une preuve qu'une asphyxie a bien été en cause.

M. CLUZET (de Lyon) appelle l'attention sur l'utilité de l'électrocardiographie dans l'étude expérimentale de l'électrocution et l'illustre par des exemples détaillés rappelant les expériences qu'il a faites.

En ce qui concerne la contracture rigide, Cluzet signale que les courants de haute fréquence redressés produisent avec une intensité très minime la contraction rigide des muscles animaux (cœur en particulier).

En matière d'accidents, il faut toujours rechercher avec soin la nature du contact peau-terre ainsi que le mauvais isolement des installations.

Dans tous les accidents, il semble bien que l'intensité joue le principal rôle; aussi y a-t-il intérêt à connaître en particulier la section approximative de la canalisation électrique cause de l'accident, surtout si c'est le courant continu qui est en cause.

M. Louis DESCLAUX (de Nantes) rappelle les expériences de Leduc qui montrent que c'est l'intensité et non le voltage qui est l'important pour l'action physiologique du courant. Il confirme la nécessité d'établir la densité du courant dans chaque organe pour apprécier l'action physiologique du courant.

M. MARIE (de Paris) attire l'attention sur certaines séquelles mentales des survivants des accidents d'électrocution. Il s'agit d'un wattman qui subit un choc électrique provoquant une chute sur la nuque avec fêlure du crâne. Le sujet, jusqu'alors très doux et sobre, devint impulsif, irritable, violent, instable et dipsomane. Il dut être interné avec des signes d'affaiblissement psychique, et son internement est maintenu depuis en raison d'un déséquilibre acquis paraissant être en rapport avec l'accident, doublé, il est vrai, d'un traumatisme du crâne. Pas de signes sérologiques de syphilis.

COMMUNICATIONS

Les conditions habituelles des électrocutions humaines. — M. Camille SIMONIN (de Strasbourg) s'est proposé, en utilisant un certain nombre d'observations et les relations des électrocutions judiciaires américaines, de rechercher les circonstances dans lesquelles se produisent le plus habituellement les électrocutions humaines.

De cette étude, il conclut que la vie humaine se trouve particulièrement en danger dans deux conditions différentes :

1° Dans la majorité des électrocutions l'intensité a des valeurs assez faibles correspondant à des courants de 100 à 400 volts qui traversent le corps humain par de *bons contacts*. Plus de 195 cas d'électrocutions survenues dans ces conditions ont été signalés. Avec des contacts de qualités variables, les mêmes effets exigent un voltage plus élevé, de 500, 1.000, 2.000, etc., volts.

Les accidents non mortels s'expliquent surtout par le fait que la résistance très variable du corps humain donne à l'intensité des valeurs inférieures ou supérieures à la dose mortelle.

La mort est due le plus souvent à des phénomènes asphyxiques résultant de la tétanisation des muscles respiratoires dont la réalité est bien démontrée par une observation de l'auteur. Beaucoup plus rarement il y a arrêt primitif du cœur. Il faut donc bien « traiter les électrocutés comme les noyés ».

2° Il y a encore danger de mort pour des intensités plus fortes lorsque les centres bulbaires se trouvent sur le trajet bipolaire d'un courant égal ou supérieur à 5.000 volts. Il y aurait alors sidération nerveuse. Mais, le plus fréquemment, les tensions élevées ne sont pas mortelles; par contre, elles produisent de graves brûlures aux points de contact.

Il est nécessaire, pour approfondir et préciser les conditions complexes qui régissent les électrocutions humaines, de publier tous les cas en apportant les données suivantes indispensables à leur interprétation scientifique :

a. *Éléments d'ordre physique.* — Caractères du courant (variété, tension, périodicité). Conditions de l'accident (court-circuit ou dérivation au sol; indiquer dans ce dernier cas la différence de potentiel entre le conducteur et la terre). Durée, nature, surface, mode et siège du contact. Trajet du courant à travers le corps.

b. *Éléments d'ordre médical.* — Manifestations post-accidentelles. Moment et forme de la mort. Lésions anatomo-pathologiques (brûlures; état des poumons, du cœur, du cerveau). Tares organiques préexistantes.

Moment et durée de la respiration artificielle.

Une forme particulière de brûlure électrique (état poreux et filaments argentés de la peau). — M. Camille SIMONIN (de Strasbourg). En examinant une brûlure électrique excisée chirurgicalement, l'auteur a eu l'occasion d'observer un aspect particulier, poreux, de la peau. La surface de celle-ci était en un point criblée de petites perforations d'un diamètre inférieur à un millimètre. A la loupe binoculaire elle apparaissait creusée de nombreuses petites logettes, d'alvéoles irréguliers donnant à l'ensemble l'apparence de mie de pain ou d'éponge. A l'examen histologique, la surface de la peau est très déchiquetée aux dépens du derme; celui-ci est dense, compact, homogène, mais de petites cavités, des lacunes, des fentes sont apparues, ajoutant à l'aspect dentelé de l'ensemble.

Cet état poreux de la peau n'a pas seulement un intérêt morphologique d'identification médico-légale, l'auteur lui attribue un rôle dans la pathogénie des brûlures électriques. C'est ainsi que le processus des pertes de substance, si particulières de ces brûlures, comporterait trois états successifs : poreux, anfractueux, cavitaire.

Comment parer aux dangers des courants électriques de la première catégorie. — MM. C. SIMONIN et M. WILTZ (de Strasbourg) établissent que les courants électriques de la première catégorie — celle qui ne comporte pas de mesures de sécurité — ont des tensions pouvant aller jusqu'à 260 volts (installations industrielles) ou 425 volts (installations publiques ou privées). Ces courants sont justement ceux qui, pratiquement, occasionnent le plus fréquemment des accidents mortels. Il est nécessaire que ceux qui ont la charge et la responsabilité de ces installations prennent les mesures de protection qui s'imposent. Ces mesures sont les suivantes :

1° Interdiction de relier à la terre le point neutre des distributions des courants triphasés ou diphasés, puisque, dans ce cas, la tension de dérivation au sol est toujours élevée;

2° Isolement suffisant des installations électriques pour qu'un courant de dérivation au sol à travers une résistance de 2.000 ohms (résistance minimum du corps humain) ait une intensité inférieure à 25 milli-ampères;

3° Dispositif spécial obligatoire pour isoler les appareils électriques portatifs ou la douille des lampes mobiles, utilisés dans les cuisines, salles de bains, ateliers et tous les endroits humides;

4° Les machines actionnées par l'électricité seront bien reliées à la terre de façon qu'une dérivation fortuite au sol ne se fasse pas à travers le corps de l'ouvrier;

5° Dans les locaux industriels humides ou conducteurs où la résistance du corps humain est particulièrement réduite, il doit être recommandé d'abaisser la tension d'utilisation à une valeur inoffensive de 30 ou 40 volts pour tous les appareils destinés à être manipulés.

Sur quelques esquisses d'électrophysiographie. — M. St. JELLINEK (de Vienne) projette une série de clichés qui montrent l'action purement mécanique de l'électricité.

L'élément morphologique des traces de l'électricité consiste dans trois formations fondamentales : la droite, le cercle et la spirale. Ces trois types fondamentaux n'apparaissent pas tou-

jours isolés, mais sont souvent associés les uns aux autres, réalisant un aspect rythmique ou symétrique. Quelques traces ont la particularité d'être colorées. L'expérimentation concorde avec les constatations faites cliniquement et techniquement.

Deux questions d'électropathologie intéressant les accidents électriques. — M. St. Jellinek (de Vienne) distingue l'effet local et l'effet général. Il n'existerait aucun rapport entre une brûlure et une lésion dite marque électrique. Des nombreuses observations de l'auteur il ressort que l'effet capital du choc électrique consiste en troubles fonctionnels avec *restitutio ad integrum*.

Étude expérimentale de l'électrocution. — M. Asada (de Nagasaki) a étudié avec M. Fujta (de Nagasaki) divers points relatifs à ce sujet.

Le courant traversant la moelle épinière ou le cerveau provoque la mort en quelques secondes par brûlures. Le courant traversant le cœur amène la mort instantanée de même que quand il passe d'un membre à l'autre.

Les auteurs établissent la réalité de la tétanisation musculaire par le courant; quand le courant traverse les muscles respiratoires, l'asphyxie se produit.

Myoclonies et tics d'origine pithiatique consécutifs à une électrocution chez une téléphoniste. — MM. Crouzon et Gilbert-Dreyfus (de Paris) ont observé une téléphoniste qui, ayant subi une décharge électrique violente, présenta une semaine après des secousses du bras droit, du clignotement des yeux et du tremblement des lèvres.

L'intégrité du système nerveux et de l'appareil cardio-vasculaire, l'absence d'hérédité, la seule émotivité et une instabilité vaso-motrice militaient en faveur de l'hystéro-traumatisme. Les troubles furent d'ailleurs radicalement guéris par un traitement faradique.

Les auteurs insistent sur le fait qu'il existe peu d'observations concernant les accidents bénins qu'ils rangent en deux catégories : ceux d'apparence organique et ceux de nature fonctionnelle. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 24 juin 1927)

Méningite ourlienne primitive et séquelles nerveuses. — MM. R. Joltrain, P. Hillemand et L. Justin-Besançon. Dans deux observations rapportées par les auteurs, l'aspect clinique rappelait celui de la méningite tuberculeuse; la ponction lombaire révélait une énorme lymphocytose avec hyperalbuminose; les réactions de fixation de Wassermann, de floculation de Vernes et de benjoin colloïdal étaient toutes négatives. L'épisode méningé aigu a été court; l'apparition de la tuméfaction parotidienne a marqué la fin de la période fébrile. Par contre, dans les deux cas, le syndrome méningé (céphalée, raideur, Kernig) a persisté plus d'un mois après la disparition de la fièvre et de la parotidite. Dans un des cas, qui concerne un enfant, il persiste, depuis, des céphalées fréquentes, des mouvements convulsifs, quelques troubles psychiques.

Les cas de résistance à l'insuline et les facteurs nerveux. — MM. Bordoni, Posse et Germain Rubio (de Montevideo) rapportent l'histoire d'un diabétique entré à l'hôpital en état de coma déterminé par une apoplexie cérébrale avec hémiplégie droite, trouvé assez fortement glycosurique (50 gr. environ par litre) et chez lequel l'insuline se montra pratiquement inopérante, alors qu'à deux reprises la ponction lombaire amena une diminution considérable de la glycosurie et permit à l'insuline de recouvrer son action normale.

Vergetures bilatérales. — M. Apert communique une observation et une photographie de vergetures thoraciques bilatérales observées par le docteur Crochet (de Fontenay-aux-Roses) chez un sujet de vingt-trois ans qui, atteint de tuberculose pulmonaire, fit en moins d'un an une augmentation de taille de 15 centimètres.

Un cas de rétrécissement mitral aphone. — MM. F. Trémolières et A.-R. Salmon présentent une malade entrée à l'hôpital pour dyspnée d'effort et palpitations. Ces signes fonctionnels légers ne s'accompagnaient d'aucun signe physique cardiaque, alors que la radiologie permettait de constater une dilatation très nette de l'oreillette gauche. Des examens répétés à des dates éloignées donnèrent toujours de semblables résultats, cependant que la clinique demeurait absolument muette, sauf certains jours où l'on trouvait un frémissement.

Il s'agit donc ici d'un cas de sténose mitrale aphone.

Un cas de tuberculose rénale guérie par l'héliothérapie en altitude à Odeillo. — MM. Armand-Delille et Rouèche présentent un enfant de dix ans qui avait été admis en leur service, en mai 1926, avec des symptômes caractéristiques d'une tuberculose rénale : hématurie, polyurie et albuminurie, avec présence de bacilles tuberculeux dans les urines. L'enfant a été envoyé à Odeillo pour une cure d'héliothérapie en altitude ; il y a passé dix mois, il revient aujourd'hui complètement guéri.

Deux cas de tuberculose pulmonaire de jeunes enfants guéris par le pneumothorax artificiel maintenu respectivement pendant deux ou trois ans et accompagné d'héliothérapie et d'actinothérapie. — MM. P. Armand-Delille et Rouèche présentent deux jeunes enfants ayant présenté l'un et l'autre une condensation tuberculeuse d'un lobe supérieur du poumon. Chez l'un des sujets, il y avait en outre des spina ventosa, chez l'autre une adénite cervicale, le pneumothorax artificiel a été maintenu trois ans chez l'un, deux ans chez l'autre jusqu'à ce que l'image radioscopique et radiographique soit redevenue normale. Un traitement stimulant adjuvant fut institué par la cure solaire en été et des applications de rayons ultraviolets en hiver. Ces deux enfants qui ont repris le poids normal des enfants de leur âge paraissent actuellement complètement rétablis.

Angine à monocytes. — MM. Garnot, Weissenbach, Boltanski et Jean Weill présentent un malade entré pour une angine ulcéreuse unilatérale qui s'accompagne d'une température entre 38 et 39 degrés d'une adénopathie sous-maxillaire, axillaire, épitrochléenne et inguinale, d'une splénomégalie modérée.

Le Wassermann s'est montré négatif ainsi que l'hémoculture. L'examen hématologique, au contraire, a montré une leucocytose à 15.000 éléments avec très grosse prédominance de monocytes (50 p. 100). Par la suite une stomatite s'est développée, des fausses membranes ont fait leur apparition sur les amygdales sans présence des bacilles diphtériques.

Seule une association fuso-spirillaire a été reconnue.

Traitement du zona par les injections intraveineuses d'eau minérale sulfureuse. — MM. René Bénard et E. Joltrain apportent les observations de huit malades atteints de zona traités par des injections intraveineuses quotidiennes d'eaux minérales sulfureuses. Ces injections ne donnent lieu à aucune réaction de choc. Dans un délai d'un à trois jours les vésicules se flétrissent et se dessèchent. Dans un délai d'un à six jours, suivant les cas, les douleurs parfois atroces cèdent et disparaissent.

Les congestions-œdèmes pulmonaires à pneumobacilles de Friedlander (5 observations dont 4 avec vérification histologique). — MM. G. Caussade et André Tardieu font connaître cinq observations dont deux incomplètement inédites qui toutes concernent des cas d'œdème congestif infectieux du

poumon à pneumobacilles de Friedlander. La nature de ces congestions est établie par la caractérisation microscopique dans les crachats ou les liquides pleuraux, ainsi que par l'allure évolutive particulière (état septicémique avec épanchements multiples des séreuses et lésions hémorragiques des capsules surrénales).

Réflexe tono-dynamique. (*Présentation d'appareil.*) — MM. Laignel-Lavastine, Paul Chevallier et Vié.

Méningite tuberculeuse de très longue durée (150 jours). — MM. Laignel-Lavastine, Valence et Poleco rapportent un cas d'un malade pris au début pour une encéphalite épidémique et traité par les injections intraveineuses de salicylate de soude.

La grande ressemblance avec le cas de Pagniez, Corby et Escalier peut se faire demander si la longue évolution tient à la variété clinique rappelant l'encéphalite ou au traitement salicylé.

Urémie musculaire et sclérose amyloïde. — MM. Merklen, Oberling et Gounelle (de Strasbourg).

Quatre cas de pleurésie médiastine postérieure symptomatique de bronchectasie. — M. Gendron (de Nantes).

Bronchectasie et pleurésie médiastine. — MM. Jean Tapie et Sorrel.

L'exploration bilatérale de la pression pleurale, premier temps de tout pneumothorax double d'emblée. — M. Jullien.

Sur un syndrome pancréatico-rénal (diabète et néphrose). — MM. M. Labbé et Nepveux.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

POLYPES UTÉRINS

Ce sont des tumeurs de nature diverse qui ont pour caractère d'être reliées à la face interne de l'utérus par un pédicule.

En sont éliminés : les faux polypes placentaires et les sarcomes ou les néos pédiculés.

Deux grandes variétés d'importance très inégale :

Polypes muqueux. — Ce sont des adénomes muqueux, mous.

Symptomatologie fruste. *Evolution bénigne.*

Polypes fibreux. — Ce sont des fibromes sous-muqueux, durs.

Symptomatologie plus caractéristique. Evolution anatomique spéciale. *Complications importantes* possibles. Ce sont les plus intéressants.

POLYPES MUQUEUX

Anatomie. — Toujours assez petits, fréquemment en galette.

S'accompagnent toujours de métrite adénomateuse diffuse.

Fréquemment à insertion cervicale.

Clinique. — Hémorragies tant que polype intracervical, puis cessent.

Leucorrhée abondante qui persiste.

Spéculum et toucher.

Petite tumeur rouge, à surface lisse, molle. Souvent multilobulée. Souple. Rien à leur base. Indolence absolue.

Se rappeler toujours que leur apparition à la ménopause peut être symptomatique d'un **Cancer du corps utérin.** Donc : examen systématique de ce dernier.

Diagnostic : très facile. Rien de commun avec le néo.

Traitement : coup de thermo sur pédicule.

Curettage de la muqueuse si polypes petits et multiples.

POLYPES FIBREUX

Anatomie pathologique. — A l'opposé des précédents, insertion surtout sur le corps.

Pédicule : variable.

Long et grêle : Exérèse facile. Gangrène fréquente.

Court et large : Exérèse difficile. Peut exposer à lésions péritonéales.

Evolution topographique spéciale :

Il descend et présente ces trois stades :

Utérin : dilate la cavité.

Cervical : dilate le col et s'accouche.

Vaginal.

Capital : ainsi tire sur son pédicule, tend à se *tordre*; donc à se *sphacéler* et *s'infecter*.

Clinique. — Trois tableaux :

1° **Polype non compliqué.** — Femme vient pour :

Hémorragie ayant perdu caractères de celle du fibrome : *abondante, répétée, prolongée.*

Ecoulements leucorrhéiques.

Douleurs variables :

Ou simple pesanteur,

Ou colique à type expulsif avec irradiations diverses.

Bon état général.

Examen montre :

Soit simplement stade utérin :

Col large, béant, mou.

Si examen au cours de colique : on voit polype qui va rentrer dans période intercalaire. Polype intermittent.

Soit stade cervico-vaginal :

Dans le vagin on sent une tumeur piriforme, arrondie, ferme. *Pédiculée, on en fait le tour. Grisâtre* au spéculum.

Le col peut être perçu.

Si polype de moyen volume : on voit son pédicule s'enfoncer dans le col que l'on peut toucher et qui est sain.

2° **Polype tordu, sphacélé.** — Tableau plus sérieux :

Douleurs intenses.

Etat infectieux.

Pertes purulentes fétides abondantes.

Ténesme rectal et vésical.

Examen :

Un peu d'œdème vulvaire.

Plaques sphacéliques noirâtres sur le polype.

Du pus sourd du col.

On sera très *sobre d'exploration.*

3° Exceptionnellement, véritable état septicémique, à type puerpéral avec pyométrie, à point de départ sur une phlébite profonde.

Pronostic. — Reste bénin dans la règle.

Commandé par *torsion*, facteur de *sphacèle* et *infection.*

Diagnostic. — Polypes muqueux, mous, rouges.

Papillomes ou polypes papillaires :

Aspect caractéristique.

Pseudo-polype placentaire :

Après avortement suivi d'hémorragie.

Consistance molle friable.

Polype sphacélé avec le néo :

Doigt fait le tour de la masse.

On sent le pédicule.

Col intact.

Subversion utérine si polype s'en accompagne.

En bas, zone ferme, grise : le polype.

En haut, zone rouge : la muqueuse utérine.

Traitement. — **Polype intra-utérin** :

Bougie de Hégar.

Si pas suffisante : incision d'une commissure.

Polype accouché :

Deux ou trois pinces de Museux sur le polype.

On tord. Pas de violence.

S'il résiste : incision de commissure, section du pédicule.

Toujours être *très sobre d'intervention utérine*, comme le curettage complémentaire par exemple.

Polype énorme :

Morcellement préalable avant d'aborder le pédicule.

Polype sphacélé :

Désinfection prolongée avant l'intervention.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Réorganisation des études en vue du doctorat en médecine. — L'article 2 du décret du 10 septembre 1924 portant réorganisation des études en vue du doctorat en médecine est modifié ainsi qu'il suit :

« Les aspirants au doctorat en médecine prennent vingt inscriptions. Au moment de prendre la première inscription, ils doivent produire avec le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, ou le diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou le titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes). »

L'article 8 du décret du 10 septembre 1924 portant réorganisation des études en vue du doctorat en médecine est modifié ainsi qu'il suit :

« *Répartition des enseignements.*

. . . .

Cinquième année : enseignement théorique et pratique.

. . . .

Pharmacologie (cet enseignement peut aussi être donné au cours de la 4e année). »

L'article 17 du même décret est complété ainsi qu'il suit :

« *Examens.*

. . . .

Cinquième année : pharmacologie (dans les facultés ou écoles où l'enseignement de la pharmacologie aura été donné en 4e année, les examens pratiques et oraux auront lieu la même année à la fin de l'enseignement). »

Facultés de médecine. — Sont nommés, à compter du 1er novembre 1927, professeurs des facultés de médecine des universités ci-dessous désignées :

Paris. — M. Loeper, thérapeutique (chaire vacante : M. Carnot, dernier titulaire).

M. Rouvière, anatomie (chaire vacante : M. Nicolas, dernier titulaire).

Lyon. — M. Paviot, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté (chaire vacante : M. Bard, dernier titulaire).

M. Collet, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à ladite Faculté (chaire vacante : M. Lannois, dernier titulaire).

Montpellier. — M. Delmas (Jean), anatomie (chaire vacante : M. Gilis, dernier titulaire).

M. Villard (Henri), clinique ophtalmologique (chaire vacante : M. Truc, dernier titulaire).

Nancy. — M. Richon, professeur de pathologie interne et propédeutique de la Faculté de médecine de Nancy, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté (chaire vacante : M. Simon, dernier titulaire).

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Justice. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Piétri (de Nice).

Commerce et industrie. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur René Cornélius (de Paris).

Affaires étrangères. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Francis Bordet, Brisset des Nos (de Montréal), Dumont (au Yunnan), Gautier (de Suez), Jarkowski (Polonais), Kagan dit Kann (Russe).

École du service de santé de la marine. — Liste alphabétique et par centre d'examen des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine en 1927 :

Epreuves orales à Rochefort, le 22 août 1927, à l'hôpital maritime, à 8 h. — Ligne médicale :

MM. Allard, Arloing, Arnauld (Jacques), Bargues, Baudet-Desroches, Berthon, Blanchet, Bluteau, Bories, Boubée, Brun, Caussade, Chômet, Crispel, Debeugny, Delacoux des Roseaux, Delage, Diagne, Donet, Duris, Flandrin, Gellic, Hebraud, Lagarde, Landrieu, Le Van Truoc, Lombard, Martinaud, Marty, Mary (Léopold), Mazet, Mercat, Metereau, Mevel (Lucien), Moncourier, Morand (Paul), Moulinier, Muller, Nouaille-Degorce, Peyronny, Picard, Pourtau, Rivaud, Secourieux, Soucix, Tessier, Vesnat, Woitelet.

Epreuves orales à Brest, le 29 août 1927, à l'hôpital maritime, à 8 h. — Ligne médicale :

MM. Arquie, Auregan, Becuwe, Bertho, Bittore, Bonamy, Breteau, Calvez, Canteau, Carn, Cevaer, Courtier, Creste, Dantec, Desse, Doll, Faguet, Gallet, Gautier, Goulard, Grall, Gras, Kervern, Lacorne, Lambert, Langeard, Le Bot, Le Faou, Le Goff, Mahoudo, Malavoy, Marlette, Martin (Louis), Matriolet, Moran (Henri), Morel (François), Morel (Gabriel), Nicolas, Remy, Rolin, Rosec, Sagnard, Seger, Stephan, Tinard, Vignes.

Epreuves orales à Toulon, le 6 septembre 1927, à l'hôpital maritime Sainte-Anne, à 8 h. — Ligne médicale :

MM. Amigues, Arnaud (Jean), Autran, Baloux, Bergouniou, Bernard, Blein, Boiron, Bouffier, Bouisset, Bourdier, Boursiac, Boyer, Brunati, Cauvin, Coulanges, Decloquement, Demur, Devoivre, Domec, Dupuy, Eymard, Fauconnier, Gaignaire, Gensolien, Guilhaumou, Lévy, Loubatières, Loumaigne, Manciot, Mari (Pierre), Maria, Martin (Gaston), Nomdedeu, Paoletti, Pecarrere, Queneudec, Regimbaud, Rostan, Rouge, Seguy, Serafino, Serre, Tarello.

Les candidats devront être rendus aux dates et heures susindiquées dans les ports où ils doivent subir les épreuves orales et se présenter à l'hôpital maritime quinze minutes avant le commencement desdites épreuves.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Florand, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — Clinique médicale propédeutique. (Hôpital de la Charité.) — *Cours de revision d'une semaine* (24 au 29 octobre 1927) *sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du professeur Emile Sergent et du docteur Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Faroy, Harvier, P. Pruvost, Tinel, Weissenbach, agrégés, médecins des hôpitaux; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Joannon, anciens internes des hôpitaux.

Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1927 du 24 au 29 octobre, sont exposées dans une série de conférences cliniques et de démonstrations pratiques les principales notions nouvelles cliniques et thérapeutiques de l'année en pathologie interne.

Programme du cours. — I. Chaque matin, dans un hôpital différent, de 9 h. 1/2 à 11 h. : Exercices pratiques au lit des malades; de 11 à 12 h. : Démonstration pratique.

II. L'après-midi, à l'hôpital de la Charité, de 3 à 4 h. : Démonstration pratique, service ou laboratoire du professeur Sergent; de 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et de 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Conférences cliniques, amphithéâtre de la Clinique du professeur Sergent.

La leçon de clôture sera faite par le professeur Sergent.

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin, de 9 h. 1/2 à midi; l'après-midi, de 3 à 4 h.), les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 200 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

REVUE DES THÈSES

La radiochimie et la pharmacodynamique des sels de bismuth radifère (1), par M. Jean Bressolles.

L'association synergique de la radioactivité avec divers médicaments radmiques a pénétré, ces dernières années dans le domaine de la thérapeutique. Notamment le bismuth radifère est très connu et apprécié en syphiligraphie.

Il était donc intéressant de se demander comment se comportait ce complexe bi-radifère radiologiquement et biologiquement.

On a préparé, à cet effet, divers sels radioactifs par mélanges, puis sur ces sels on a effectué diverses réactions de précipitation ; on a toujours obtenu des précipités radioactifs dont on a étudié l'évolution radioactive. On voit donc que l'expression « bismuth radifère » est très légitime puisque dans ces sels l'ion bismuth se montre chimiquement inséparable d'un certain nombre d'ions radioactifs.

Puis, considérant l'intéressante théorie de Levaditi, relative au mode d'action du bismuth en syphiligraphie, par formation préalable dans le muscle d'un précipité protéobismuthique, qui seul est spirillicide alors que les composés chimiques du bismuth ne sont pas spirillicides in vitro, l'auteur s'est demandé si le précipité protéobismuthique obtenu à partir des sels de bismuth radifère avait des propriétés spéciales et remarquables.

Or, on trouve qu'il est toujours radioactif, et l'auteur a étudié l'évolution de sa radioactivité.

D'autres auteurs ont montré que la formation de ce précipité était plus rapide qu'en milieu non radioactif.

M. Bressolles a voulu voir si les propriétés de ce précipité étaient sous la dépendance de sa radioactivité. Ne pouvant étudier toutes les propriétés il en a choisi une : son pouvoir catalytique.

Ses mesures montreront que certaines précipités protéobismuthiques radifères sont jusqu'à sept fois plus actifs, au point de vue catalytique, que les précipités protéobismuthiques ordinaires.

Il serait intéressant de poursuivre l'étude comparative des autres propriétés, notamment de son action spirillicide.

Mais, dès à présent, on peut dire que les sels de bismuth radifère sont susceptibles de constituer en thérapeutique une nouveauté intéressante, que la pharmacologie aurait tort de négliger.

L. G.

(1) *Thèse de la Faculté de pharmacie de Strasbourg* 1927.

REVUE GÉNÉRALE

LES ÉTATS HYPOGLYCÉMIQUES

Par Marcel SENDRAIL et Jean PLANQUES
(de Toulouse).

Le maintien des grandes constantes humorales obéit à des mécanismes physiologiques, dont le jeu, si rigoureux et si délicat qu'il soit, ne suffit pas toujours à assurer la stabilité du milieu intérieur. L'équilibre en peut être compromis par des variations assez fortes, assez brusques ou assez prolongées pour nuire à l'exercice des fonctions organiques. Ce sont les variations par excès qui ont été rendues responsables de la plupart des troubles nutritifs. Mais on s'est plu, au cours de ces dernières années à mettre aussi en évidence la signification pathologique des variations par défaut : hypocalcémies, hypochlorémies, hypouricémies (Chauffard); hypoazotémies (Ambard); les hypoglycémies restent assurément parmi les mieux étudiées.

Le taux le plus bas de la glycémie normale est fixé par la plupart des auteurs à 0g90 p. 1000 (Baudouin; Ambard et Chabanier; Grigaut, Brodin et Rouzaud; Myers et Bailey). Toute valeur inférieure à 0g90 caractérisera donc une hypoglycémie. Nous réserverons la désignation d' « état hypoglycémique » aux cas où l'hypoglycémie n'est pas seulement une trouvaille de laboratoire, mais s'accompagne de manifestations symptomatiques qui la rendent cliniquement patente.

C'est la pratique de l'insulinothérapie qui a permis de les isoler et nous a appris à les reconnaître et à les traiter. Mais l'abaissement du taux du sucre sanguin n'est pas nécessairement lié à la cure insulinienne. Il peut se produire spontanément. Des causes très diverses le déterminent. Des accidents toujours analogues le signalent. Il est bien des états pathologiques dont on a été amené à soupçonner et à vérifier la nature hypoglycémique. Ce sont ces hypoglycémies spontanées qui feront surtout l'objet de notre étude.

Rien ne peut être d'un meilleur enseignement que ces défaillances temporaires de la glycémie, relativement au déterminisme normal de la glycorégulation. Mais l'intérêt pratique de ces phénomènes ne le cède pas à leur intérêt spéculatif : il importe de ne pas méconnaître les troubles que conditionne un déficit glucosé et qu'une simple ingestion de sucre suffit à dissiper.

Dans ces trois dernières années, la notion d'hypoglycémie semble avoir acquis la faveur des auteurs de langue anglaise, qui se sont efforcés de mettre à son compte un bon nombre des syndromes dont la pathogénie restait litigieuse. Leurs hypothèses sont souvent plus spécieuses que solides. Mais, si tout n'en est pas à retenir, tout n'est pas à rejeter, et il convient peut-être de recueillir dès maintenant les faits qui pourront servir à constituer le nouveau chapitre nosologique, dont nous allons donner l'ébauche.

Le syndrome hypoglycémique. — Pour diverses que soient les conditions où apparaissent les accidents liés à la chute du taux du sucre sanguin, ce sont des symptômes presque toujours semblables qui les manifestent, si semblables que l'on a pu en composer un ensemble clinique défini, auquel a été réservée la dénomination de « syndrome hypoglycémique ». Il convient de distinguer, avec Von Noorden et Isaac, deux phases dans son développement : les signes précoces sont atténués et pour la plupart relèvent de la simple analyse subjective; les signes tardifs, plus dramatiques et plus graves, font très souvent défaut; ces derniers sont les seuls à rappeler les grands paroxysmes des hypoglycémies expérimentales.

Signes précoces. — La crise débute d'ordinaire par une sensation de fatigue et d'invincible anxiété. Le malade, à la fois irritable et lassé, accuse une faim presque douloureuse; sa tête est lourde; ses jambes fléchissent, ses mains sont animées de tremblements; phénomènes parfois à peine ébauchés, mais aussi parfois si intenses qu'ils peuvent simuler l'ivresse. La diplopie a été notée dans quelques cas, comme signal-symptôme (Baudouin).

Il n'est pas rare d'observer d'autre part des troubles vaso-moteurs, hyperémie de la face, bouffées de chaleur, dermographisme (Hugh Maclean); des troubles sécrétoires, larmoiement, sueurs profuses (L. Blum), diarrhée, hypercrinies diverses; des troubles cardiaques, palpitations, bradycardie. Une chute de la tension artérielle serait de règle.

Ces derniers symptômes sont de ceux que l'on a coutume de mettre sur le compte d'un déséquilibre neurovégétatif à prédominance parasympathique. Il n'est pas habituel de les constater tous simultanément. Mais l'asthénie et la sensation de faim ne manquent presque jamais, semble-t-il, même dans les tableaux les plus frustes.

Signes cliniques. — Cet état préalable de malaise est rarement très durable; mais s'il ne se dissipe pas promptement, des accidents plus alarmants lui succèdent : syncopes, plus ou moins brutales, plus ou moins prolongées, états vertigineux, phénomènes d'aphasie, de surdité, de cécité soudaines et transitoires, dont la description suggère la pensée d'une extension des troubles vasomoteurs et angiospastiques aux territoires vasculaires du névraxe. D'observation plus rare sont les crises hypomaniaques ou confusionnelles (Ragle) ou les états convulsifs (Howell). Qu'aucun secours thérapeutique n'intervienne et le sujet enfin tombera dans le coma, un coma que rien ne distinguerait de ceux des diabétiques, hors le caractère normal de la respiration et surtout l'hypertonie musculaire généralisée. (Priesel et Wagner).

Nous tenterons plus tard d'établir si ces accidents sont directement en rapport avec la diminution du sucre sanguin ou s'ils relèvent d'actions différentes, et par exemple de la toxicité de l'insuline. Il importe cependant de noter que les hypoglycémies spontanées empruntent en général des apparences cliniques assez discrètes. Les signes tardifs et bruyants

ont été surtout décrits à l'occasion des cures insuliniennes.

Formes cliniques. — 1° **Les états d'hypoglycémie provoqués.** — Ce sont les mieux étudiés, les plus fréquemment observés, les plus aisément reconnus et tout praticien accoutumé à manier l'insuline a appris à les prévoir et à les prévenir. Ce ne sont pas ceux qui sollicitent surtout notre intérêt présent.

Les doses élevées d'insuline offrent sans doute un danger plus certain; mais il faut tenir compte, en outre, du mode d'administration et être par exemple en garde contre l'efficacité brutale des injections intraveineuses. Un nombre modéré d'unités pourra suffire à déterminer des accidents si le sujet présente par avance à l'insu du médecin une glycémie moindre qu'à l'ordinaire, ou si des troubles digestifs entravent l'absorption du repas protecteur ou encore si une activité musculaire inopportune accroît avec excès la combustion du sucre organique.

Les manifestations morbides surviennent généralement deux à quatre heures après l'injection. C'est à elles que s'applique tout particulièrement la description que nous avons donnée. Quoi qu'en ait dit Campbell, il ne semble pas qu'on puisse établir une correspondance très rigoureuse entre leur intensité et le degré de la déchéance glycémique. Si les phénomènes à caractère grave ne paraissent pas ici extrêmement rares, ils ne sont pas toutefois d'observation courante; et récemment Heimann-Trosien et Hirsch-Kauffmann ne pouvaient relever dans la littérature plus de quatre cas où ils eussent conduit à une terminaison mortelle.

Il est certes, en outre de l'insuline, bien des corps qui possèdent des propriétés comparables à l'égard de la glycorégulation, et par exemple le borate de soude (Loeper) ou encore les produits de synthèse, dérivés de la guanidine, étudiés ces derniers mois à Breslau et à Strasbourg : les hypoglycémies synthaliniques trouvent leur place dans le groupe des hypoglycémies thérapeutiques.

2° **Les états d'hypoglycémie spontanés.** — Leur intérêt dérive en partie de la diversité et de la complexité des conditions cliniques qui les déterminent. Nous nous efforcerons cependant de les présenter selon l'ordre le plus simple.

a. Hypoglycémies du surmenage musculaire. — Analysant chez des athlètes soumis à des efforts excessifs et prolongés les manifestations de l'épuisement, Burger et Martens (5) ont été frappés de leur ressemblance avec celles de la crise hypoglycémique : pâleur, sueurs, angoisse épigastrique, contractions fibrillaires, tremblements et, plus rarement, dans les cas extrêmes, exaltation délirante et phénomènes de collapsus. De fait, ils ont vérifié sur tous leurs sujets l'abaissement du taux du sucre sanguin. Lévine, Burgess et Derick (13) ont cru même pouvoir reconnaître une corrélation entre la valeur de la glycémie et la condition physique des coureurs, à la fin d' « une farouche contestation, telle qu'une épreuve de Marathon » : le vainqueur fut celui dont la glycémie se maintint la plus stable.

Les accidents observés chez les parturientes, au terme d'accouchements laborieux, n'auraient pas une cause différente, d'après Mario Cayrel (16) et l'on sait que l'administration de sucre réveille souvent les contractions utérines.

Enfin, au cours de la décompensation cardiaque, des hypoglycémies ont été signalées par Buldingen; mais ces résultats semblent infirmés par ceux que rapporte Goldberg (8).

Notre ignorance du déterminisme du « cœur forcé » et des myocardies interdit de nier que les variations du sucre sanguin en puissent constituer l'un des facteurs. Il y aurait toutefois quelque arbitraire à trop étendre ce rôle tant que feront défaut des documents plus précis.

b. Hypoglycémies des dyspeptiques. — Nous avons vu que les sensations de faim et d'asthénie intenses étaient les seuls symptômes qui ne fissent presque jamais défaut chez les hypoglycémiques. Or, ces symptômes sont l'objet des doléances habituelles de bien des malades, considérés comme des dyspeptiques, et Seale Harris (21) s'est cru autorisé à les rapporter, dans certains de ces cas, à une défaillance passagère de la glycémie. Les observations qu'il cite sont pour le moins curieuses. Il s'agit de sujets qui chaque jour, une heure avant le déjeuner, ressentent de l' « inconfort à l'estomac », deviennent irritables, anxieux; leur idéation se ralentit; une fatigue soudaine les accable, telle que le moindre travail n'est réalisé qu'au prix de l'effort le plus pénible. Qu'on leur administre opportunément de l'eau sucrée, ou que l'on multiplie les repas, de sorte qu'à aucun moment ils ne se trouvent à jeun, et les troubles ne se reproduisent plus. Chez de tels malades, la glycémie, dosée en période d'asthénie préprandiale, s'est toujours montrée inférieure à 0,70.

Seale Harris n'a pas remarqué de relation entre les désordres sécrétoires de l'estomac et les variations de la glycémie. Mais pour Bulatao et Carlson (4) l'abaissement du sucre sanguin déterminerait des contractions gastriques excessives dont les troubles décrits ne seraient que l'expression subjective. L'hypoglycémie elle-même serait due à un état d'hyperinsulinisme que pourraient provoquer une atteinte traumatique ou infectieuse du pancréas, ou une surnutrition prolongée : c'est là seulement une hypothèse, émise par Seale Harris, et qui déborde beaucoup les faits.

Ne serait-on pas en droit d'admettre, d'autre part, que la faim normale est liée, non pas à la vacuité gastrique, mais à la diminution du glucose organique, et traduit une sorte d'appel pour le sucre? Pari (17) estime que les boulimiques ou même les simples gloutons sont des hypoglycémiques habituels. L'appétit douloureux observé si souvent dans les cas d'ulcères gastro-duodénaux est peut-être en relation avec un trouble de la glycémie, et Seale Harris fait remarquer que les ulcéreux sont généralement soulagés par la multiplication des repas qui régularise l'apport de sucre à l'organisme.

Ces hypoglycémies matinales sont particulière-

ment fréquentes chez les névropathes, les cyclothymiques, et Cammidge (6) insiste sur l'état de lassitude psychique et la morosité qui les affectent au réveil ou dans les heures qui précèdent immédiatement les repas. On en sera moins surpris si l'on se souvient des interactions qui unissent l'équilibre hydrocarboné des humeurs et l'équilibre neurovégétatif, si l'on se rappelle par exemple le pouvoir vagotonisant de la sécrétion pancréatique (Santenoise), ou les propriétés pharmacologiques du sucre dont l'ingestion produit sur le tonus parasympathique un effet très comparable à celui de l'atropine (Loeper).

L'observation suivante, recueillie par l'un de nous et qui a fixé notre attention sur les accidents hypoglycémiques, nous paraît illustrer assez bien les conceptions de Cammidge et de Seale Harris.

Notre malade, magistrat de soixante-deux ans, sans antécédents ni tares pathologiques, père et aïeul d'enfants parfaitement sains, est un grand anxieux nosophobe, dont tous les loisirs sont occupés à analyser et à commenter les moindres de ses perceptions cénesthésiques.

Il est difficile de préciser le début de ses troubles, puisqu'il assure en avoir présenté de semblables dès son adolescence; cependant c'est de 1922 qu'il date sa « maladie d'estomac ». Lorsque l'interrogatoire est parvenu à élaguer les descriptions hyperboliques du sujet, les symptômes de cet état gastrique semblent assez discrets. Il s'agit seulement de crises de malaise qui commencent une heure avant le repas de midi, plus rarement celui du soir, ne prennent fin qu'avec l'ingestion alimentaire, et que caractérisent une crampe épigastrique, quelques nausées jamais suivies de vomissements, une sensation obscure et diffuse d'angoisse, et une lassitude si accablante que le malade se déclare parfois prêt de mourir. Les jambes sont molles. L'association des idées devient malaisée, l'élocution pénible et incorrecte, alors que le sujet est plutôt disert à l'ordinaire. L'état affectif même est altéré profondément, empreint d'une amertume sans cause et sans terme, d'un véritable *taedium vitae*. Les troubles vasomoteurs sont de ceux sur lesquels insiste le malade, brusques congestions du visage avec larmoiement qui surviennent parfois si mal à propos qu'elles laissent supposer aux assistants une vive émotion.

Aucun des nombreux médecins qui nous ont précédé auprès de lui n'a pu déceler dans son état le moindre élément organique. L'abdomen est souple et indolore. Le transit intestinal s'effectue correctement. Une exploration radiologique, pratiquée l'an dernier à Nice, n'a montré qu'un estomac légèrement hypersthénique; le pylore, le duodénum fonctionnent bien; le carrefour sous-hépatique n'est pas le siège d'adhérences; le cholécyste paraît normal. L'examen neurologique ne révèle rien, non plus que l'examen rénal ou cardiovasculaire. Tension artérielle : Mx 15,5, Mn 9 (Pachon).

On peut supposer que toutes les médications, tous les régimes en usage chez les dyspeptiques ou les asthéniques ont été tentés. Le malade a remarqué que ses crises cèdent seulement à l'ingestion alimentaire; encore doit-il la faire assez copieuse, et son activité professionnelle ne peut être que rarement conciliée avec la multiplication des repas.

Lorsqu'il s'adressa à nous, en juillet dernier, c'était surtout en vue d'un examen chimique et sérologique. Le hasard fit que le prélèvement de sang eut lieu à 11 heures du matin, alors que le malade se trouvait au paroxysme de son malaise. C'est ainsi que nous eûmes la surprise de découvrir une glycémie de 0,62. Une épreuve de contrôle, pratiquée à la même heure et dans les mêmes conditions physiologiques, nous permit de constater une glycémie de 0,54. Sur un troisième échantillon de sang, recueilli à 4 heures de l'après-midi, heure à laquelle notre sujet n'avait jamais observé de troubles, la glycémie fut évaluée à 0,96 (procédé de Lewis-Bénédict-Rouzaud).

Instruit par ces résultats, nous donnâmes au malade le conseil de garder toujours à sa disposition des comprimés de glucose de 5 grammes et d'en absorber un ou plusieurs une demi-heure avant le début habituel des crises. L'effet immédiat fut très remarquable, et pendant plusieurs semaines, en dépit même des circonstances atmosphériques les plus favorables au développement des accidents les plus intenses (vent d'autan) notre sujet ne présenta pas le moindre trouble.

Nous n'avons rien découvert chez lui qui pût, à notre sens, jouer un rôle dans la genèse des phénomènes hypoglycémiques. Bordet-Wassermann négatif. Examen chimique et physico-chimique du sang : urée, 0,34; azote résiduel, 0,18; cholestérine, 1,74; pH, 7,35; réserve alcaline, 53. Il faut noter cependant, puisque la valeur de ce facteur étiologique a été admise par Seale Harris, que notre malade s'est soumis pendant de longues années à des régimes de surnutrition évidente.

Observons, enfin, que l'efficacité si nette au début de la cure glucosée, s'est montrée par la suite moins régulière : le sucre ne suffit pas dans tous les cas à mettre le sujet à l'abri de ses crises; mais dans l'ensemble, depuis dix mois, l'amélioration reste certaine et considérable. L'administration de l'adrénaline nous a paru sans action sur les accidents. Au reste, l'instabilité psychopathique du malade rend difficile l'appréciation des résultats thérapeutiques.

c. HYPOGLYCÉMIES INFECTIEUSES. — M. Lereboullet insiste depuis longtemps (12) sur l'abaissement du taux glycémique, qui accompagne l'évolution de la plupart des diphtéries malignes. En 1922, il l'avait mis en évidence dans 6 cas, et récemment encore l'a retrouvé 13 fois sur 19 diphtéries à forme grave, 2 fois sur 3 diphtéries paralytiques, 3 fois seulement sur 11 diphtéries communes. On pourrait se demander à la faveur de ces données, si le syndrome tardif de Marfan ne constitue pas un véritable état hypoglycémique.

On sait du reste que des syndromes d'adynamie mortelle ont été signalés au cours de la plupart des grandes infections, surtout de la scarlatine et de la dothienenterie, et placés presque toujours sur le compte d'une insuffisance surrénale aiguë. Il serait assurément d'un grand intérêt d'évaluer dans tous ces cas les variations du sucre organique, comme l'a fait Shih Ao y Chang Hsiao Chien (22) pour un état cholériforme accompagné de phénomènes de collapsus, dont la nature hypoglycémique fut décelée par l'examen du sang. Les travaux récents de Dubois et Bouckaert, relatifs aux hypoglycémies des trypanosomiases expérimentales sont également bien faits pour encourager à de telles recherches.

d. HYPOGLYCÉMIES TOXIQUES. — On ne peut encore grouper sous cette désignation que des faits assez disparates. Steinbrick (23) a constaté des glycémies très basses chez des animaux intoxiqués par des produits d'origine végétale et par des champignons, et a pu enrayer les accidents observés par l'administration intraveineuse du glucose. L'empoisonnement par le phosphore amoindrirait beaucoup la glycémie, selon Cammidge (6). Chez 12 enfants, soumis à de courtes anesthésies à l'éther, en vue de tonsillectomies, Hugh Josephs (10) a constamment

trouvé dix-huit à vingt-quatre heures après la narcose, une diminution légère du sucre sanguin, associée il est vrai à de l'acétonurie.

Greenwald et Eliasberg (9) ont observé deux jeunes enfants qui succombèrent en quelques jours à des brûlures superficielles étendues, après avoir présenté une hypoglycémie profonde ou même une aglycémie qui témoigneraient de l'intensité des phénomènes de choc. Toutefois les recherches expérimentales qu'ils exposent corrélativement, leur ont plutôt montré sur les animaux brûlés une élévation du taux glycémique.

C'est de l'hépatotoxémie que pour Cammidge relèveraient bien des hypoglycémies. Or on n'ignore pas que les vomissements périodiques des enfants sont considérés par beaucoup comme des manifestations d'hépatotoxémie. Aussi devait-on être amené à faire intervenir les variations du sucre sanguin dans leur pathogénie. Ross et Josephs (20) n'y ont pas manqué et, pour l'avoir rencontrée dans un cas, ont même fait de l'hypoglycémie le caractère essentiel de la maladie de Marfan. Cette donnée pourrait sembler infirmée par l'action curatrice que certains prêtent à l'insuline sur ces accidents (Thalheimer, Meyer et Bamberg, Torello Cendra). Du reste M. Marfan et M. Labbé manifestent quelque scepticisme à l'égard du rôle de l'hypoglycémie dans leur genèse. Il est possible que les vomisseurs présentent de l'hypoglycémie, mais il est certain qu'ils présentent de la cétose, parfois considérable, toujours assez accentuée pour rendre compte des troubles observés. *(A suivre.)*

XIIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE

DE LANGUE FRANÇAISE

(MÉDECINE SOCIALE, ACCIDENTS DU TRAVAIL MÉDECINE PROFESSIONNELLE)

Lyon, 4, 5, 6 juillet 1927 (1).

TROISIÈME RAPPORT

LA CONSTITUTION DES ORIFICES D'ENTRÉE DES BALLES DANS LA PEAU

M. Piédelièvre (de Paris), rapporteur.

Dans ce rapport sont étudiées les modifications de la peau consécutives à la pénétration d'un projectile d'arme à feu.

Ces modifications résultent d'une part des réactions des tissus et d'autre part du dépôt des débris de toute espèce entraînés par la balle.

Les différents auteurs qui se sont occupés de cette question ont, jusqu'à présent, donné un certain nombre d'interprétations différentes concernant les diverses zones qui constituent l'orifice, c'est-à-dire l'orifice lui-même, la zone d'érosion, l'incrustation des grains de poudre non brûlés, le dépôt des fumées. Un orifice d'entrée de balle est donc quelque chose de complexe.

Le rapporteur apporte des résultats qui découlent d'examens d'orifices réels et d'orifices expérimentaux.

Association de la Presse médicale française.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit*. 1927, n° 64, p. 1059, et n° 66, p. 1093.

I. *La plaie d'entrée.* — La peau peut être considérée, dans sa réaction vis-à-vis des projectiles, comme une substance élastique, constituée par deux feuillets d'élasticité différente, l'un superficiel qui l'est très peu (épiderme), l'autre profond qui l'est beaucoup (derme). Lorsque la balle frappe la peau, elle la déprime en doigt de gant avant de la perforer et, dans cette action, elle entraîne la formation d'un assez grand orifice sur l'épiderme et d'une petite perforation sur le derme, ce dernier, très élastique, revenant sur lui-même après le passage de la balle; il en résulte, autour de l'orifice dermique, la présence d'une *collerette érosive* où le derme est à nu, collerette bordée en dehors par l'épiderme rompu. C'est sur elle que se déposent les crasses qui paraissent se masser avec la plus grande intensité sur la partie interne de cette collerette érosive.

Les différences d'interprétation concernant cette zone d'érosion sont vraisemblablement dues à ce que les orifices n'ont pas été immédiatement examinés après le coup de feu; un parcheminement, en particulier, gagne progressivement, pouvant, sur le cadavre un peu ancien, simuler une brûlure. La cicatrisation sur le vivant modifie complètement cet aspect.

L'auteur insiste sur les variations de la dimension de l'orifice par rapport à des balles de même calibre; plus la balle est pointue, plus l'orifice cutané est petit; plus la face antérieure s'aplatit, plus l'orifice est grand et se rapproche du calibre des projectiles, ceci étant encore conditionné par l'élasticité du tissu; le projectile pointu touche et perce la peau tendue par sa pointe tandis que la balle plate la touche par une large surface; la distension est incomplète au point de contact.

Cette notion montre que la mensuration des orifices cutanés n'a pas de valeur médico-légale pratique et qu'il est impossible d'établir un rapport entre la dimension orificielle et la distance du tir. La rotation du projectile (armes rayées) ne modifie pas ces résultats.

Dans les paragraphes suivants sont indiqués, par opposition à l'orifice typique décrit précédemment, les modifications que peuvent présenter ces orifices selon l'*obliquité du tir*, la *puissance de l'arme*, la *distance du tir* (notions importantes à connaître pour le diagnostic des mutilations volontaires, balles explosives), la *constitution des plans sous-jacents à la peau*, le *siège de l'orifice en divers points du corps*, selon enfin qu'il s'agit d'*orifices multiples produits par un unique projectile*.

II. *Les débris dans l'orifice d'entrée et à son pourtour.* — Pour le médecin légiste, le tatouage, c'est-à-dire le dépôt des grains de poudre autour de l'orifice d'entrée, est un élément capital. Le rapporteur décrit l'aspect de ces grains de poudre et de leurs résidus de combustion lorsque le coup de feu a été tiré de près, en s'aidant du microscope binoculaire.

C'est ainsi que la poudre T *bis* se présente sous l'aspect de petites lamelles brisées, dépourvues de plombagine; les unes sont simplement posées sur la peau, d'autres ont pénétré sous l'épiderme, enfin il s'en trouve de piqués comme des fléchettes et saillant à l'extérieur.

Les tatouages par poudre J3 sont caractérisés, d'une part, par des grains d'aspect normal (aspect de cuir râpé) et, d'autre part, par des grains d'un aspect charbonneux. Au contact de la sérosité cadavérique, la teinte jaune verdâtre du bichromate diffuse.

Les tatouages dus à la poudre noire sont constitués par des débris charbonneux dans des conditions analogues.

Il importe de signaler que les grains de poudre qui sont seulement déposés sur la peau tombent avec une grande facilité. Lorsqu'on fera des tirs expérimentaux (comparatifs, tests médico-légaux des coups de feu), il faudra tenir compte de la moins grande quantité de grains trouvés sur la peau que dans la cible en expérience. En tout cas la vision au microscope binoculaire des grains de poudre permet sans difficulté la différenciation exacte entre les différents types de poudre.

Dans les paragraphes suivants il est signalé une difficulté

de la mise en valeur des grains de poudre par les réactifs à la diphénlyamine et à la brucine; les poudres sans fumée (T *bis*, J 3 par exemple) n'abandonnant pas à l'eau de produits nitrés : si les grains de poudre sont imbibés de sang ou de sérosité, la réaction se fera mal ou ne se produira pas, à moins que les grains n'aient été primitivement séchés.

Il est signalé encore la rareté des brûlures avec les armes à feu courtes modernes, ainsi que la présence et la disposition des débris vestimentaires dans la plaie qui peuvent servir à coopérer à l'identification de l'orifice d'entrée.

III. *Examen histologique des orifices d'entrée.* — L'examen histologique des orifices d'entrée permettra de mettre en valeur dans des cas spéciaux certains caractères importants.

L'auteur a examiné l'aspect histologique des grains de poudre incrustés dans la peau. Il a constaté en premier lieu que le grain joue véritablement le rôle d'un micro-projectile; si la coupe passe exactement par l'orifice d'entrée épidermique, on voit que les couches cellulaires ont été effondrées par le grain de charbon qui peut se trouver plus profondément. Dans d'autres cas, par exemple, la coupe ne passant pas par ce pertuis pourra atteindre le grain au fond du cul-de-sac où il repose.

Mais plus intéressants sont les caractères différentiels des diverses poudres : la poudre noire se présente sous l'aspect de masses charbonneuses à contours flous entourées d'une poussière formée de grains satellites; la poudre T *bis* se présente habituellement sous forme rectangulaire translucide, on devine autour d'elle des petites poussières charbonneuses qui paraissent dues à des dépôts de plombagine.

Sur les coupes, on constate également la disposition des fumées qui ont tendance à se déposer sur les petites crêtes qui limitent les replis épidermiques. Ce sont ces fumées qui constituent l'estompage qui paraît se mélanger intimement à la zone de tatouage.

L'aspect de la collerette érosive est particulièrement net également sur les coupes histologiques. Sur les fibres dermiques à nu on trouve des dépôts dus à l'essuyage, c'est-à-dire aux crasses emportées par la balle dans son parcours le long du canon de l'arme. On voit aussi la rupture épidermique qui est nette, les assises cellulaires cessant brusquement.

L'examen histologique de l'orifice lui-même, c'est-à-dire du début du trajet de la balle, permet de voir quelquefois des débris vestimentaires sous forme de fibrilles d'étoffe. L'auteur estime que la recherche des débris vestimentaires est plus facile à faire soit à l'œil nu, soit à l'aide du microscope binoculaire.

Enfin on peut étudier la disposition de l'hémorragie autour de l'orifice d'entrée, et Piédelièvre a été frappé de ce qu'il y avait parfois des extravasations de globules rouges assez loin de la plaie; il pense qu'il s'agit de lésions indirectes dues peut-être à l'élasticité de la peau.

IV. *La question de la survie et de sa durée après le coup de feu* peut être étudiée également par les moyens histologiques.

En effet, on peut considérer que dans toute hémorragie dans les tissus (ecchymoses) il y a, après un certain temps, apparition de leucocytes. Lorsque le foyer n'est pas ouvert à l'extérieur, le sang extravasé peut être considéré comme un corps étranger aseptique et l'apparition ne se manifeste nettement que vers la quarante-huitième heure. Lorsque le foyer est ouvert, ou s'il s'agit d'un traumatisme important (fracture, écrasement, etc.), l'apparition des leucocytes peut être extrêmement rapide.

La pénétration d'un projectile peut être considérée comme entraînant un afflux leucocytaire précoce au voisinage de la plaie. Expérimentalement, sur des coupes histologiques, dans la peau de cobayes blessés d'un coup de feu, on trouve un quart d'heure après la blessure un afflux de polynucléaires suffisant pour qu'il forme des groupes. Sur une coupe faite après deux heures, l'afflux est considérable.

Certains globules blancs ont tendance à se rapprocher de la blessure elle-même, d'autres sont parvenus à la superficie du trajet de la balle. Dans une coupe faite après seize heures enfin, la paroi du trajet est tapissée de globules qui forment une barrière.

D'après les différents aspects décrits, on pourra se faire une idée du temps qui s'est écoulé depuis la blessure en se souvenant que l'apparition des premiers polynucléaires ne demande que quelques minutes de survie et qu'en une ou deux heures il peut y en avoir des quantités considérables.

Dans un dernier chapitre enfin le rapporteur résume l'*intérêt médico-légal* de l'étude des orifices d'entrée des projectiles dans la peau. Il indique qu'un certain nombre de questions se posent et peuvent être résolues pendant l'autopsie elle-même (différenciation avec une plaie banale, avec un orifice de sortie, orientation vers le suicide ou le crime, etc.), tandis que d'autres points nécessitent un examen plus complet, des recherches de laboratoire (diagnostic de la poudre de la munition, débris vestimentaires, durée de la survie).

DISCUSSION

M. Etienne MARTIN (de Lyon) rappelle les travaux qu'il a faits sur ce sujet, et insiste spécialement sur la photographie et les agrandissements photographiques des orifices d'entrée, qui permettent de mettre en valeur une série de détails, et qui permettent aussi de donner un test au magistrat.

M. CARRARA (de Turin) rappelle les expériences anciennes faites par M. Romanèse relativement à la contusion dans certains orifices de sortie des balles. Il précise que cet auteur a déterminé quelques-unes des conditions de sa production, notamment la nécessité pour la peau de reposer sur un plan d'une résistance suffisante pour amener la compression nécessaire à la production de la contusion.

M. DERVAUX (de Saint-Omer) examine minutieusement les diverses questions auxquelles l'expert doit généralement répondre dans les blessures par coups de feu.

De cette étude il ressort notamment que :

En cas d'éclatement de la région, l'appréciation est quelquefois très délicate si l'on ne retrouve pas de projectile.

L'évaluation de la distance de tir se heurte à des difficultés inhérentes au nombre des causes ainsi qu'à leur grande variété. C'est alors que l'examen des corps interposés peut être d'un grand avantage; celui du plan d'impact est aussi précieux, mais ici faut-il encore tenir compte du sertissage de la cartouche qui joue un grand rôle.

L'étude des tatouages est d'un intérêt capital, mais encore appelle-t-elle des études complémentaires, notamment en vue de déterminer la distance à laquelle la pénétration des grains de poudre n'est que superficielle; l'étude de la zone ecchymotique qui les entoure peut être d'un précieux secours.

Enfin il faudrait considérer le moment précis où, dans un tatouage, on commence à voir apparaître des grains de poudre débarrassés de leur plombagine.

COMMUNICATION

Sur les orifices d'entrée des projectiles. — M. CHAVIGNY (de Strasbourg) relate toute une série d'expériences qui lui ont permis d'étudier le mécanisme de la formation de la collerette d'essuyage.

La première explication est celle du ramonage du canon de l'arme par la balle, ce qu'on démontre en enduisant le tube de matière colorante.

Peut-on supprimer la collerette d'essuyage par un nettoyage parfait du canon et de la munition? C'est très difficile. Aussi l'auteur s'est-il adressé à une arme où la balle est propulsée par une détente d'acide carbonique. Dans ces conditions, la collerette d'essuyage existe encore, bien que moins nette.

Des examens successifs ont permis de constater que c'est la

plombagine qui recouvre toutes les balles en plomb sans exception, qui se dépose au pourtour de l'orifice d'entrée. Aussi lorsque l'on utilise comme projectiles des billes d'acier poli, on n'observe jamais les dépôts dus à l'essuyage.

COMMUNICATIONS DIVERSES

L'expertise médicale précoce dans les cas de simulation d'accidents du travail. — M. DUFOUR (de Marseille) s'étonne que la loi sur les accidents du travail n'ait pas envisagé la possibilité des supercheries. Il impute cette lacune à une étude insuffisante des conditions du travail suivant les diverses professions et les régions. L'auteur apporte l'exemple de certains dockers occasionnels qui, bien que ne travaillant pas d'une façon continue, jouissent des avantages du demi-salaire au même titre que les ouvriers travaillant régulièrement; ce sont là des conditions telles qu'elles favorisent la simulation sur une large échelle.

Si l'employeur soupçonne une supercherie, il n'a aucun moyen de demander une expertise d'urgence; il peut seulement signaler au juge de paix la nécessité d'une contre-visite médicale. Or les délais nécessaires sont trop longs pour que les constatations soient utiles, puisque le plus souvent l'amélioration des petits accidents est telle qu'on ne peut presque plus rien constater de valable.

Il apparaît donc nécessaire de combler cette lacune législative en donnant aux juges de paix des moyens pratiques et rapides d'établir l'authenticité d'un accident par une expertise médicale précoce ayant lieu dans les cinq jours au plus qui suivent l'accident.

M. BALTHAZARD (de Paris) estime la question très importante, surtout en vue de la prochaine loi sur les assurances sociales.

La question est maintenue à l'ordre du jour du prochain Congrès.

Les affections chroniques du nez et des sinus peuvent-elles déterminer des réactions psychiques, et quelle est leur importance au point de vue médico-légal? — M. VERVAECK (de Bruxelles) a observé au cours de ses expertises mentales un certain nombre de causes qui peuvent être invoquées à l'appui de l'opinion formulée récemment par Dufourmentel que les lésions chroniques du nez et des sinus peuvent s'accompagner, en dehors de réactions nerveuses et vasomotrices, de perturbations psychiques à caractère neurasthénique, notamment d'asthénie, de défaillances de la mémoire et de la volonté, d'émotivité pathologique, etc. Dans cinq cas sur neuf, l'affection nasale purulente chronique dont était atteint le prévenu pouvait être retenue comme élément causal des perturbations psychiques.

Le problème médico-légal de l'intervention de ces troubles dans la genèse du crime ou du délit est d'affirmation délicate et reste d'ordre individuel.

Fréquence des empoisonnements par les champignons secs. — M. LOP (de Marseille) fait connaître un certain nombre de cas recueillis en très peu de temps; la gravité des accidents causés par ce comestible, leur diffusion font que l'auteur demande : que la livraison de cette denrée ne puisse avoir lieu qu'après une sérieuse vérification et qu'un certificat d'origine et de vérification accompagne la mise en vente, que le Parlement vote rapidement la loi inspirée et rédigée par le docteur Azoulay pour prévenir les empoisonnements, qu'en attendant le vote du Parlement, les maires et les préfets réglementent cette vente et la subordonnent aux conditions de garanties sus-énoncées.

Maladie de Paget, fracture spontanée. — M. LOP (de Marseille) communique un cas de fracture spontanée dans cette affection peu connue par rapport à certaines autres, comme par exemple le tabes où elle se rencontre assez fréquemment.

La responsabilité patronale pourrait être recherchée et retenue chez un individu qui présenterait une fracture qui se serait produite dans des conditions identiques à celles observées par l'auteur, qui fait pourtant remarquer que dans la maladie de Paget, aussi rare qu'elle soit, les fractures sont extrêmement fréquentes.

Parasitisme et accidents du travail. — M. LOP (de Marseille) a recueilli dans son service l'observation d'un charbonnier arabe qui prétendait avoir reçu une briquette de charbon sur une jambe. Après quelques jours de soins, le pseudo-accident se règle : à travers un abcès de la fesse gauche se fait jour une filaire, puis à quelques jours de-là, au niveau de la pseudo-blessure, se forme un abcès profond dont l'incision permet de retirer une nouvelle filaire de $1^{m},25$.

L'auteur demande si la responsabilité patronale est engagée tant au point de vue des salaires que des frais médicaux et pharmaceutiques. Pour ces derniers, le patron est engagé; mais en ce qui touche les salaires, il ne s'agit pas de l'aggravation d'un état antérieur par un traumatisme, si tant est qu'il ait eu lieu. On peut, au contraire, considérer celui-ci comme un accident heureux qui a permis au sujet de se débarrasser de ses parasites.

Le nouveau Code du travail maritime et le libre choix médical. — M. LOP (de Marseille).

La goniométrie articulaire dans les expertises d'accidents du travail. — MM. BALTHAZARD et GUYOT (de Paris) présentent deux goniomètres permettant de mesurer d'une façon précise l'amplitude des mouvements articulaires : l'un est destiné au genou et au coude, l'autre aux articulations de la main et des doigts. Grâce à ces mesures exactes, il est possible d'apprécier les résultats d'un traitement mécano-thérapique, notion indispensable pour fixer la date de la consolidation des accidents du travail ou pour évaluer, lors des expertises en revision, les améliorations survenues spontanément.

Le sang dans l'intoxication sulfhydrique. — MM. BALTHAZARD (de Paris) et SAVA (de Bucarest) rappellent que la combinaison de l'hémoglobine avec l'hydrogène sulfuré en présence d'oxygène donne naissance à un pigment verdâtre qui, pour les uns, serait de la sulfhémoglobine et, pour les autres, de la thiométhémoglobine. Quoi qu'il en soit, ce pigment présente trois bandes d'absorption ; la bande moyenne et celle de droite paraissent se superposer à celles de l'oxyhémoglobine avec cette différence que celle de droite s'étale plus loin vers le violet; la bande de gauche est située dans le rouge, son maximum d'intensité étant 6 240 A.

Ce spectre n'est que la résultante de la superposition de celui de l'oxyhémoglobine à celui de la combinaison soufrée, puisque les deux dernières bandes répondent par leur déplacement ou leur disparition aux réactions bien connues de l'oxyhémoglobine. Ce spectre composé résulte de l'impossibilité d'obtenir des solutions pures d'hémoglobine soufrée.

On peut réaliser la transformation presque totale du pigment normal du sang par l'artifice suivant : la méthémoglobine en présence d'eau oxygénée donne naissance à un pigment rouge qui est transformé immédiatement en hémoglobine soufrée par l'addition de sulfure d'ammonium; dans ces conditions, seule la bande moyenne persiste très faiblement.

En réalité, le spectre de la sulfhémoglobine est constitué par deux bandes : l'une en 6 240 A, l'autre dont il est difficile de préciser la situation, étant donnée sa superposition à la bande de droite de l'oxyhémoglobine, avec toutefois un léger déplacement à droite.

La sulfhémoglobine résiste à l'action du vide profond, mais repasse à l'état d'hémoglobine au contact de l'air.

La tache verte de la putréfaction cadavérique est due au composé sulfuré hémoglobique, mais ce doit être un homologue du composé obtenu *in vitro*, ainsi que tendrait à le

démontrer la situation de la bande dans la région rouge qui est à 6170 au lieu de 6240 A.

Dans l'intoxication sulfhydrique expérimentale, jamais on ne retrouve la bande du spectre caractéristique quelle que soit la voie d'introduction de l'hydrogène sulfuré; cela montre vraisemblablement que ce gaz n'agit pas comme poison du sang, mais comme neurophile, les doses étant très inférieures à celles nécessaires pour faire apparaître le spectre spécifique.

Les ecchymoses sous-capsulaires du foie. — MM. Etienne Martin et Costedoat (de Lyon), faisant l'autopsie d'un nouveau-né étranglé par sa mère, ont observé sur les bords antérieur et postérieur du foie des ecchymoses dont la cause fut facilement rapportée à une compression antéro-postérieure criminelle signée par l'existence de coups d'ongle sur la peau de la région supérieure de l'abdomen. Ce sont là des lésions rares, car les traumatismes fermés du foie passent en général inaperçus et ne sont que des trouvailles d'autopsie. Leur intérêt médico-légal dépend de la possibilité de leur apparition chez le nouveau-né à la suite de manœuvres obstétricales ou des difficultés dystociques à travers un bassin rétréci. Il pourrait y avoir, dans certains cas, exceptionnels à la vérité, une cause d'erreur avec le traumatisme criminel utile à signaler.

M. Lattes (de Molène) rappelle un cas d'ecchymose sous-capsulaire hépatique observé par lui chez un nouveau-né après un accouchement laborieux. Il pense que c'est un fait possible par le seul mécanisme obstétrical, surtout chez l'hérédo-syphilitique.

M. Balthazard (de Paris) ne pense pas qu'il y ait là une cause d'erreur entre un acte criminel et un fait accidentel en raison des circonstances de publicité qui, dans le second cas, accompagnent le plus souvent la production des lésions.

M. Etienne Martin (de Lyon) souligne la rareté des ecchymoses allongées et importantes qu'il n'avait encore jamais observées.

M. Costedoat (de Lyon) répond que Pajot a bien indiqué l'influence étiologique du passage du fœtus dans un bassin rétréci. La syphilis doit être envisagée comme cause favorisante.

Réactions disciplinaires et mort subite dans la lithiase rénale. — M. Costedoat (de Lyon) rapporte l'observation d'un jeune soldat à l'autopsie duquel il ne trouva qu'un seul rein; l'autre était à peine développé et ne pesait que 10 grammes, il était dilaté et présentait de l'hydronéphrose calculeuse. Pendant sa vie, cet homme présenta des troubles de l'humeur et du caractère à type dépressif avec des paroxysmes sous forme d'agitation maniaque agressive. Il mourut subitement après quelques minutes de séjour dans un bain tiède. L'auteur discute en particulier les divers mécanismes possibles de cette mort subite.

Asphyxie et adrénaline. — M. Asada (de Nagasaki) constate que l'étiologie de l'asphyxie est encore obscure, car on retrouve des lésions analogues à l'autopsie des cardiaques, pulmonaires, et bien d'autres aussi. C'est dans ce but qu'il a fait étudier par M. Yosida les causes productrices des ecchymoses; ils ont vu qu'elles se montrent très exceptionnellement chez l'animal étouffé auquel on a enlevé préalablement les capsules surrénales. Autre fait curieux : elles sont plus rares en été qu'en hiver. On obtient des résultats inverses après injection d'adrénaline. Les narcotiques, la saignée diminuent les ecchymoses, qui sont au contraire intenses si, auparavant, on a injecté de l'adrénaline. Les auteurs voient là une relation de cause à effet.

Un cas médico-légal d'ascaridiose. — M. Dorolle (de Bordeaux), à l'occasion de l'autopsie d'une fillette chinoise décédée et enterrée d'une façon suspecte, a constaté que la mort était consécutive à des perforations intestinales multiples par des lombrics avec péritonite consécutive. Le nombre des vers était certainement supérieur à 315.

Sur l'ascaridiose au point de vue médico-légal. — MM. Lande et Sigalas (de Bordeaux), commentant l'observation précédente, attirent l'attention sur ce fait que des morts suspectes peuvent fort bien reconnaître comme cause la parasitisme vermineux et développent leur manière de voir au point de vue médico-légal en s'appuyant sur des considérations parasitologiques.

Attaque par les insectes de pièces anatomiques artificiellement momifiées. — MM. Lande et Grall (de Bordeaux) signalent que la momification artificielle des pièces anatomiques ne les met nullement à l'abri de la destruction par les insectes contre lesquels il faut les protéger si l'on veut éviter une destruction parfois très rapide.

Empoisonnement aigu par un sel de zinc. — M. Et. Barral (de Lyon) rapporte une observation d'empoisonnement aigu par sel de zinc qui montre les quantités assez considérables qu'il paraît nécessaire d'atteindre pour arriver à la dose toxique, étant donnée leur action émétique.

Recherches histo-chimiques sur les substances graisseuses pendant la putréfaction. — MM. Kernbach, Fisi et Berariu (de Cluj) font part des résultats actuels d'une étude qu'ils ont entreprise sur les processus de putréfaction qui montre notamment les diverses étapes successives des corps gras en rapport avec les modifications successives de la réaction du milieu.

L'autopsie médico-légale dans les accidents du travail. — M. Cavalié (de Béziers), à propos de six cas d'autopsies après exhumations pratiquées chez des accidentés du travail, soit avant, soit après la consolidation de la blessure, insiste sur la valeur probante de ces interventions qui est parfois décisive et n'est jamais négligeable.

Les délais de procédure ordinaire ont retardé plusieurs nécropsies qui n'ont pu être faites que très longtemps après, ce qui a rendu difficiles les constatations thanatologiques, et impossible l'étude histologique. Aussi serait-il désirable qu'une procédure rapide rendît presque immédiate l'autopsie des accidents du travail lorsqu'elle paraît utile à l'une ou l'autre des parties.

La répression des crimes de guerre et la médecine légale. — M. Paul Provent (de Mortain) passe en revue les difficultés d'ordre médico-légal et de police scientifique auxquelles se heurte la répression individuelle des atrocités commises pendant la guerre. Ces difficultés limitent sensiblement le champ d'action qu'on pourrait donner à une répression internationale des crimes. Il faut plutôt compter sur les progrès de la médecine légale d'armée et sur le perfectionnement de la justice militaire.

A propos d'un cas supposé d'empoisonnement par la strychnine. — M. Paul Provent (de Mortain) relate le cas d'un empoisonnement dans lequel la victime n'avait manifesté aucun des symptômes classiques de la mort par la strychnine et dans lequel un pharmacien chargé de l'expertise toxicologique avait cru pouvoir identifier cet alcaloïde par la sensation gustative et par le réactif de Mandelin, mais avait oublié l'expérimentation physiologique. L'auteur insiste sur la nécessité de ne confier les expertises toxicologiques qu'à des spécialistes compétents.

La protection de l'enfant contre l'abus de l'autorité paternelle en médecine. — M. R. Le Fort (de Lille), après avoir relaté quelques cas où les familles avaient nettement entravé les efforts médicaux ou chirurgicaux, soit par ignorance, soit même dans un but criminel, estime que la loi qui

laisse aux parents le droit de défendre les intérêts de leurs enfants est une loi sage et utile, mais elle ne doit pas pouvoir permettre d'accomplir des crimes d'autant plus lâches qu'ils sont assurés de l'impunité et que les victimes en sont des enfants.

A propos du certificat prénuptial. — M. J. Leclercq (de Lille) rappelle que le professeur Pinard a déposé sur le bureau de la Chambre un projet de loi exigeant un certificat prénuptial, et il signale que les certificats du même genre sont déjà réclamés par des familles, avant les mariages. Ce sont là des initiatives heureuses, capables d'empêcher des contaminations regrettables et d'éviter une descendance chétive et pathologique.

Mais cette question soulève, au point de vue médico-légal, des problèmes délicats et, parfois, difficiles à résoudre, relatifs au diagnostic médical, à la responsabilité du médecin, au secret professionnel. Il importe que l'attention des médecins soit attirée sur ces faits qui méritent d'être étudiés au cours d'un prochain Congrès de médecine légale.

Sévices sur les enfants, privation de nourriture. — M. Chavigny (de Strasbourg) examine les éléments d'appréciation utiles à l'expert lorsque le seul élément objectif rencontré chez l'enfant examiné est l'état de maigreur.

Les états de dénutrition infantiles sont multiples. On connaît des enfants hypoalimentés par refus de leur part (anorexie mentale).

Il faut tenir grand compte du côté psychologique et psychiatrique de l'affaire : témoins, famille, second mariage, pervers menteurs ou débiles. La mise en observation est opportune pour enregistrer *de visu* les variations pondérales sous l'influence d'un régime alimentaire normal.

Pour la résolution de quelques problèmes sur la vie et la vitalité du nouveau-né. — M. D. Macaggi (de Gênes).

La médecine du travail comme médecine publique et son rôle dans le droit international. — M. Vernarecci di Fossombrone (de Rome).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1927)

Vergetures thoraciques unilatérales. — M. Comby rapporte un cas chez un garçon de quinze ans à la suite d'une pneumopathie chronique avec dilatation des bronches du côté opposé aux lésions pulmonaires. La cause purement mécanique de ces vergetures saute aux yeux.

Aspergillose pulmonaire cliniquement primitive. Recherches expérimentales. — MM. Macaigne et Nicaud ont pu suivre pendant de longs mois une malade aspergillaire ayant présenté des hémoptysies abondantes et espacées de l'âge de vingt-six ans à l'âge de cinquante-trois ans. Les examens de crachats répétés et les inoculations n'ont jamais décelé la présence du bacille de Koch. Les filaments aspergillaires ont été trouvés constamment dans l'expectoration.

Les auteurs décrivent les formes rares actinomycosiques du parasite obtenues chez le lapin par des inoculations discrètes. Ils ont pu reproduire l'aspergillus en cultivant les organes des animaux inoculés. L'examen radiographique après lipiodol a montré de nombreuses dilatations des bronches.

Les réactions humorales dans l'aspergillose pulmonaire. — MM. Macaigne et Nicaud, en expérimentant avec des cultures d'aspergillus d'âge différent ou avec les émulsions de spores pures obtenues par filtration ou de spores dégraissées à l'alcool-éther, n'ont obtenu au 1/20, au 1/30 et au 1/50 aucune agglutination démonstrative. Le sérum des aspergillaires ne contient pas d'agglutinines.

La réaction de fixation est restée négative.

Les auteurs relatent les résultats de leur expérimentation avec les antigènes aspergillaires. Les cutiréactions donnent peu de résultats. Les intradermoréactions donnent dans l'aspergillose pulmonaire une réaction positive d'aspect nodulaire durant une quinzaine de jours.

Diabète juvénile et tuberculose. — M. Le Noir et Mlle Scherrer rapportent un cas traité par l'insuline et le pneumothorax artificiel avec très grande amélioration de diabète et arrêt de l'évolution de la tuberculose. Le cas est intéressant étant donné le pronostic habituel du diabète chez les tuberculeux.

Essai de traitement des manifestations articulaires de la blennorragie par les lysats-vaccins à gonocoques. — MM. Flandin et Duchon, ayant constaté la fragilité du gonocoque et la facilité de le lyser par le pyocyanique avec neutralisation de la gonotoxine, ont traité 14 cas de rhumatisme blennorragique de types divers. Les effets ont été des plus favorables.

A propos des notes de MM. Reilly et Rivalier et de M. Zoeller. — M. Duchon rappelle que les critiques de MM. Reilly et Rivalier portent sur une hypothèse, la neutralisation de la gonotoxine par le pyocyanique dont la déduction eut pour conséquence la neutralisation de la toxine diphtérique (admise par MM. Reilly et Rivalier), point qui seul le préoccupait alors.

M. Duchon confirme que les phénomènes de sensibilisation à un antigène peuvent aussi bien s'observer avec les lysats-vaccins.

Des faits tels que le lysat diphtérique rendu atoxique confirment qu'il y a là une transformation profonde de l'antigène qui conserve pourtant une grande puissance immunisante, et il soutient que la valeur d'un antigène doit être appréciée par la méthode classique de la mesure des anticorps et aussi par les effets thérapeutiques.

Crises d'hémoglobinurie au cours d'une néphrite chronique. — MM. A. Coyon, Louis Villemin-Clog et Mlle Brun rapportent l'observation d'un jeune garçon de quinze ans ayant présenté de l'hémoglobinurie alors que depuis quatre ans il était atteint d'une néphrite hématurique.

Devant l'existence de lésions rénales importantes et permanentes, ils croient pouvoir invoquer un processus local réactionnel de l'organisme tendant à la destruction des hématies épanchées au niveau du rein.

L'hémoglobine résultant de la lyse des globules rouges serait éliminée par le rein.

Quant à la fragilité globulaire et au pouvoir hémolytique du sérum, ils seraient en rapport avec la diffusion dans la circulation générale des hémolysines nées du processus local de défense et leur constatation ne doit pas faire écarter à priori la possibilité de l'origine purement rénale de certaines hémoglobinuries.

Tremblement mercuriel de nature organique : présence de mercure dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. Laignel-Lavastine, Crouzon, G. Dreyfus et Foulon ont observé un cas de tremblement mercuriel à type intentionnel chez un sujet travaillant depuis dix-huit ans à la fabrication de lampes à ultraviolets. La présence de mercure dans le liquide céphalo-rachidien a pu être décelée en quantité notable. Les auteurs rappellent les discussions pathogéniques qu'a suscitées la question; des trois théories, pithiatique, mixte et organique, c'est la dernière qui leur semble devoir être adoptée. Elle entraîne, au point de vue médico-légal, la

notion d'incurabilité ou tout au moins d'incapacité partielle de longue durée.

Contribution à l'étude du renforcement de l'immunité par les injections sous-cutanées de tapioca. — MM. SICARD, PARAF et WALLICH, s'appuyant sur les recherches expérimentales de J. Comandon et de G. Ramon mettant en lumière, soit les pouvoirs chimiotactiques des globules blancs vis-à-vis de l'amidon, soit le renforcement de l'immunité chez l'animal par l'injection sous-cutanée de tapioca, ont appliqué cette méthode à la clinique humaine. Ils précisent que cette thérapeutique est appelée à se substituer à celle de l'abcès de fixation térébenthiné.

Tétanos aigu guéri par sérothérapie rachidienne sans chloroformisation. — M. G. LAURÈS (de Toulon).

Crampes des oculogyres au cours de l'encéphalite épidémique (deux observations). — M. G. LAURÈS (de Toulon).

SOCIETÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA RÉGION DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

(SÉANCE DU 20 MARS 1927).

Trois cas de fièvre d'invasion tuberculeuse. — M. TESSEYRE publie trois observations d'états fébriles dans lesquels en dépit de tous les moyens diagnostiques mis en œuvre, il n'a pas été possible de déterminer de localisation organique et qui furent suivis d'un an, quatre ans, ou six mois après de tuberculoses pleuro-péritonéale dans deux cas et de coxalgie dans un autre.

Deux cas d'emploi du Mickulicz. — M. LAMARE rapporte le cas d'un jeune homme ayant subi une forte contusion abdominale et où il jugea utile de mettre au contact du tronc de l'artère sigmoïdienne moyenne, — siège d'une plaie latérale, — un Mikulicz qui fut parfaitement efficace. Au cours de l'intervention, on constata une lésion du pôle inférieur du rein. Quelques mois plus tard, le blessé revint à l'hôpital porteur d'une volumineuse tumeur du flanc gauche qui fut reconnue comme étant un hématome du pôle inférieur du rein gauche, dont les parois furent partiellement réséquées. Un nouveau Mikulicz tamponna et draina efficacement la vaste loge. Au cours de cette deuxième intervention, on vérifia l'imperméabilité de l'artère sigmoïdienne moyenne.

Au sujet d'un kyste dermoïde de l'ovaire. — M. HERIARD. Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, dont le diagnostic avait été hésitant entre appendicite ou ovarite scléro-kystique droite. A l'intervention, on trouve une double ovarite scléro-kystique. L'ovaire gauche enlevé montre à l'une de ses extrémités un kyste contenant du liquide épais analogue à de la matière sébacée. A son intérieur, et appendue à la face interne de la poche, on remarque la présence d'une dent implantée dans un fragment d'une matière ressemblant à du maxillaire. L'auteur rappelle les théories émises et se rattache dans le cas particulier à celle de Mathias Duval.

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1927)

Les virus filtrants. — M. PAULIN.

(SÉANCE DU 1er MAI 1927)

Les injections médicamenteuses intracardiaques droites dans les affections pulmonaires. — M. CHERECHEWSKI.

Fibrome et grossesse. — M. LAMARE.

(SÉANCE DU 15 MAI 1927)

Hématémèse survenant chez une fillette de trois ans : discussion du diagnostic étiologique. — M. BERTRAND.

Mycose amygdalienne. — M. DUPONT. (Présentation de cultures et de préparations microscopiques de leptotrix buccalis.)

(SÉANCE DU 29 MAI 1927)

Les infravisibles. — M. PAULIN.

Perforation du voile du palais et diphtérie. — M. PAULIN.

Thyroïdite ourlienne. — M. BERTRAND relate un cas de tuméfaction douloureuse du corps thyroïde survenant chez une fillette au premier jour d'oreillons, du reste assez sévères. Résolution en deux jours sans suppuration et jusqu'à présent sans séquelle.

Un cas de tic de Salaam. — M. BERTRAND.

A propos de la valeur prophylactique de l'anatoxine diphtérique de Ramon en milieu contaminé. — M. BERTRAND.

LIVRES NOUVEAUX

Phantastica. Les substances stupéfiantes et excitantes à l'usage des médecins et des non-médecins (1), par le professeur docteur L. LEWIN.

Une importante revue générale des diverses substances employées par l'homme en tout temps et en tous pays en raison de leur influence sur le système nerveux et sur les fonctions psychiques. Après une brève étude psychologique du besoin auquel répondent ces substances et de leur mode d'action en général, l'auteur les distingue en diverses catégories selon leurs effets : « Euphorica, Phantastica, Inebriantia, Hypnotica, Excitantia ».

On trouve ainsi dans l'un ou l'autre de ces chapitres réunies les diverses notions qui touchent ces divers toxiques les uns bien connus, auxquels sont du reste consacrées les études les plus longues; opium et morphine, cocaïne, chanvre indien, jusquiame, alcool, éther, chloroforme; d'autres qu'on range plus rarement parmi des substances susceptibles de créer une toxicomanie : benzène, véronal et somnifères divers, protoxyde d'azote, camphre, café, thé, tabac, mercure; et il semble que la psychiatrie est ici refoulée au second plan par la médecine légale et la médecine sociale; d'autres enfin inattendues parmi ces substances vénéneuses : le maté, le cacao.

Peu de substances ont échappé à l'auteur puisqu'on trouve des études assez détaillées de l'arsenicisme styrien, du kawa de l'Océanie, du bétel indien, de l'intoxication par l'amanite muscarine des Esquimaux.

R. L.

Aix-les-Bains, la cure thermale, ses principes, ses applications (2), par le docteur Armand VINCENT, médecin consultant à Aix-les-Bains.

Très intéressante monographie, très claire et pratique, dans laquelle l'auteur indique les principales indications de la cure. Il termine par un historique attachant et trop rapide.

Un véritable luxe de présentation fait de cette monographie un livre que les amateurs conserveront avec soin.

L. G.

(1) 465 pages. — Berlin, Georg Stilke.
(2) Paris, Ebener, 11 *bis*, rue de Malte.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* **48-31**

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — La chaire d'anatomie pathologique et de pathologie interne de la Faculté de médecine de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication dudit arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Boulanger (de Péronne).

Justice. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Paul, médecin légiste à Paris.

Marine marchande. — *Au grade de chevalier.* — M. Brissot, médecin sanitaire maritime.

Colonies. — *Au grade de chevalier.* — MM. Montestruc, médecin aide-major de 1re classe des troupes coloniales; Le Van Chinh, médecin de l'Assistance médicale en Indochine; Morin, médecin principal de l'Assistance médicale indigène en Afrique occidentale française.

Intérieur. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Mauté et Selle (de Paris).

Guerre. — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux de 2e classe Dusolier, Picon, Masson et Guignot.

MM. les médecins principaux de 2e classe des troupes coloniales Gallet de Santerre et de Goyon.

MM. les médecins-majors de 1re classe Masure et Ménard.

GUERRE. (Réserve.) — Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du corps de santé, et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations actuelles :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe. — M. le médecin auxiliaire Guelpa est affecté au 19e corps d'armée; M. le médecin auxiliaire Jouaffre est affecté au 10e corps d'armée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE. — Congrès international d'hygiène et cinquantenaire de la Société de médecine publique (Paris, Institut Pasteur, 25-28 octobre 1927). — Sous le haut patronage de M. Gaston Doumergue, président de la République. Présidents d'honneur : M. le docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur; M. le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Un Congrès international d'hygiène se tiendra à Paris, du 25 au 28 octobre 1927, sous la présidence de M. le professeur Léon Bernard, directeur de l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine et du Comité d'hygiène de la Société des Nations.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour :

Relations des assurances sociales et de la santé publique. — Rapporteurs : MM. Kuhn (Copenhague), Holtzmann (Strasbourg), Briau (Paris).

Facteurs de recrudescence de la variole dans le monde et moyens de les combattre. — Rapporteurs : MM. les professeurs Ricardo Jorge (Lisbonne), Jitta (La Haye) et Camus (Paris).

L'hygiène des camps d'instruction, rapport par M. le médecin inspecteur Sacquépée, professeur à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce.

Des conférences seront faites, notamment par M. le professeur Madsen, président du Comité d'hygiène de la Société des Nations (Organisation internationale de l'hygiène), par M. le professeur Nuttall, professeur à l'Université de Cambridge (Les relations de la parasitologie et de l'hygiène), par M. le professeur Ottolenghi, professeur d'hygiène à l'Université de Bologne (Quelques aspects de la question des vitamines du point de vue de l'hygiène).

Des visites concernant l'hygiène seront organisées, des films scientifiques seront projetés.

Une exposition d'hygiène, strictement technique, aura lieu à l'Institut Pasteur.

M. le Président de la République fera l'honneur aux congressistes et à leur famille de les recevoir dans les salons de l'Elysée. Deux autres réceptions auront lieu, l'une à la Faculté de médecine, l'autre à l'Institut Pasteur.

Un banquet par souscription terminera le Congrès.

Seules seront admises les communications qui auront trait aux sujets des rapports énumérés ci-dessus et dont le titre nous sera parvenu avant le 1er septembre 1927. Elles ne devront pas avoir plus de six pages (pages de 39 lignes de 52 lettres) et leur exposé ne pourra durer plus de dix minutes.

L'inscription au Congrès est gratuite pour les membres de la Société de médecine publique. Elle coûtera pour les autres congressistes une somme allant de 40 fr. (congressistes français) à 60 fr. (congressistes étrangers, frais postaux).

Les adhérents français au Congrès d'hygiène sont, en outre, avisés qu'à l'occasion de ce Congrès des démonstrations techniques intéressant les médecins militaires de l'active et de la réserve seront organisées. Les médecins de réserve qui assisteront à ces démonstrations seront considérés comme accomplissant une période d'instruction et auront ainsi droit au tarif militaire sur les chemins de fer français. Pour bénéficier de cette faveur, il leur suffira de s'adresser aux directeurs du Service de santé des régions dont ils dépendent qui recevront ultérieurement des instructions spéciales.

Les inscriptions sont reçues : pour le Congrès, par M. Dujarric de la Rivière, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, 26, rue Dutot, Paris (XVe), et pour l'Exposition, par le Comité français des expositions, 42, rue du Louvre, Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE. (Professeur : M. A. COUVELAIRE.) — *Cours élémentaire de pratique obstétricale.* — Cours élémentaire d'une durée de deux semaines, sous la direction de MM. Lacombe et Ravina, chefs de clinique, avec la collaboration de MM. Seguy, Risacher, Sureau et Bach, anciens internes et internes des hôpitaux; Hidden, ancien chef de clinique adjoint.

Première série : du 1er au 15 septembre 1927.

Deuxième série : du 1er au 15 octobre 1927.

Un jour sera réservé pour la visite détaillée du musée de la Clinique.

Droit d'inscription : 150 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Professeur : M. NOBÉCOURT.) — *Enseignement complémentaire.* — *Cours de vacances sur la tuberculose infantile.* — M. le docteur P.-F. Armand-Delille fera, avec le concours du docteur Ch. Lestocquoy, du jeudi 1er septembre au jeudi 8 septembre inclus, dans le service d'enfants de l'hôpital Hérold, sept leçons sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile, et en particulier sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Leçon chaque matin, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Hérold (place du Danube), suivie d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire. Pendant les semaines suivantes, les élèves pourront continuer à suivre les visites et les séances de radioscopie.

Prix de l'inscription : 60 fr.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIQUE. (Hôpital des Enfants-Malades. Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. OMBRÉDANNE.) — Un cours de clinique et de thérapeutique chirurgicales et orthopédiques sera fait sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, à l'hôpital des Enfants-Malades, du 14 septembre au 3 octobre avec le concours de M. Lance, assistant d'orthopédie; M. Aurousseau, chef de clinique; M. Saint-Girons, chef de laboratoire; M. Huc, ancien chef de clinique.

Tous les matins, présentations de malades au pavillon Molland, à 9 h. 1/2. Visite des salles. Opérations.

Le droit à verser est de 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

Maurice de LANGENHAGEN

Nous apprenons avec regret la mort de notre confrère Maurice de Langenhagen, médecin consultant à Plombières. Ancien élève du Val-de-Grâce, d'où il sortit premier de sa promotion, il dut après quelques années quitter l'armée pour raisons de santé. Il s'installa alors à Plombières où il acquit rapidement une réputation méritée d'excellent clinicien. Il ne tarda pas à étendre les indications de cette station en y soignant, non pas seulement les manifestations arthritiques mais aussi les affections gastro-intestinales et plus particulièrement l'entérite muco-membraneuse. Il sut tirer des douches de Plombières une précieuse ressource et soulager ainsi un grand nombre de malades pendant une trentaine d'années.

Il eut le malheur de perdre son fils unique à la guerre. Peu à peu sa santé s'altéra de plus en plus et il vient de succomber à 63 ans.

Très aimé de ses malades, très estimé de ses confrères, il laisse à tous de vifs regrets.

Nous adressons à son cousin et notre ami Paul de Langenhagen, médecin consultant à Luxeuil, notre sincère condoléance.

A. BROCHIN.

NOTES DE PRATIQUE

AZOTÉMIE DES BRIGHTIQUES

Chez les malades atteints de néphrite chronique avec gros cœur, bruit de galop, rétention azotée, etc., l'adonis agit surtout en soutenant le cœur en l'aidant à lutter contre l'obstacle artériel (sclérose vasculaire, vasoconstriction toxique) et contre le barrage rénal. L'Adonis agit comme diurétique azoturique et dans cette médication, il est indiqué de prescrire la scille en alternant avec le Diurène, extrait total d'adonis vernalis, le véritable médicament de l'azotémie.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

SYPHILIGRAPHIE ET DERMATOLOGIE

Par P. GASTINEL

SYPHILIGRAPHIE

Clinique.

La Syphilis nerveuse. (A. Sézary. Paris 1926, 208 pages; Masson.) — Cette monographie coordonne et résume les recherches que l'auteur poursuit depuis vingt ans sur la syphilis nerveuse. On connaît tous les travaux de Sézary sur la méningite que révèle la ponction lombaire chez les syphilitiques; elle lui paraît être un témoin et non la cause des lésions nerveuses, parenchymateuses qu'elle accompagne. « Elle n'est pas l'ancêtre commun d'où celles-ci dérivent; et ne mérite pas d'être la préoccupation de certaines méthodes thérapeutiques qui ont tenté d'agir directement sur elle par voie intrarachidienne. »

L'auteur consacre des chapitres documentés à l'étiologie et à la pathogénie de la syphilis nerveuse, notamment de la syphilis artérielle, de la paralysie générale et du tabes. Il traite en un clair exposé de la question si actuelle de l'existence d'un virus neurotrope ainsi que de l'évolution des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien et du sang chez les paralytiques généraux non traités.

Enfin, Sézary envisage l'étude de la syphilis multiloculaire et les rapports de la sclérose en plaques avec l'infection tréponémique.

Signalons les pages substantielles consacrées à la thérapeutique de la neuro-syphilis par l'arsenic, le bismuth et la médication arséno-bismuthique.

Ce livre sera lu avec le plus grand intérêt, non seulement par les syphiligraphes, mais aussi par tout médecin soucieux de connaître l'état actuel d'une question si importante de pratique journalière.

Contribution à l'étude clinique de la syphilis spinale inférieure avec xantochromie. (G. Aboulker. *Th. d'Alger*, 1927; Imprimerie Moderne.) — De ce travail très consciencieux où il étudie toutes les observations recueillies dans la littérature médicale, l'auteur formule les conclusions suivantes :

Au point de vue nosographique, la syphilis spinale inférieure avec xantochromie doit être séparée de la syphilis médullaire haute.

Cliniquement, elle est un type de transition entre les affections médullaires et les affections radiculo-névritiques par l'association intime de symptômes d'ordre périphérique et de symptômes d'ordre pyramidal.

Biologiquement, elle présente un syndrome très particulier : liquide céphalo-rachidien xantochromique et hyperalbumineux, syndrome de Froin ou bien encore dissociation xanto-albuminique.

Ces caractères liquidiens sont dus plus à « des lésions vasculaires dans une séreuse enflammée » qu'à la « cavité close ».

La syphilis spinale inférieure peut créer un arrêt du lipiodol sous-arachnoïdien, par adhérences méningées.

Son pronostic, excellent si la thérapeutique est mise en œuvre précocement, est mauvais si le traitement est tardif.

Sur les endocrinides angio-neurotrophiques de la syphilis et en particulier sur l'érythromélie de Pick. (Audry. *Ann. de dermat. et de syphil.*, juillet 1926, t. VII, n° 7.) — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de quarante ans, ancienne syphilitique non traitée; les placards d'érythème occupaient la face, les mains, les avant-bras, le dos des pieds; l'épiderme offrait un amincissement considérable. La réaction de Bordet-Wassermann était positive dans le liquide céphalo-rachidien. La malade mourut de grippe; à l'autopsie on trouva des altérations des reins, du foie et des ovaires.

Audry considère l'érythromélie comme une des endocrinides angioneurotiques de la syphilis.

Trois formes larvées de la syphilis pleuro-pulmonaire (avec 12 figures dans le texte). (M. Letulle et J. Dalsace. *Ann. de dermat. et de syphil.*, mars 1927, t. VIII, p. 129-163.) — Les lésions spécifiques du poumon évoluent d'ordinaire, sinon à l'état latent, du moins sous une forme larvée. Souvent même l'examen nécropsique les laisse échapper ou les méconnaît.

La syphilis attaque l'appareil respiratoire par îlots souvent disséminés et peu volumineux.

Les foyers syphilitiques frappent plutôt l'écorce et respectent les zones centrales.

La cortico-pleurite spécifique s'accompagne de lésions scléro-gommeuses macroscopiques. La pneumonie ardoisée syphilitique rappelle à première vue la tuberculose, mais les caractères histo-pathologiques s'y groupent d'une façon si accentuée, les mutilations de la séreuse y sont tellement profondes ainsi que celles des lobules adjacents (poumons ficelés) que là encore le microscope parvient sans trop de peine à grouper un nombre de traits différentiels suffisants pour asseoir le diagnostic.

Cf. — La syphilis broncho-pulmonaire; état actuel de nos connaissances anatomo-pathologiques. (De Jong. *Ann. d'anat. pathol.*, 1926, t. III, p. 153-236.) — Très important travail de synthèse et de critique qui doit être consulté par tous ceux qui s'intéressent aux discussions dont est l'objet la syphilis du poumon.

Contribution à l'étiologie des nodosités juxta-articulaires de Jeanselme-Lütz. (Y. Olessov. *Ann. de dermat. et de syphil.*, janv. 1927, t. VIII, p. 22-33.) — Des observations faites par l'auteur en Russie centrale l'amènent à reconnaître la syphilis comme cause première de ces manifestations.

Nodosités juxta-articulaires syphilitiques des deux genoux chez une Française n'ayant jamais quitté la France. (Gougerot et Le Conia. *Bruxelles méd.*, 26 juin 1924.) — La syphilis, le pian, les mycoses peuvent être reconnus comme facteur étiologique de ces nodosités, mais c'est à la syphilis qu'il faut en Europe penser tout d'abord. Dans l'observation rapportée le traitement arsenical amena rapidement la guérison.

Syphilis évolutive à sérologie muette. (Ch. Laurentin. *Ann. de dermat. et de syphil.*, mars 1927, t. VIII, p. 213-219.) — Il existe des syphilis cliniquement évolutives à réaction de Wassermann négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Ces cas sont exceptionnels, mais ils peuvent être observés à tous les stades de la syphilis et dans toutes ses formes.

Réactions humorales.

La réaction de Wassermann dans la syphilis du lapin. (R. D. Herrold. *Journ. inf. Dis.*, avril 1926, t. XXXVIII, p. 290.) — Dans la moitié des cas examinés les sérums se sont montrés très positifs deux mois après l'inoculation virulente. Pendant les deux mois suivants ils se sont maintenus positifs pour devenir ensuite négatifs. Certains d'entre eux ont fourni une nouvelle séro-réaction positive au bout de trois cent à cinq cents jours. Dans d'autres cas l'apparition de l'orchite spécifique ne s'accompagnait d'une séro-réaction que légère ou éphémère. Plusieurs fois, enfin, la réaction de Bordet-Wassermann est demeurée négative pendant toute l'observation.

A propos de la réaction de floculation de Dujarric-Gallerand. (Kossovitch. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1926, t. XCIV, p. 1240.) — Les auteurs de la réaction associent la teinture de benjoin de Sumatra à un extrait alcoolique de cœur. Les résultats concordent avec ceux de la technique de Bordet-Wassermann et ceux de la technique modifiée de l'Institut Pasteur.

Etude sur la réaction de Lange modifiée (technique de Sicard et Haguenau). (G. Guillain, G. Laroche et P. Léchelle. *C. R. de la Soc. de biol.*, 6 fév. 1926, t. XCIV, p. 324.) — Les auteurs ont examiné soixante-quatorze liquides céphalo-rachidiens par cette méthode. Elle ne leur paraît pas être un critérium humoral absolu de la paralysie générale; elle peut être positive dans d'autres formes de la syphilis nerveuse et même dans la sclérose en plaques, les tumeurs cérébrales, l'encéphalite épidémique.

L'application des réactions d'opacification au séro-diagnostic de la syphilis. (Mutermilch. *Presse méd.*, 1er sept. 1926, p. 1108.) — Meinicke a mis au point un procédé d'opacification très simple et très sensible pour le diagnostic de la syphilis.

La Conférence internationale sérologique de Copenhague, après avoir étudié comparativement la réaction de Meinicke et les diverses autres techniques, conclut qu'il est recommandable de pratiquer cette réaction à côté de celle de Wassermann et au même titre que les réactions de floculation.

Mutermilch, de son côté, a étudié parallèlement sur trois cents sérums les réactions de Meinicke et de Bordet-Wassermann. Il a de plus cherché à préparer un antigène analogue à celui de Meinicke et qui donne les mêmes résultats que le produit original allemand.

Bien que l'auteur estime que la réaction de Meinicke ne peut remplacer celle de Wassermann, il la recommande aux médecins et aux petits laboratoires de province ou des colonies éloignés de tout centre outillé et se trouvant dans l'impossibilité de faire la réaction de fixation de l'alexine; il la recommande aussi aux grands laboratoires qui doivent toujours associer l'emploi simultané de plusieurs techniques.

Sérologie moderne de la syphilis. (Meinicke. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct. 1926, t. XL, p. 876.) — Article où l'auteur expose les diverses techniques qu'il a proposées pour remplacer ou compléter la réaction de Wassermann par des méthodes de floculation. Il est d'un ordre trop technique pour pouvoir être analysé ici, nous y renvoyons le lecteur.

Les poussées temporaires de la réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis tardive. (A. Sézary, J. Pernet et L. Gallerand. *Presse méd.*, 2 juillet 1927, p. 833.) — Ces poussées s'observent assez souvent chez des syphilitiques atteints d'une lésion viscérale en évolution. L'infection syphilitique joue un rôle important dans leur pathogénie; elle dicte la conduite thérapeutique. Même en l'absence de tout signe clinique, même si la ponction lombaire décèle un liquide céphalo-rachidien normal, il faut appliquer un traitement intensif et prolongé. La séro-réaction peut ainsi devenir négative et s'y maintenir. Lorsque la réaction demeure positive le pronostic doit être réservé et on doit craindre le développement d'une lésion viscérale grave.

Traitement.

Mode de résorption et mécanisme d'action du bismuth dans la syphilis expérimentale. (Levaditi, Nicolau, Mlle Schœn, Girard et Mlle Manin. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet 1926, t. XL, p. 541.) — De ce considérable travail expérimental, les auteurs formulent les conclusions suivantes : la résorption du bismuth administré par voie intramusculaire est en fonction de sa solubilité. Alors que les dérivés insolubles persistent pendant longtemps dans le muscle injecté et ne se résorbent que lentement et progressivement, les composés solubles sont assimilés rapidement et ne donnent lieu qu'à un dépôt métallique insignifiant. Leur élimination brusque et massive peut provoquer des altérations rénales qui ne s'observent jamais chez les animaux traités par un sel bismuthique insoluble.

Les composés insolubles de bismuth ne sont résorbés qu'après solubilisation préalable au contact des tissus. Ainsi solubilisés les dérivés contractent des liaisons avec des matières protéiques tissulaires et forment des composés protéo-bismuthiques où le bismuth se trouve dissimulé. C'est sous cette forme dissimulée que le métal circule dans l'organisme et qu'il s'élimine par le rein.

Le rôle de la phagocytose dans la résorption locale du bismuth semble plus effacé qu'on ne serait porté à le croire. Les globules blancs, les cellules fixes et les endothéliomes phagocytent les particules de bismuth, mais il est peu vraisemblable que les cellules phagocytaires assurent la circulation du bismuth dans l'organisme. Tout porte à penser que les phagocytes, quels qu'ils soient, en englobant le métal le fixent sur place et contribuent à la formation du dépôt bismuthique dont dépend en grande partie le succès de la bismuthothérapie continue et efficace de la syphilis. Ce dépôt est incomparablement plus abondant lorsqu'on emploie les sels insolubles. Le tissu musculaire les retient pendant de longs mois et ne les libère qu'avec lenteur. L'organisme se trouve ainsi continuellement en présence de quantités relativement minimes d'un composé organo-métallique à bismuth dissimulé, composé dont l'élimination progressive respecte l'intégrité fonctionnelle du filtre rénal. Or, ces quantités minimes suffisent pour assurer à chaque instant la destruction du tréponème. Cette destruction, sous l'influence du bismuth, apparaît comme un processus lytique où des traces de métal semblent remplir le rôle d'un catalyseur par rapport aux principes spirochéticides que l'organisme infecté élabore à un moment donné.

Action tréponémicide de l'or et du platine. (Levaditi, Girard et Nicolau. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1925, t. CLXXXI, p. 163.) — Les auteurs ont constaté l'action tréponémicide de l'hyposulfite double d'or et de platine (sanocrysine) chez le lapin.

L'hyposulfite double d'or et de sodium dans le traitement de la syphilis. (Fournier et Mollaret. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1925, t. CLXXXI, p. 943.) — Les auteurs ont vérifié dans la syphilis humaine les résultats expérimentaux. A la

dose voisine de 1 gramme (dans les muscles ou les veines), l'hyposulfite amène la disparition des tréponèmes, la cicatrisation des lésions, l'atténuation ou la disparition des réactions sérologiques; mais ce corps peut provoquer des réactions générales, des accidents cutanés, parfois de l'albuminurie.

Mécanisme de l'action tréponémicide du tellure. (LEVADITI et NICOLAU. *Soc. de biol.*, 4 déc. 1926.) — Entre autres déductions, les auteurs mettent en évidence que deux facteurs assurent la destruction du tréponème au niveau du chancre chez les sujets traités au tellure : *un facteur primaire*, la présence du métal en quantités infinitésimales là où la lutte s'engage; *un facteur secondaire*, les moyens de défense de l'organisme parmi lesquels au premier plan la phagocytose dont l'efficacité est exagérée par le métal (action catalytique).

Le tellure, nouvel élément agissant curativement dans la syphilis. (LEVADITI, M. et Mme NICOLAU, Mlle Y. MANIN. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril 1927, t. XLI, p. 369-442.) — Ce très important travail échappe à l'analyse. Les auteurs étudient l'action d'une série de dérivés telluriques sur le *Treponema pallidum*, le *Spirochæta cuniculi*, le *Spirochæta gallinarum*, le *Spirillum duttoni*, le Trypanosome de Nagana.

De l'ensemble de leurs recherches, les auteurs concluent que le tellure doit être compris parmi les éléments agissant curativement dans la syphilis expérimentale.

Le tellure dans le traitement de la syphilis humaine. (L. FOURNIER, LEVADITI et GUÉNOT. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril 1927, t. XLI, p. 443-457.) — Les auteurs ont administré le tellure dans quarante cas de syphilis à ses diverses périodes sous quatre formes : le *tellure métallique*, le *trioxyde de tellure*, le *bi-iodure de tellure*, l'*iodo-tellurate de quinine*. Le tellure-élément fut administré en injections bi ou tri-hebdomadaires de 1/2 centimètre cube d'une suspension huileuse à 10 p. 100; l'oxyde et le bi-iodure de tellure en injections bi-hebdomadaires de 1 centimètre cube de suspension à 10 p. 100; l'iodo-tellurate de quinine à la dose de 1 à 2 centimètres cubes deux fois par semaine. Le nombre des injections a varié de 5 à 10. De leurs recherches les auteurs concluent :

« Le tellure exerce dans la syphilis humaine une action thérapeutique puissante à la fois clinique et sérologique, se traduisant par la guérison des accidents spécifiques et la négativation de la réaction de Wassermann, quand on l'administre à doses suffisantes et d'une façon massive. Toutefois, cette action a été moins rapide que celle de l'arsenic et du bismuth. Nous n'avons pu, il est vrai, intensifier le traitement et augmenter les doses de tellure injectées en raison des accidents désagréables produits par cet élément. A des doses plus faibles, ces inconvénients sont moins prononcés, mais l'action thérapeutique, encore suffisante cliniquement chez beaucoup de malades, est imparfaite au point de vue sérologique; les rechutes sont nombreuses. Si l'on prolonge la série d'injections, les inconvénients s'accentuent et nécessitent l'interruption de traitement. L'emploi simultané de tellure et de bismuth ou de l'arsenic, ne donne guère de meilleurs résultats thérapeutiques et laisse subsister les inconvénients du tellure.

Il est à désirer que l'on parvienne à remédier à ces inconvénients qui ont apporté une gêne considérable à l'étude du pouvoir antisyphilitique du tellure et qui ne lui permettraient pas, dans l'état actuel, de prendre place dans le traitement courant de la syphilis humaine.

DERMATOLOGIE

Pathologie générale.

Contribution à l'étude pathogénique des dermatoses. (B. DUJARDIN et N. DECAMPS. *Ann. de dermat. et de syphil.*, nov. 1926, t. VII, p. 629-641.) — Ce très intéressant mémoire montre que, outre l'anaphylaxie locale ou l'allergie et les actions pexiques, il faut tenir compte dans la pathogénie des réactions cutanées, des états humoraux semblables à l'état d'anaphylaxie, mais s'installant d'emblée, des hétéro-allergies et de l'hyperpexie.

Ces causes, parmi d'autres certainement encore inconnues, additionnent leurs effets et permettent de saisir les raisons de l'étonnante résistance à la thérapeutique de certaines réactions cutanées et de leur tendance à la chronicité et aux récidives.

L'herpès expérimental humain : I. L'inoculabilité du virus herpétique; II. Le virus herpétique dans l'organisme humain; III. Considérations pathogéniques. (P. TEISSIER, P. GASTINEL et J. REILLY. *Journ. de physiol. et de path. gén.*, 1926, t. XXIV, n° 2.) — Dès 1922, les auteurs ont réalisé la transmission de l'herpès à l'homme, démontrant que l'herpès est auto et hétéro-inoculable et que les lésions de réinoculation sont à leur tour réinoculables en série. Poursuivant pendant plusieurs années leurs recherches et opérant sur un nombre considérable de sujets (400), ils ont essayé de mettre en évidence certaines variations de la réceptivité expérimentale.

Comme matériel d'inoculation, Teissier, Gastinel et Reilly ont renoncé à se servir d'un virus passé sur le lapin : par ce passage il perd son pouvoir pathogène pour l'homme. Il faut utiliser le virus humain, soit fraîchement prélevé (sérosité de vésicules jeunes), soit conservé à la glacière dans de la glycérine. Cette technique de conservation permet une large expérimentation. La réceptivité de l'homme est très étendue, beaucoup plus même qu'on ne pourrait le soupçonner d'après l'existence d'éruptions spontanées. L'inoculation est faite par scarifications légères; trois jours après surviennent des vésicules herpétiques caractéristiques, sans réaction générale. Les lésions expérimentalement provoquées sont, à leur tour, inoculables, soit sur le porteur, soit sur d'autres sujets.

Les auto-inoculations échouent après quatre à sept passages, soit que le virus perde sa virulence pour son hôte sans que celui-ci ait acquis l'immunité vis-à-vis d'une autre souche herpétique, soit qu'une phase réfractaire transitoire survienne à un moment donné, le sujet étant devenu insensible à son propre virus et aux souches étrangères.

Les hétéro-inoculations ont mis très nettement en évidence que bien des sujets offrent une sensibilité spéciale à l'herpès expérimental sans cependant qu'ils soient souvent affectés d'herpès spontané. La réceptivité est entière chez le jeune enfant malgré la rareté de l'herpès à cet âge; elle est, au contraire, moins accentuée chez le vieillard. La sensibilité à l'égard du virus est exagérée à la période d'état et surtout à la phase critique des infections aiguës dont l'évolution habituelle s'accompagne très généralement de poussées herpétiques (pneumonie, méningite cérébro-spinale, érysipèle); elle est, par contre, amoindrie dans les infections où l'herpès spontané fait défaut (fièvre éruptive, notamment pendant la période de l'exanthème).

Malgré des inoculations réitérées, l'homme ne présente pas d'immunité à l'égard du virus herpétique, et les auteurs n'ont pu déceler de modifications humorales.

L'étude du virus dans l'organisme humain est très controversée. Les expériences de Teissier, Gastinel et Reilly n'ont permis de le retrouver ni dans le sang, ni dans le liquide céphalo-rachidien.

Rien n'autorise à admettre que l'herpès récidivant relève d'un virus spécial. Les récidives paraissent liées à la survie du virus dans les régions atteintes, probablement dans un segment de système nerveux périphérique pouvant aller du territoire cutané aux régions médullaires, comme en témoignent les troubles nerveux et les réactions du liquide céphalo-rachidien.

Les faits expérimentaux n'expliquent pas l'apparition des

herpès spontanés. Peut-être l'homme contaminé par voie muqueuse ou cutanée devient-il porteur de virus latent jusqu'à ce que survienne une cause capable de déterminer la manifestation clinique. Cette théorie présuppose l'ubiquité du virus; or, elle n'est nullement démontrée. Ainsi Doerr, Nœgeli ont-ils invoqué l'origine autogène du virus prenant naissance dans les cellules troublées fonctionnellement. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, parmi les causes provocatrices de la poussée d'herpès, les perturbations humorales (choc protéinique d'origine microbienne ou toxique) sont au tout premier plan. L'étude de l'herpès expérimental humain souligne tout ce qu'a d'incertain l'histoire des ultravirus placés aux limites des règnes animés et inanimés.

Clinique.

Les recherches sur l'étiologie du lupus érythémateux depuis vingt ans (Revue générale). (A. Civatte. *Ann. de dermat. et de syphil.*, août 1926, t. VII, p. 465.) — L'auteur passe en revue dans ce travail critique les arguments en faveur de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux : preuves tirées de la statistique, coexistence et concordance du lupus érythémateux et de la tuberculose; preuves expérimentales et bactériologiques.

L'auteur montre que, malgré ces arguments, bien des questions demeurent en suspens pour expliquer l'allure clinique et la structure histologique de cette tuberculose cutanée atypique. Civatte, enfin, étudie les étiologies invoquées en dehors de la tuberculose pour expliquer le lupus érythémateux: lupus provoqué par des lésions du ganglion lymphatique; lupus produit par l'action des rayons lumineux sur des substances toxiques contenues dans le tégument; lupus relevant d'une infection streptococcique.

Nombreuses sont les objections que l'on peut faire également à ces diverses théories, et il est probable que les recherches bactériologiques modernes sur les bacilles de Koch à virulence atténuée permettront de ratifier l'opinion de Besnier sur la nature tuberculeuse du lupus érythémateux.

Le traitement du lupus érythémateux par le novarsénobenzol. Les résultats, l'intolérance spéciale, la sérologie. (P. Ravaut et Bocage. *Ann. de dermat. et de syphil.*, déc. 1926, t. VII, p. 657-674.) — Nous rapporterons ici les conclusions des auteurs :

« En présence d'un malade atteint de lupus érythémateux il est indiqué de commencer son traitement par des injections intraveineuses de novarsénobenzol. Les résultats globaux montrent que, chez un tiers des malades, nous avons obtenu une disparition complète ou presque complète des lésions; chez un second tiers une amélioration très notable; pour le troisième, le traitement a été abandonné, soit en raison de phénomènes d'intolérance, soit en raison de l'insuffisance thérapeutique, soit parce que les malades ont été perdus de vue. Il est parfois nécessaire de prolonger assez longtemps le traitement avant de se prononcer sur ses effets.

Le traitement arsenical peut être aussi bien appliqué aux formes fixes du lupus qu'aux formes migrantes.

Les malades atteints de lupus érythémateux supportent mal en général les injections intraveineuses de novarsénobenzol. Les réactions peuvent être immédiates ou tardives et sont difficilement évitées; elles nécessitent une grande prudence dans la progression des doses et leur répétition. Elles nous paraissent en rapport avec un état humoral spécial à cette catégorie de malades.

L'étude sérologique nous montre que, sur vingt-deux malades, huit fois la réaction de Bordet-Wassermann (y compris un cas de réactivation) oscille de fortement à faiblement positive. »

Le purpura annularis teleangiectode de Majocchi. (F. Balzer. *Ann. de dermat. et de syphil.*, oct. 1926, t. VII, p. 529.) — Par ses symptômes, sa marche, ses lésions anatomiques, le purpura annularis se rapproche des tuberculides, et pour l'étiologie un certain nombre d'observations semblent nettement positives à cet égard. Cependant une autre opinion attribue à des causes diverses le purpura annularis et principalement à un processus toxi-infectieux; mais aucune démonstration n'en a été fournie. L'auteur se demande si les notions nouvelles sur le virus tuberculeux filtrant ne pourraient expliquer la pathogénie du purpura de Majocchi.

Des recherches nouvelles doivent être dirigées dans cette voie.

Creeping Disease. (E. Cazenave. *Ann. de dermat. et de syphil.*, mars 1927, t. VIII, p. 164-177.) — Des faits disparates sont groupés sous le terme de Creeping Disease. Trois groupes de cas doivent être distingués : 1° la forme européenne et africaine correspondant à la description de R. Lee, maladie rare à lésions presque toujours uniques est causée par un petit parasite de 1 millimètre de long qui semble être une larve de mouche, peut-être de gastrophilus; 2° un type observé au Japon où le sillon quelquefois ramifié semble indiquer que le parasite paraît revenir sur ses pas, celui-ci est un nématode rougeâtre de 1 centimètre de long; 3° le type américain (observé en Floride) qui paraît être dans ce pays extrêmement fréquent; les lésions très nombreuses sur le même malade apparaissent presque simultanément quelques heures après l'infection et sont causées par un petit ver de 1/2 millimètre de long qui n'a pu être découvert que sur les coupes en série de la peau.

Le traitement des kerion et de certaines folliculites tricophytiques par des injections intraveineuses de solution de lugol. (P. Ravaut, Duval et Rabeau. *Ann. de dermat. et de syphil.*, juin 1927, t. VIII, p. 326.) — Il est possible de guérir d'une façon constante les folliculites tricophytiques suppurées ou simplement inflammatoires, en quinze à trente jours, par injections intraveineuses de solution de lugol.

Les injections intraveineuses de lugol agissent d'autant mieux que les lésions sont plus inflammatoires. Cependant, dans des formes de tricophytie cutanée érythémato-squameuse ou de mycoses, de nombreux auteurs ont obtenu des résultats intéressants par l'emploi de cette méthode.

Réactions allergiques et thérapie spécifique dans les dermatomycoses. (*Giorn. ital. di dermat. e sifil.*, juin 1926, t. LXVIII, p. 3.) — Pratiquant l'intradermoréaction avec un filtrat de la culture du malade ou avec la tricophytine de commerce, sur 50 formes superficielles, le résultat ne fut positif que 6 fois. Sur 14 cas de tricophytie profonde (kerion, sycosis), 7 donnèrent une intradermoréaction positive.

L'état allergique est donc plus fréquent dans les teignes profondes.

Le traitement spécifique avec la toxine tricophytique ne donne aucun résultat dans les formes superficielles; on note, au contraire, dans les formes profondes une diminution rapide des nodules. C'est une technique adjuvante précieuse à associer au traitement externe.

Le prurit périnéal. Etude clinique, étiologique et thérapeutique. (Léon Huet. *Th. de Paris*, 1927.) — Travail de mise au point très complet avec importante contribution personnelle.

Après avoir insisté sur les causes prédisposantes et occasionnelles du prurit ano-génital, Huet montre qu'il faut avec minutie chercher les causes déterminantes. Souvent l'examen au spéculum, l'urétroscopie, la rectoscopie sont nécessaires pour découvrir certains facteurs locaux. Le prurit peut être un signe d'alarme d'un néoplasme viscéral. Un rôle important, enfin, est dévolu à la syphilis et à l'hérédo-syphilis, et il convient d'y songer en présence de tout prurit dit « essentiel ».

Nous ne pouvons analyser ici le long et substantiel cha-

pitre consacré à la thérapeutique du prurit anal : à retenir l'importance de la psychothérapie, la cure hydro-minérale (La Roche-Posay, Saint-Gervais), le rôle des agents physiques (douche filiforme, effluvation de haute fréquence, rayons ultraviolets, etc.); enfin, le médecin doit varier les applications locales dont le judicieux emploi produit souvent de notables améliorations : goudron, nitrate d'argent, liniment oléo-calcaire, etc.

Lichen plan. — La question du lichen plan vient d'être l'objet d'une discussion intéressante à la Réunion dermatologique de Strasbourg, sous la présidence du professeur Pautrier (12 juin 1927). Nous ne pouvons que signaler très brièvement ici les points principaux, surtout d'ordre pratique.

M. Sabouraud a rappelé que la lésion essentielle de lichen plan consiste en un infiltrat de cellules mononucléaires occupant le corps papillaire. Cet infiltrat élargit les papilles et constitue un nodule sous-épidermique qui est la papule.

MM. Pautrier et Diss montrent la présence d'éléments nerveux et la prédominance pathogénique des lésions nerveuses dans la papule de lichen plan.

La thérapeutique du lichen a été très discutée. M. Pautrier signale que si les combinaisons d'arsenic organique (type novarsénobenzol) sont souvent très efficaces, elles sont susceptibles de créer de toutes pièces un lichen jusque-là inexistant (observation de lichen survenu chez des syphilitiques soumis à une cure novarsénicale). L'auteur préfère l'emploi de la radiothérapie médullaire du sympathique.

Le bromure de sodium a été utilisé en injections intraveineuses par M. Hubschmann (de Prague) : résultats satisfaisants (4 cas).

Le traitement par la radiothérapie a été précisé dans ses indications et techniques par une série d'auteurs : Gouin et Bienvenu, Louste, Lévy-Franckel et Juster, Gawaloski (de Prague), Pautrier. Ce dernier rapporte une importante statistique de 35 cas. Il y eut 8 échecs complets; 13 cas de guérisons en une seule séance et 9 après deux séances. L'auteur estime qu'il n'est pas possible à l'heure actuelle de préciser le mode d'action des rayons X.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 21 MARS 1927)

Présentation de malades. — M. Ponroy présente un grand blessé de guerre atteint d'une perte de substance du maxillaire inférieur, appareillé par lui.

M. Duclos montre une malade appareillée par la prothèse de contention (technique de M. Beliard) pour une pyorrhée sévère et rebelle à la thérapeutique médicamenteuse.

Radiographies successives avec index métalliques au cours de la recherche chirurgicale des corps étrangers. — MM. Lemaitre et Ponroy. Technique ingénieuse facile à mettre en œuvre et d'un grand intérêt pratique.

Névralgie faciale et stomatologiste. — M. Boissier rapporte avec esprit deux cas de névralgie faciale qu'il oppose : l'une d'origine paludéenne, l'autre de cause dentaire.

Lithiase du canal de Wharton et sous-maxillite chronique gauche. — M. Thesée (de Brest) a eu l'occasion de faire opérer par M. Pouliguen un malade âgé de cinquante-deux ans, atteint de lithiase infectée de la glande sous-maxillaire. Cette communication est l'objet d'une vive discussion à laquelle prennent part MM. Lemaitre, Bercher, Coustaing, Maurel, Gornouec. M. Merville rapporte l'observation d'un petit calcul du canal de Wharton avec radiographie.

(SÉANCE DU 25 AVRIL 1927)

Dentome radiculaire sur une molaire inférieure. — M. Ginestet rapporte l'observation d'un malade porteur d'un dentome radiculaire sur une molaire inférieure extraite pour ostéophlegmon.

Traitement chirurgical de la névralgie faciale essentielle. — M. Bourguet expose sa technique opératoire qui consiste dans la section de la racine sensitive du trijumeau (neurotomie rétrogassérienne) et respecte la racine motrice; elle évite des troubles parésiques consécutifs.

Note sur l'emploi du lipiodol dans le diagnostic des affections des maxillaires. — M. Bercher montre l'intérêt de l'injection de lipiodol dans les affections des maxillaires. Ce procédé fixe le diagnostic et montre l'étendue des lésions d'une appréciation souvent difficile par la radiographie habituelle surtout au maxillaire supérieur. Il rend la lecture des stéréogrammes intra ou extrabuccaux plus facile.

(SÉANCE DU 16 MAI 1927)

Présentation d'une malade guérie d'une ostéite syphilitique de la mandibule par M. Richard. — Cet auteur rapporte, en outre, l'observation d'une fracture pathologique du maxillaire inférieur, il s'agit d'un tabétique.

Angiome de la lèvre supérieure traité chirurgicalement. — M. Dieulafé (de Toulouse) insiste surtout sur l'excellence du résultat du point de vue esthétique.

Quatre cas de fractures des maxillaires par balle. — M. Gustave Ginestet. Observations détaillées avec radiographies.

Anomalie rare de dent de sagesse. — M. Herpin. Il s'agit d'une anomalie morphologique; la dent de sagesse supérieure gauche est constituée par deux denticules, l'un vestibulaire, l'autre palatin.

REVUE DES THÈSES

Recherches bactériologiques et cliniques sur la thérapeutique alliacée totale en gastro-entérologie (1), par le docteur R. Delvaille.

La thérapeutique alliacée donne des résultats variables souvent insuffisants parce que seule est active l'utilisation de fortes doses d'allium sativum et que ces fortes doses ne sont pas tolérées.

Or, la concentration sur un charbon activé de tous les principes actifs de l'allium frais représente le moyen thérapeutique d'agir efficacement, c'est-à-dire, par les hautes doses indispensables. Cette forme nouvelle de la médication alliacée est sans inconvénient.

Les principes actifs ainsi présentés sont libérés progressivement dans l'organisme. Ils sont bien tolérés et peuvent exercer leur activité d'une façon continue.

Cette méthode d'administration scientifique et pratiquement inodore de l'allium sativum a été étudiée par le docteur Delvaille et cet auteur a pu ainsi se rendre compte d'une façon précise de la valeur thérapeutique véritable de l'allium. C'est ainsi que M. Delvaille observe que l'ail total concentré possède des propriétés anti-diarrhéiques tout à fait remarquables et une action anti-putride sur l'intestin, supérieure aux autres médications y compris la médication lactique.

L'auteur, interne à l'hospice de Brévannes, a fait des

(1) *Th. de Paris*, 1927. — Paris, Michaut et Brocquet, 39, rue Saint-Antoine.

recherches à la fois bactériologiques et cliniques qui ont abouti aux conclusions suivantes :

1° Les diarrhées fonctionnelles symptomatiques ou non d'entérites banales, disparaissent rapidement par l'action de l'ail total concentré ;

2° Les diarrhées organiques (ulcérations, tumeurs, lésions bacillaires) ne sont pas directement influencées, seul l'élément putride surajouté est atténué ;

3° L'examen bactériologique des selles diarrhéiques chez les malades ainsi traités, montre la disparition de la flore pathogène bleue à gram positif et son remplacement par la flore rouge favorable à gram négatif (flore de guérison). Le milieu intestinal est rendu impropre à la vie des germes morbides ;

4° En outre, l'ail total concentré est un bon stomachique, ramène l'appétit, stimule la digestion de l'estomac, calme les douleurs ;

5° Enfin, le médicament est hypotenseur et modificateur des sécrétions bronchiques.

La posologie à utiliser dans ces indications est la suivante :

Ail total concentré (allisatine) : deux à trois comprimés dragéifiés, trois fois par jour aux repas.

Contribution à l'étude de la belladone et en particulier de ses alcaloïdes totaux (bellafoline) dans les états parkinsoniens (1), par le docteur H. BOURGEOT.

On sait aujourd'hui que l'atropine n'est pas le principe actif de la belladone mais que ce principe actif est l'hyosciamine-lévogyre, l'atropine étant un produit de racémisation.

La belladone totale ou bellafoline est constituée par l'ensemble des alcaloïdes de la feuille de belladone avec prédominance de l'hyosciamine-lévogyre, produit pur, obtenu par la méthode de protection de Stoll.

Les recherches comparatives entre l'atropine et la belladone totale ont montré que à doses égales, celle-ci est environ deux fois plus active que celle-là (Rothlin, Lemai et Jaloustre, Loeffler), ce qui permet l'emploi de doses éloignées du chiffre toxique.

L'auteur a étudié les effets de la bellafoline sur les états parkinsoniens dans le service de M. le professeur Rouquier à Lyon et les services de MM. Dumas, Froment et Bériel. Il observe que le médicament est bien toléré et possède une activité sédative sur le tremblement. Il constate en même temps un accroissement de la force dynamométrique du malade, c'est-à-dire, de sa force musculaire.

Comparant l'action de l'hyoscine et des alcaloïdes totaux de la belladone dans les états parkinsoniens, le docteur Bourgeot montre que si la bellafoline est supérieure à l'hyoscine pour combattre le tremblement, elle lui est inférieure pour combattre la rigidité. D'autre part, la sédation obtenue par la belladone totale est moins rapide, mais plus durable que celle obtenue avec l'hyoscine.

La médication associée belladone totale et hyoscine sera d'ailleurs indiquée dans certains cas.

L'action thérapeutique n'apparaît avec netteté qu'après un traitement de plusieurs jours à la bellafoline et cette amélioration se maintient longtemps lorsque l'on continue l'administration du médicament à doses moindres.

Les formes pharmaceutiques et la posologie recommandées par le docteur Bourgeot sont : *ampoules* renfermant 1/2 milligramme de bellafoline par centimètre cube : une à deux ampoules par jour, voie hypodermique.

(1) *Th. de Lyon*, 1926. (Travail du laboratoire de thérapeutique de la Faculté.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Echanges de liquide. Cours professé par M. Louis LAPICQUE à la Faculté des sciences; notes recueillies par M. A. CHERBULIEZ; 1re partie : *Circulation*; 2e partie : *Données de chimie physique*; 3e partie : *Echanges cellulaires*. Trois fascicules. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

Solution : 1 p. 2000 — xx gouttes, trois fois par jour.
Comprimés : dosés à 1/4 de milligramme : deux à quatre par jour.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PHLEGMONS DU LIGAMENT LARGE

Aussi bien au point de vue anatomique que clinique et évolutif, deux grands types qui s'opposent :

Phlegmon de la **base** du ligament large, du **paramètre**, qui se diagnostique au **toucher** et évoluera surtout vers les **viscères creux pelviens** ;

Phlegmon **haut**, le long des **vaisseaux utéro-ovariens**, se reconnaît au **palper** et évolue vers la **paroi**.

ETIOLOGIE

L'infection puerpérale, le **streptocoque** à la suite d'**avortements provoqués** ou d'accouchements.

Donc toujours point de départ sur l'*endométrite*.

Propagation presque exclusivement par *voie lymphatique*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Opposer :

Phlegmon de la base, bas, du paramètre, à évolution sur :
Vessie,
Vagin,
Rectum.

Phlegmon haut, le long des vaisseaux utéro-ovariens qui évoluera vers :
La fosse iliaque,
La paroi abdominale,
Le rein ou le diaphragme.

CLINIQUE

Type de description : phlegmon de la base, le plus fréquent.

Début :

Le stade d'endométrite. — Deuxième au huitième jour d'un avortement :
Pouls grimpant.
Température à 38 degrés.
Quelques signes généraux.
Lochies brunâtres, fétides.
Utérus gros, douloureux, mou.
Puis localisation péri-utérine.
Ou bien symptômes insidieux.
Ou au contraire :
Frissons.
Température à 39-40 degrés.
Douleur très vive dans le bas-ventre.
Dysurie. Ténesme rectal.

Dans les deux cas, signes capitaux :
Douleur dans un cul-de-sac et à la mobilisation utérine.
Empâtement d'un cul-de-sac. **Utérus fixé.**

Etat :

Signes généraux :
Teint jaune, amaigrissement rapide.
Fièvre rémittente à ascension vespérale.
Frissonnements répétés.
Sueurs profuses.

Signes fonctionnels :
Douleurs profondes dans le bas-ventre irradiées aux cuisses, à l'hypogastre et aux lombes.
Ténesme rectal et vésical fréquent.

Examen :
Palper des **fosses iliaques** : **rien**, elles sont **souples**. A peine réveille-t on une douleur à la pression profonde.

Toucher : fait faire le diagnostic. Il montre :
Dans un cul-de-sac latéral débordant sur l'**antérieur**.
Empâtement : **Dur**.
Douloureux.
Immobile.
Faisant corps avec le col.
En arrière : rien, col libre.

EVOLUTION

Vers la suppuration :
Exacerbation des signes, puis calme trompeur du pus collecté.
Ramollissement au toucher.
Abandonné à lui-même, évolue vers ouverture dans :
Vessie. Vagin. Rectum. Cæcum.
Se draine mal. Poussées de rétention. Fistules. Altération de l'état général.

FORMES CLINIQUES

Phlegmon haut.
Même début et mêmes signes généraux.
Mais : **Culs-de-sac libres, souples.**
Signes recueillis par palper de la **fosse iliaque** :
Douleur profonde.
Tuméfaction profonde, ovoïde, **transversale, dure, immobile,** douloureuse.
Parfois même véritable **plastron** dans la fosse iliaque.
Evolution : Toute différente.
Dans la règle :
Vers la paroi abdominale.
Ouverture au-dessus de l'**arcade**.
Beaucoup plus rarement : orifice du canal inguinal, ombilic, cuisse, fesse, rein, diaphragme.

Phlegmon diffus.
Cellulite pelvienne diffuse d'évolution foudroyante, très rare.

DIAGNOSTIC

Phlegmon de la base.

Au début :
Savoir : ce que vaut une endométrite, s'il y a plus.

Etat :
Le gros diagnostic : la **salpingite** puerpérale.
Cul-de-sac **postérieur** souvent pris.
Fréquemment **bilatérale**.
Si cul-de-sac vaginal pas libre, toujours séparé de la masse par un **sillon**.
Très difficile : souvent association.
La pelvi-péritonite.
Proémine au Douglas.

Phlegmon haut.
Diagnostic avec le précédent.
Salpingite : Peut être encore plus difficile.
Appendicite.

TRAITEMENT

Début : glace, repos absolu. Enveloppements humides chauds.

Etat :
Principe : évacuer le pus sans retard.
Phlegmon haut : là où il bombe, c'est-à-dire au-dessus de l'arcade.
Phlegmon bas : colpotomie, mais prudente à cause de l'utérus et de l'uretère.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Reims. — Un concours pour cinq places d'interne en médecine s'ouvrira le mardi 18 octobre 1927, à 9 h. du matin, à l'hôpital civil.

Les candidats se feront inscrire au secrétariat des hospices, 1, place Museux. Les inscriptions devront être parvenues le 8 octobre au plus tard. Passé ce délai, nul ne sera inscrit.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Hygiène. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Bruhl médecin de l'hôpital Bichat; Clément (de Paris), Esperon Lacaze de Sardac (de Lectoure), professeur Imbert (de Marseille), Quintard (de Bône), Ramond, médecin de l'hôpital Laennec, et Rigal (de Chevreuse).

Au grade de chevalier. — MM. le professeur Audibert (de Toulouse), les docteurs Ch. Bonnet (de Paris), Cadet (de Tournon), Caillods (de Besançon), André Cain (de Paris), Chapon (d'Alès), Degouy (d'Amiens), Demirleau (d'Alençon), François dit Jonchères (de Saint-Jean-d'Angély), Garat (de Bayonne), Gouguet de Girac, G. Hallez et Lacaille (de Paris), Lafont (de Clermont-Ferrand), Le Monnier (de Ploubalay), Le Roux (de Caen), Molinery (de Luchon), Henri Michel (de l'Arbresle), Paschetta (de Nice), Louis Portes, Sée (Jean-Pierre) et Vassal (de Paris).

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Par arrêté ministériel en date du 12 août 1927, les dispositions de l'arrêté interministériel du 20 avril 1926, relatives aux indemnités de déplacement à allouer aux médecins au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, sont applicables pendant l'année 1927. (*J. O.*, 24 août 1927.)

MARINE. — Par décret en date du 20 août 1927, M. le médecin général de 2e classe Barrat a été placé dans la 2e section (réserve) du cadre des officiers généraux du corps de santé de la marine, pour compter du 7 septembre 1927.

— Par décret en date du 20 août 1927, a été promu dans le corps de santé de la marine, pour compter du 20 août 1927 :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de 1re classe Larroque.

Ve CONGRÈS NATIONAL DES MUTUALITÉS MATERNELLES DE FRANCE. — Du 15 au 18 septembre prochain se tiendront à Saint-Etienne les grandes assises de ce Congrès.

Les adhésions à ce Congrès peuvent être collectives ou individuelles. La cotisation est fixée à 20 fr. par souscription et donne le droit de suivre les travaux et d'en recevoir le compte rendu.

La demande d'adhésion doit être adressée au trésorier général du Congrès, M. Tissot, Maison de la Mutualité, cours Victor-Hugo, Saint-Etienne (Loire).

Comité technique. — Président général : M. le docteur Blanc.

Première Commission. — Président : M. le docteur Dujol. Consultations de nourrissons. Hygiène et alimentation. Consultations prénatales. Repos de la mère avant et après ses couches.

Deuxième Commission. — Président : M. Vernay, premier adjoint au maire de Saint-Etienne. Œuvres sociales de l'enfance. Gouttes de lait. Maisons maternelles. Pouponnières.

Troisième Commission. — Président : M. le docteur Montagnon. Assurances sociales. Adaptation des mutualités ma-

ternelles au projet de loi. Les mutualités maternelles dans leurs rapports avec les caisses de compensation.

Quatrième Commission. — Président : M. le docteur Ravon. Cotisations. Subventions.

Cinquième Commission. — Président : M. Fariot. Propagande. Vœux.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 22e décade, du 1er au 10 août, 854 décès, au lieu de 929 pendant la décade précédente, et au lieu de 913, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 9 décès, au lieu de 3 pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 20, au lieu de 13 pendant la décade précédente (moyenne 25).

La rougeole a causé 13 décès, au lieu de 16 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 70, au lieu de 85 pendant la décade précédente (moyenne 41).

La scarlatine a causé 6 décès, il n'y en avait aucun pendant la décade précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 62; il s'élevait à 79 pendant la décade précédente (moyenne 29).

La coqueluche a causé 15 décès, au lieu de 19 pendant la décade précédente (moyenne 4).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

SECRET PROFESSIONNEL. CERTIFICAT MÉDICAL

On sait que l'article 378 du Code pénal prévoit et punit le délit de révélation du secret professionnel; la question de la délivrance des certificats médicaux et de leur production en justice soulève des controverses en doctrine et en jurisprudence. La Cour de cassation a rendu un arrêt le 29 mars 1927 dont il importe de faire connaître la teneur.

Un arrêt de la Cour d'appel de Rennes du 23 avril 1923 avait validé le testament d'une dame X... attaqué pour insanité d'esprit de la testatrice, en écartant des débats les certificats délivrés par trois médecins, alors qu'elle retenait les certificats délivrés par deux autres médecins.

Pourvoi en cassation formé contre l'arrêt, parce que cet arrêt avait dit que les certificats délivrés par les trois médecins devaient être rejetés des débats comme contraires au secret professionnel, et avait conclu des attestations données par les deux autres médecins, qu'il avait maintenues aux débats, que si la dame X... était sujette à certaines crises au cours desquelles elle n'était plus saine d'esprit, elle n'était pas dans un état de démence permanent.

La Cour Suprême a statué ainsi :

« Attendu que l'arrêt attaqué constate que, dans trois certificats dont la Cour d'appel a refusé de faire état, les médecins « ont précisé tous les trois la maladie dont était atteinte la dame X... et l'aggravation à redouter, ont décrit son état d'esprit et les alternatives qu'elle subissait, toutes constatations qu'ils n'ont pu faire qu'en procédant à un examen approfondi, constituant l'exercice même de leur art »;

Attendu que, dans ces conditions, c'est à bon droit que l'arrêt déclare que les faits ainsi précisés par les médecins n'ont pu être connus d'eux qu'en traitant des soins qu'ils ont donnés à leur cliente, qu'ils sont secrets de leur nature et que, pour ce motif, il leur était interdit de les révéler;

Attendu, en ce qui concerne les certificats délivrés par les docteurs .... (les deux autres médecins), que ceux-ci se bornent à déclarer, le premier n'avoir jamais constaté de troubles mentaux chez la dame X...; et le second qu'elle ne présentait aucun symptôme d'aliénation mentale;

Attendu que ces attestations ne constituent pas la révélation du secret professionnel, alors que la maladie dont était atteinte la dame X... n'y est pas spécifiée et qu'il n'apparaît pas que le fait et l'absence d'aliénation ou même de troubles mentaux ait été confié aux docteurs sous le sceau du secret professionnel, ni qu'il fût secret de sa nature; d'où il suit que la Cour d'appel a pu retenir à l'appui de sa décision les certificats des docteurs ... sans violer les textes visés au moyen. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

PRÉSCLÉROSE

Alimentation riche en laitages et légumes, viandes bien cuites et en petite quantité (jamais le soir), suppression des boissons excitantes (thé, café, liqueurs, vin pur).

Matin et soir, dans un verre d'eau minérale, un cachet de Théosalvose pure ou phosphatée, à 0g25.

Gymnastique musculaire, exercice, massage.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — DE NICE A BELFORT PAR LA ROUTE DES ALPES ET DU JURA. — Profitez de vos vacances pour parcourir la route des Alpes et du Jura. Les touristes qui ont effectué cette belle randonnée en conservent le meilleur souvenir et ne cessent d'en vanter le charme.

De Nice, les autocars P.-L.-M. conduisent en effet à Belfort en traversant les sites réputés et les grands centres d'excursions de la région : par Barcelonnette, Briançon, le Col du Lautaret, Grenoble, Saint-Pierre de Chartreuse, Aix-les-Bains, Annecy, Combloux, ils mènent vers Chamonix, Genève, Besançon.

Du Lautaret, on peut également atteindre Chamonix par le Col du Galibier, Saint-Jean-de-Maurienne, Albertville et les gorges de l'Arly.

Confortablement installé dans un fauteuil Pullman, le voyageur monte et descend les pentes, coupe forêts et pâturages, franchit les cols ouverts sur des panoramas de glaciers et de lointains, passe à proximité des hauts sommets. Tout cela procure les plus belles impressions de montagne que l'on puisse rêver.

L'excursion, au surplus, demande peu de temps; elle se fait en huit jours en passant par Grenoble, en six jours en passant par le Col du Galibier et les gorges de l'Arly. Des services plus rapides permettent même d'aller de Nice à Chamonix ou vice versa en deux jours et demi.

REVUE GÉNERALE

LES ÉTATS HYPOGLYCÉMIQUES[1]

Par MARCEL SENDRAIL et JEAN PLANQUES
(de Toulouse).

e. HYPOGLYCÉMIES ENDOCRINIENNES. — Les relations de la fonction surrénale et de l'équilibre humoral des hydro-carbonés ont fait l'objet de recherches multiples dont la plupart attestent leur réalité. Dès 1910, Porges (18) mettait en évidence l'abaissement du taux glycémique chez les addisoniens, de même que chez les chiens privés de leurs surrénales. Schirokauer contestait sans doute le caractère spécifique de ces modifications et les rattachait au syndrome de dénutrition. Mais Bernstein (3) retrouvait chez 8 malades, modérément cachectiques, une hypoglycémie si profonde, qu'elle lui parut digne de caractériser cliniquement l'insuffisance surrénale, au même titre que l'hypotension artérielle. M. Achard signale également (1) que dans un cas, qu'il a étudié avec Thiers, la glycémie n'était pas supérieure à 0,60, et que seule l'injection d'adrénaline en pouvait déterminer le relèvement.

Marañon (15) d'autre part a été frappé de l'extrême sensibilité des addisoniens à l'insuline, dont des doses même médiocres suffisent à provoquer chez eux les accidents les plus alarmants. Aussi n'hésite-t-il pas à admettre que les divers états délirants, convulsifs ou comateux, groupés sous le nom d'encéphalopathie addisonienne, sont assimilables à de véritables manifestations d'hypoglycémie spontanée.

Il est classique de rapprocher l'action des sécrétions thyroïdienne et hypophysaire sur le métabolisme des glucides, de celle de la surrénale, pour les opposer toutes trois à celle du pancréas. En fait, il y a longtemps que sur les sujets chez lesquels on présumait une insuffisance hypophysaire, comme sur les addisoniens, a été constatée une exagération notable de la tolérance aux hydrocarbonés (Mouriquand, Cushing et Goetsch, John). Expérimentalement, Olmsted et Logan, Houssay et Magenta ont vu s'abaisser le taux de la glycémie chez des chiens et des crapauds soumis à l'hypophysectomie. Cammidge (6) assure qu'à la condition de tenir compte de la concentration du sang, toujours plus marquée dans ces cas, il est de règle de trouver des glycémies inférieures à la normale chez les malades atteints d' « hypopituitarisme ». En France, où l'hypophyse a été dépossédée par Camus et M. Roussy, de la plupart de ses fonctions et notamment de sa fonction glycorégulatrice, au profit des noyaux tubériens, la notion d'hypopituitarisme est volontiers jugée désuète et peu rigoureuse. Nous n'en serions pas moins désireux de disposer de documents plus précis sur les constantes humorales des adiposogénitaux et des myxœdémateux, et de vérifier si le taux de leur glycémie est aussi bas placé que certaines analogies permettraient de le supposer.

Nous sommes plus ignorants encore du rôle des corps parathyroïdes dans les phénomènes de glycorégulation. D'après Underhill et Blatherwick, l'intoxication parathyréoprive s'accompagnerait d'une hypoglycémie accentuée. Magenta a remarqué tout au moins qu'à l'occasion des crises de tétanie la sensibilité à l'insuline s'exagère notablement.

f. HYPOGLYCÉMIES DE LA GROSSESSE ET DE LA LACTATION. — Le taux du sucre sanguin se maintient souvent légèrement au-dessous du taux normal, au cours de la gestation [Clogne, Walthard (26)]. Il est donc peu surprenant que certains des accidents dont elle est responsable, éclampsie, chorées et surtout vomissements incoercibles, aient pu faire figure d'accidents hypoglycémiques.

Titus (24) incrimine l'avidité des tissus fœtaux pour les sucres et les spoliations brutales qu'ils exercent aux dépens de l'équilibre humoral de l'organisme maternel. Il propose de traiter les vomissements gravidiques par l'institution d'un régime riche en hydrocarbonés ou par des injections intraveineuses de solution glucosée, selon l'intensité des troubles observés; King (11) apporte à cette conception l'appui d'une statistique, à la vérité réduite à 7 cas. Il peut paraître singulier cependant que d'autres auteurs (Thalheimer, Seidl, Rathery et Julien Marie) fassent état pour les mêmes accidents, des résultats tout aussi favorables qu'ils doivent à l'insulinothérapie; serait-il légitime de prétendre que l'insuline, en contribuant à métaboliser le sucre circulant et à le rendre utilisable, permet à sa manière de lutter contre l'hypoglycémie? Il semble ici encore que, comme pour les vomissements infantiles, les altérations plasmatiques sont si complexes qu'il y a quelque arbitraire à tout rapporter à la seule hypoglycémie.

A ces données sans doute assez fragiles, il est intéressant d'en joindre de plus rigoureuses et que nous devons à la pathologie vétérinaire. Elles sont relatives à la fièvre vitulaire et nous sont fournies par des recherches de Widmark et Carlens, de Lund (27), confirmées et complétées en Angleterre par Maguire (14) et en France par Auger (2). On désigne sous le nom de fièvre vitulaire un état morbide d'apparence grave, dont sont atteintes les vaches, et beaucoup plus rarement les chèvres et les brebis, au cours des heures ou des jours qui suivent la parturition, au moment où s'établit la sécrétion lactée. Elle est caractérisée par une torpeur progressive, entrecoupée de crises convulsives, et suivie d'un collapsus profond et durable, avec hypothermie.

Or le tableau clinique de la fièvre vitulaire peut être très exactement reproduit chez les mêmes animaux par l'injection intraveineuse d'insuline à hautes doses. D'autre part, on a reconnu que le taux de la glycémie de la vache laitière est notablement inférieur aux taux de la glycémie des bovidés qui ne fournissent pas de lait. Les expériences déjà anciennes de Porcher (1909) ont donné à ce fait toute sa signification, en établissant que le lactose du lait est formé par la cellule mammaire aux dépens du glucose sanguin. La consommation du sucre au niveau des mamelles est parfois considérable, et

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 67, p. 1105.

l'on a calculé que pour une production journalière de 28 litres de lait, il était nécessaire que toute la teneur du sang en glucose se renouvelât à chaque quart d'heure : on conçoit aisément que l'apparition soudaine de la sécrétion lactée suffise à compromettre l'équilibre glycémique. Du reste, le coma vitulaire cède assez rapidement à l'administration de solutions glucosées. Les vétérinaires ont également recours à une thérapeutique qui, pour être insolite n'est pas moins efficace, et qui consiste en des injections d'air dans les glandes mammaires (traitement d'Evers). Cette insufflation réalise par compression mécanique une sorte d'amputation temporaire des mamelles, et l'on a constaté expérimentalement qu'elle provoque une hyperglycémie proportionnelle à l'abondance de la sécrétion lactée.

La preuve cruciale fait défaut cependant, et les auteurs n'ont mis en évidence des hypoglycémies accentuées que dans la minorité des cas de coma vitulaire. Mais, selon la remarque ingénieuse d'Auger, nous ne disposons pas de procédé qui permette de doser séparément dans le sang le glucose et le lactose, et il est possible que les valeurs attribuées à la glycémie et appréciées par des méthodes imparfaites, correspondent en réalité à des mélanges de glucose et de lactose de rétention.

g. Hypoglycémies rénales. — Sous le nom de diabète rénal sont étudiées, comme on sait, toutes les glycosuries qui ne sont pas liées à un trouble du métabolisme hydrocarboné, mais seulement à la perméabilité excessive du rein au glucose. L'abaissement du seuil du glucose peut-il être tel qu'il entraîne des défaillances prolongées de la glycémie? Assurément, mais il semble que ces hypoglycémies ne parviennent que rarement à l'évidence clinique.

Déjà en 1886, Mehring avait observé chez l'animal soumis au diabète phloridzinique, des phénomènes comateux dont il n'avait su reconnaître la nature. Fischler, en 1913, constata les mêmes faits, les interpréta plus judicieusement et fut le premier à supposer que l'hypoglycémie pût être génératrice d'accidents, qu'il étudia sous le nom d' « intoxication glycoprive ».

Chez l'homme, Gilson et Larimer (7) ont remarqué que l'hypoglycémie réactionnelle, qui suit une hyperglycémie alimentaire (hypoglycémie alimentaire paradoxale de Depisch et Hasenörl), est particulièrement accentuée en cas de diabète rénal. Or, pour l'un de leurs malades, ils ont vu cette hypoglycémie s'accompagner de tremblements, de sudations, d'hyperémie faciale. Des signes plus discrets ont été relevés par André Veil et Laudat (25) dans une observation très comparable : leur sujet accusa seulement une sensation de faim et d'asthénie, lorsque la glycémie s'abaissa à 0,48.

Ces troubles atténués paraissent eux-mêmes exceptionnels, et si les travaux de M. Marcel Labbé, de Govaerts ou de Mariano Castex sur le diabète rénal, à l'encontre de ceux de M. Rathery, font état de cas où la glycémie était nettement inférieure à la normale, on n'y trouve pas mention d'accidents qui puissent être rapportés à l'hypoglycémie.

Pathogénie. — Ce chapitre serait sans doute le plus attachant, si l'incertitude de nos connaissances ne le rendait le plus vain. Il convient de distinguer deux problèmes : l'hypoglycémie est-elle responsable des accidents qui lui sont imputés? Quels sont les facteurs de cette hypoglycémie? Nous ne voulons considérer ci-dessous que les hypoglycémies spontanées.

1° Rôle pathogène de l'hypoglycémie. — Nous avons vu que pour affirmer la réalité de ce rôle, on s'autorisait en général de deux arguments : la coïncidence des accidents et de la chute du taux du sucre dosé dans le sang, et d'autre part l'action curatrice des injections glucosées.

On peut objecter que souvent ces deux séries de constatations n'ont été faites qu'à l'occasion d'un nombre insuffisant de cas, insuffisamment observés. La diversité des procédés de dosage utilisés, et l'infidélité de plusieurs d'entre eux ne constituent pas les moindres causes d'erreur. Du reste, il n'est guère possible d'établir une correspondance rigoureuse entre le degré de la glycémie et l'intensité des troubles cliniques : on voit parfois survenir ceux-ci pour des taux de sucre relativement élevés et faire défaut pour les plus bas. Enfin, l'hypoglycémie n'apparaît pas toujours comme un stigmate humoral isolé, et les altérations qui l'accompagnent peuvent avoir leur part dans le déterminisme des phénomènes morbides. Néanmoins on est en droit, semble-t-il, de conserver leur signification aux hypoglycémies solitaires, et par exemple à celles qui sont dues à des spoliations glucosées par des glandes mammaires trop actives (fièvre vitulaire) ou par des reins trop perméables (diabète rénal).

Dans quelques cas tout au moins, on serait autorisé à incriminer moins la chute de la glycémie que la production en excès de l'insuline pancréatique, qu'une hypothèse toute gratuite dote de propriétés toxiques, et nous avons vu Seale Harris faire appel à l' « hyperinsulinisme » ou au « dysinsulinisme » pour expliquer les états d'hypoglycémie à forme dyspeptique. Il faut remarquer toutefois que les injections d'insuline, associées aux injections glucosées, paraissent jouir d'un certain pouvoir thérapeutique sur les accidents étudiés ; la plupart d'entre eux devraient plutôt être considérés comme la résultante d'une double insuffisance glycosique et diastasique.

D'autre part, on sait que la présence des hydrocarbonés est indispensable au catabolisme des graisses et des protéines, et que leur défaut conditionne la production des corps cétoniques. Il est vraisemblable que toute hypoglycémie, assez prolongée pour devenir cliniquement patente, s'accompagne d'un certain degré de cétose. Nous manquons d'éléments qui permettent de déterminer le rôle de cette cétose dans la genèse des accidents rapportés à l'hypoglycémie.

Observons, pour conclure, que les faits que nous avons passés en revue sont en réalité de valeur très inégale. Si la nature hypoglycémique de certains syndromes complexes (vomissements gravidiques, vomissements infantiles, encéphalopathies addiso-

niennes) ne saurait être affirmée qu'avec beaucoup de réserves, nous serions disposés pour notre part à faire plus de crédit à celle de ces accidents fugaces et périodiques, discrets, mais toujours identiques, et qui semblent bien manifester les difficultés de la régulation glycémique, chez des sujets aux équilibres humoraux instables et mal assurés; encore ces cas sont-ils exceptionnels.

2° **Facteurs de l'hypoglycémie.** — Nous ne prétendons ici qu'énoncer quelques hypothèses. Une notion nouvelle, comme celle d'hypoglycémie, suggère beaucoup plus de problèmes qu'elle n'en résout; elle ne paraît cependant pas avoir encore sollicité beaucoup l'activité des expérimentateurs.

Il faut remarquer d'abord que les variations observées de la glycémie sont peut-être seulement apparentes. Soit que le glucose se dissimule sous une forme chimique mal connue, soit que se modifie sa répartition dans les différents territoires vasculaires ou entre le plasma et les globules, il se peut que l'hypoglycémie décelée à l'analyse du sang périphérique ne corresponde pas à une diminution effective de la teneur en sucre de l'organisme.

Admettons cependant la réalité des hypoglycémies. Elles peuvent être déterminées :

a. PAR MISE EN RÉSERVE DU GLUCOSE, par polymérisation du glycogène hépatique (Cammidge; Ambard, Arnold et Arnovljevitch; Bouckaert et Stricker; Schneider). Il ne faut pas oublier cependant que de plus en plus est retiré au glycogène son caractère de substance de réserve (Laufberger).

b. PAR INSUFFISANCE DE LA GLYCOGÉNÈSE. — Le sucre, disparaissant par le jeu normal du métabolisme, n'est renouvelé que difficilement en raison de l'inhibition des organes glycoformateurs. De ces derniers il est deux surtout qui paraissent importer, et dont du reste l'activité fonctionnelle est sans doute conjuguée, la surrénale et le noyau paraventriculaire du tuber. Nous avons déjà cité des exemples cliniques et expérimentaux d'hypoglycémie liée à la carence surrénale; en outre les hypoglycémies d'autre origine entraînent une hypersécrétion réactionnelle d'adrénaline (Cannon, Mc Ilver et Bliss) et peuvent se prolonger et s'aggraver, si celle-ci tarde ou fait défaut. Quant au centre adrénalinosécréteur et glycorégulateur, que Gournay et Legrand ont situé dans les parois du IIIe ventricule, il n'a pas été rapporté à notre connaissance de cas d'hypoglycémie due à ses altérations. Si cependant M. Rathery et Mlle Dreyfus-Sée ont vu la ponction lombaire abaisser le taux glycémique, c'est peut-être que la soustraction du liquide cérébrospinal diminue la tension qui s'exerce normalement sur les formations basilaires.

c. PAR EXAGÉRATION DE LA GLYCOLYSE. — Tous les facteurs qui activent les combustions et provoquent une flambée métabolique, mettent en péril l'équilibre hydrocarboné; de là, sans doute, les hypoglycémies du surmenage musculaire, celles peut-être des états fébriles.

Tous les facteurs qui accélèrent la désintégration chimique du glucose sont aussi générateurs d'hypoglycémie. Nous en avons eu la preuve avec le coma vitulaire, que nous avons vu dériver d'une transformation brutale et excessive du glucose en lactose. Mais il s'agit là d'un mécanisme d'exception. La glycolyse normale s'effectue par dégradation du glucose en acide lactique, le lactacidogène ou substance hexosephosphorique représentant le stade intermédiaire (Embden). En fait toute hypoglycémie s'accompagne d'une augmentation de l'acide lactique et d'une baisse considérable de la concentration phosphorée du sang (Briggs, Koechig, Doisy et Weber).

Tous les facteurs enfin qui exaltent l'activité des organes doués de pouvoirs glycolytiques peuvent conditionner des phénomènes hypoglycémiques. Il est des hypoglycémies pancréatiques (hyperinsulinisme, de Seale Harris; hypoglycémies des cancers langerhansiens, des insulomes et des syphilis pancréatiques hypertrophiques) et peut-être des hypoglycémies pulmonaires : aux hyperglycémies par asphyxie (Dumas), ne pourrait-on opposer des hypoglycémies par hyperpnée?

d. PAR PERMÉABILITÉ EXCESSIVE DU REIN AU GLUCOSE. — Les faits expérimentaux et cliniques, que nous avons rapportés, relativement au diabète rénal, sont assez probants à cet égard.

Le mécanisme pathogénique des hypoglycémies est certainement assez complexe pour qu'il soit hasardeux de conclure, en l'absence de données plus précises.

Traitement. — Rien ne saurait être préférable, pour élever le niveau de la glycémie, à l'administration directe du sucre : administration préventive lorsque l'imminence des accidents est connue, ou administration curative; préventive, elle devra précéder d'une demi-heure environ le début des manifestations symptomatiques. Le plus simple, si les circonstances s'y prêtent, est l'absorption d'un repas riche en hydrocarbonés; on peut encore faire ingérer au sujet 10 à 30 grammes de glucose, en solution dans de l'eau, additionnée de jus de citron. Dans les cas qui commandent une intervention rapide, on aura recours aux injections sous-cutanées ou intraveineuses de solutions glucosées à 10 ou 20 p. 100. Les autres sucres, saccharose, maltose, lactose jouissent d'une efficacité certainement inférieure (Noble et Macléod, Caltabiano). Les injections d'adrénaline ne donneraient de résultats que lorsque les réserves glycogéniques du foie ne sont pas épuisées.

C'est la curabilité rapide par des procédés simples des accidents qui la manifestent, qui donne à la notion d'hypoglycémie son grand intérêt pratique.

BIBLIOGRAPHIE

Afin de nous limiter, nous ne donnons ci-dessous que les références relatives aux états d'hypoglycémie spontanés. Pour les hypoglycémies expérimentales et celles de l'insulinothérapie, on pourra se reporter à l'ouvrage de E. AUBERTIN, *L'Insuline*, Doin, 1926.

1. ACHARD. *Troubles des échanges nutritifs*, 1926, t. I, p. 595, Masson.
2. AUGER. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1926, t. CLXXXII, p. 348; — *Th. vétér. de Lyon*, 1926.
3. BERNSTEIN. *Berl. klin. Woch.*, 1911, nº 40.
4. BULATAO et CARLSON. *Journ. of amer. physiol.*, 1924, t. LXIX, p. 107.
5. BURGER et MARTENS. *Berl. klin. Woch.*, 1924, s. 1860.
6. CAMMIDGE. *Lancet*, 20 déc. 1924.
7. GILSON et LARIMER. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1924, p. 468.
8. GOLDBERG. *Polskie Arch. med. wewnetr.*, 1926, t. IV, f. 3.
9. GREENWALD et ELIASBERG. *Amer. Journ. of med. sciences*, 1926, t. CLXXI, nº 5.
10. HUGH JOSEPHS. *Bull. of the Journ. Hopkins Hospital*, 1926, t. XXVII, nº 6, et *Amer. Journ. of dis. of Children*, 1926, t. XXXI, nº 2.
11. KING. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1926, nº 19.
12. LEREBOULLET, MARIE et LEPRAT. *Paris méd.*, 1922, t. II, p. 417. — LEREBOULLET et PIERROT. *Soc. de péd.*, 18 janv. 1927.
13. LEVINE, BURGESS et DERICK. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1924, p. 1778.
14. MAGUIRE. *The Veterinary Record*, 1926, p. 52.
15. MARANON. *El Siglo medico*, 1923, t. LXXII, p. 813; — *Presse méd.*, 19 déc. 1925, p. 1665.
16. MARIO CAYREL. *Riforma med.*, 1925, nº 21, p. 493.
17. PARI. *Riforma med.*, 1925, nº 10, p. 229.
18. PORGES. *Zeit. f. klin. Med.*, 1910, Bd LXIX, s. 341.
19. RATHERY et KOURILSKY. *Paris méd.*, 1925, t. I, p. 389.
20. ROSS et JOSEPHS. *Amer. Journ. of dis. of Children*, 1924, p. 445.
21. SEALE HARRIS. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1924, p. 730.
22. SHIH AO Y CHANG HSIAO CHIEN. *Arch. of int. méd.*, juillet 1925.
23. STEINBRICK. *Berl. klin. Woch.*, 1924, s. 1029.
24. TITUS. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1925, nº 7.
25. VEIL et LAUDAT. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1925, t. XCII, p. 246.
26. WALTHARD. *Centralbl. f. Gyn.*, 1922, s. 1301.
27. WIDMARK et CARLENS. *Biochem. Zeit.*, 1925, Bd CLVI, s. 454, et Bd CLVIII, s. 3 et s. 81.

LES INJECTIONS MÉDICAMENTEUSES INTRACARDIAQUES DROITES DANS LES AFFECTIONS PULMONAIRES

Par le docteur CHERECHEWSKI (1).

La courte mais assez meurtrière épidémie de grippe de la fin de l'année dernière, accompagnée de pneumonie et de broncho-pneumonie à forme septicémique, m'a suggéré l'idée d'utiliser la *petite circulation* pour essayer d'atteindre efficacement les lésions pulmonaires et leurs agents pathogènes. Cette voie permettrait une *attaque médicamenteuse massive* que les autres voies ne permettraient pas.

En effet, les injections intratrachéales provoquent des réflexes violents qui entraînent l'expulsion d'une grande proportion du médicament utilisé. En outre, la substance médicamenteuse tombe dans un milieu de sécrétions abondantes qui isolent et protègent les lésions. Les injections dans les veines distales rendues accessibles par la striction — et encore pas toujours — ont l'inconvénient de diluer l'agent thérapeutique dans une masse liquide importante, d'où sa faible efficacité en tant qu'agent d'attaque *massive*. Restent les veines proximales : jugulaire, sous-clavière ou encore la veine cave supérieure et l'artère pulmonaire. La veine jugulaire n'est accessible que sur les sujets très maigres et la sous-clavière demanderait une dissection préalable. Quant aux dernières — outre que leurs repères sont assez difficiles — les piqûres répétées avec des faux pas possibles provoquant des hématomes périveineux présenteraient des inconvénients assez sérieux pour rejeter définitivement cette voie.

Reste donc, en définitive, la voie intracardiaque droite : ventricule de préférence ou oreillette. Mais avant de procéder à cette pratique de prime abord audacieuse, il fallait s'entourer de garanties quant à l'innocuité du procédé en premier lieu et à la facilité de son exécution ensuite. Nous savions déjà que des injections intraventriculaires gauches, adrénalinées en cas de syncope cardiaque anesthésique par exemple, se faisaient assez facilement et sans danger. Les auteurs allemands ont publié des observations multiples d'injections intracardiaques intraventriculaires gauches et oreillettes (mais pas intraventriculaires droites) dans des affections cardiaques ayant pour but d'agir directement sur le myocarde (digitaline, strophantine), injections bien tolérées elles aussi. Nous étions donc parfaitement autorisé nous aussi de vouloir utiliser, dans un but thérapeutique, des cavités droites, c'est-à-dire la *petite circulation* pour l'*attaque massive du poumon*.

Mais pour plus de sécurité nous avons décidé de faire nos premiers essais sur l'animal pour éviter tout reproche de ténacité ou de légèreté. Nous avons eu la bonne fortune de trouver en M. Lesbouyères, professeur agrégé à l'Ecole d'Alfort, un collaborateur empressé, actif et obligeant et un expérimentateur compétent et autorisé. Les résultats de ses expériences exécutées sous sa direction par un de ses élèves furent présentés à l'Académie de médecine le 26 avril 1927. Et ces expériences sont suffisamment concluantes et encourageantes pour que nous puissions à notre tour procéder, sans délai, à des expériences sur l'homme. Déjà, avec l'assistance de mon interne M. Paulin, nous sommes parvenus à repérer sur le cadavre le lieu d'élection pour la ponction intraventriculaire *droite* : c'est le cinquième ou le sixième espace intercostal le long du bord *gauche* du sternum. Cette ponction doit être faite très profonde avec une aiguille à ponction intrarachidienne. La ponction intraauriculaire droite remplirait le même but si l'on était sûr de ne pas intéresser l'artère pulmonaire. On pourrait, à la rigueur, pratiquer les injections sous le contrôle de la radioscopie.

Les premières applications de ce traitement seront faites dans des cas de pneumonie, de broncho-pneumonie, de gangrène pulmonaire : affection à flore microbienne plus facilement attaquée par les colorants microbicides. Pour le bacille de Koch, acido-résistant, il faudrait trouver des procédés permettant de supprimer cette propriété. Il est bien entendu

(1) Note lue à la Société médico-chirurgicale de la région de Saint-Germain-en-Laye.

que nos premiers essais se feront dans des cas graves permettant le risque d'avoir recours à des moyens thérapeutiques peu usités. Voici les substances thérapeutiques qu'il serait intéressant d'expérimenter : des arsénobenzols et similaires, iode colloïdal, argent, fer, manganèse, or, rhodium, phosphore, fluor, tuberculine et azotate de pilocarpine (méthode du docteur Lesbouyères); toutes ces substances ayant pour *véhicule fixateur* des colorants : bleu de méthylène, trypaflavine, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 AOUT 1927)

Transmission du spirochète de la musaraigne par ornithodorus moubata et mécanisme de la transmission des spirochètes récurrents par les tiques. — MM. Charles NICOLLE et Ch. ANDERSON.

Recherches sur les sérums antitoxiques et antimicrobiens. — MM. WEINBERG et J. BAROTTE.

(SÉANCE DU 17 AOUT 1927)

Sur la proportion des vapeurs nitreuses au voisinage d'une lampe à arc pour traitement médical. — M. J. DABLEZ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 JUILLET 1927)

Un cas de tétanos généralisé traité par du sérum antitétanique à haute dose et des injections intraveineuses de somnifène. Guérison. — MM. M. LABBÉ et ESCALIER rapportent un cas de tétanos avec guérison. Ils soulignent les faits suivants : nécessité d'une sérothérapie précoce, intensive et prolongée par la voie intramusculaire, nécessité d'un débridement avec nettoyage minutieux et aération du foyer d'introduction du bacille; importance du rôle adjuvant des injections intraveineuses de somnifène.

Dystonie d'attitude à type hypotonique sans étiologie précise. — MM. CROUZON, THÉVENARD et GILBERT-DREYFUS présentent un nouveau cas de spasme de torsion qui rentre dans le cadre des dystonies par hypotonie. Aucun facteur étiologique et aucun trouble neurologique associé.

Anémie pernicieuse. Méthode de Whipple. — MM. RATHERY et MAXIMIN rapportent deux cas, l'un d'anémie pernicieuse, l'autre d'anémie grave, traités par la méthode de Whipple; les effets ont été tout à fait remarquables. L'ingestion quotidienne de 250 grammes de foie de veau a amené la disparition de l'asthénie, des œdèmes, des troubles digestifs, une reprise du poids et une augmentation très nette des hématies.

Syphilis pulmonaire à forme de cortico-pleurite. — MM. GATÉ et GARDÈRE (de Lyon).

Abcès de la moelle et pleurésie pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. — MM. URECHIA et MATHIAS.

Trois cas de septicémies à bacille fragilis. — M. BOEZ (de Strasbourg).

Pronostic de l'arythmie complète. — MM. CLERC et STIEFFEL, par l'étude de 75 observations, montrent que tout cas demande à être discuté. La mortalité globale relevée en trois ans a été de 28 p. 100 alors qu'elle dépasse 50 p. 100 chez un groupe de 90 malades dont la régularité des battements, la qualité de la contraction était d'emblée profondément altérée. Il faut avant tout considérer la résistance du myocarde qui représente la clef de voûte du pronostic et du traitement.

Sur la présence de spirochètes associés aux anaérobies de Veillon dans un cas de pleurésie putride. — MM. F. BEZANÇON, ETCHEGOIN, A. JACQUELIN et Jean CÉLICE relatent l'observation d'un malade atteint de pleurésie putride typique avec pneumothorax par exhalaison.

L'intérêt de ce cas est sa formule bactériologique. La présence de spirochètes a été constatée à deux reprises dans la sérosité putride, en association avec une riche flore anaérobie de type Veillon. Cette constatation rapproche donc, au point de vue bactériologique, de la gangrène pulmonaire d'origine aérienne certaines pleurésies putrides même apparemment indépendantes de cette origine.

Acidose gazeuse et sclérose pulmonaire. — MM. F. BEZANÇON, Ch.-O. GUILLAUMIN et Jean CÉLICE rapportent les résultats des mesures d'équilibre ionique et de réserve alcaline effectuées chez des sujets atteints de sclérose pulmonaire. Ils insistent sur le fait qu'une poussée fluxionnaire aiguë, une diminution du champ d'hématose ou une défaillance myocardique font basculer le pH vers l'acidose gazeuse temporaire ou définitive selon l'état du parenchyme pulmonaire.

Guérison d'une péricardite purulente à pneumocoques par péricardotomie épigastrique. — MM. Louis RAMOND et Robert WEILL-SPIRE, en rapportant cette observation, insistent sur l'impuissance des ponctions simples à guérir les péricardites purulentes aiguës, et sur les avantages de la péricardotomie épigastrique sur les autres procédés de péricardotomie : simplicité, drainage au point déclive, possibilité d'exécution sans anesthésie générale.

Anasarque d'origine alimentaire. — MM. RIBADEAU DUMAS, R. MATHIEU et Max LÉVY rapportent le cas d'un enfant de trois ans chez lequel un régime carencé en protides et en vitamines avait déterminé un anasarque considérable.

L'étude des protides sanguins démontra l'existence d'un abaissement important de l'albumine et une diminution du rapport $\frac{\text{albumine}}{\text{globuline}}$.

L'administration au malade d'un régime riche en albumine et en vitamine amena la guérison.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 20 MAI 1927)

Rupture du quadriceps (tendon rotulien). — M. Paul LUTAUD rapporte un cas de suture du tendon rotulien dont la rupture totale siégeait, ce qui est rare, au milieu du tendon. Il s'agissait d'un homme de soixante-cinq ans, corpulent, qui reprenait ses occupations actives six semaines après l'accident.

Cancers massifs du sein. Radiothérapie profonde. — M. BUQUET.

Cancer de l'estomac adhérent au méso-côlon. Gastrectomie et colectomie. — MM. BERNOUX et FRUCHAUD.

Fréquence et caractères des abcès staphylococciques des pays chauds. — M. NICOLAS.

Ce que l'on peut attendre de la vaccination préopératoire. — M. MORNARD montre qu'elle hâte la guérison, simplifie l'opération chez les grands infectés; qu'elle évite la plupart des complications septiques postopératoires. Pour les

opérations digestives, pour éviter les complications pulmonaires, il conseille d'abandonner les vaccins généraux et de vacciner par voie buccale avec un auto-vaccin (Bécart et Gaelhinger).

M. ISELIN emploie avec succès les vaccins anticolibacillaires dans toutes les infections urinaires avant interventions.

Goménolisation du péritoine. — M. TUSSAU fait le procès de l'éthérisation du péritoine qui donne des accidents et vante les bons résultats du goménol dans le péritoine et propose d'en imbiber mèches et Mickulicz.

M. Victor PAUCHET repousse tout antiseptique qui cause des adhérences dans le péritoine.

MM. SÉJOURNET et HALLER partagent l'avis de M. Victor Pauchet.

Déglutition d'un tire-nerf de dentiste. Extirpation par gastrotomie. Guérison. — M. Pierre BARTET.

Perforation spontanée de l'estomac par néoplasme de la paroi antérieure. Gastrectomie. Cholécystectomie. Guérison. — M. DESJARDINS.

Diverticules du côlon. — M. Victor PAUCHET.

(SÉANCE DU 3 JUIN 1927)

A propos du drainage de l'étage sus-mésocolique. — M. Victor PAUCHET rappelle les indications du Mickulicz dans la chirurgie hépatique et des voies biliaires. Il juge qu'il est contre-indiqué dans les opérations gastriques.

De la tuberculose massive du testicule et de l'épididyme et de sa pathogénie. — M. LE FUR rapporte un cas à évolution rapide, et cite un autre cas à évolution galopante, avec sphacèle. Il incrimine des décharges massives de bacilles et de toxines. Le fongus serait lié à des infections poly-microbiennes.

Traitement de la diverticulite. — M. Victor PAUCHET expose la question des diverticulites. Le traitement varie suivant la complication. S'il persiste une fistule vésico-sigmoïdienne, faire un anus iliaque, puis la résection du côlon malade.

Transfusion du sang glucosé dans la veine axiale au cours des amputations hautes. — M. BÉRAUD injecte de petites quantités de sang mélangées à de grandes quantités de sérum glucosé. Ce procédé mettrait à l'abri des divers accidents d'incompatibilité.

Abcès du foie d'origine amibienne. — M. BLANC a opéré un malade six mois après le début des accidents. Il insiste sur la lenteur d'évolution, la nécessité du drainage de la poche. L'émétine reste le traitement médical de choix des complications amibiennes.

Fracture de Bennet. — M. MASSINI, chez un malade observé trois mois après l'accident, constate un résultat fonctionnel médiocre et une subluxation trapézo-métacarpienne.

Fracture de l'olécrâne avec luxation du coude en arrière. — M. BLANC a pratiqué l'ostéosynthèse avec vissage de l'olécrâne. Résultat fonctionnel parfait.

(SÉANCE DU 17 JUIN 1927)

A propos des coxites non tuberculeuses. — M. MORNARD, à propos de la communication de M. Roederer, rappelle sept observations qu'il a publiées en 1926 dans la *Revue de chirurgie* ; il s'agissait d'arthrites chroniques avec subluxations progressives survenues chez l'adulte et tendant vers l'ankylose. L'auteur a eu l'occasion de revoir cinq de ces malades après trois ans ; toutes étaient totalement ankylosées. Il pense que ces cas sont à rapprocher de ceux qu'a signalés M. Roederer.

Astragalectomie pour tuberculose tibio-tarsienne. — M. MASSART. M. Judet rapporte trois observations de M. Massart concernant des astragalectomies faites pour tumeurs blanches fistuleuses chez l'enfant. La guérison obtenue en deux ans se maintient depuis cinq ans ; le résultat est fonctionnellement bon. M. Judet préfère le traitement conservateur d'abord, le traitement sanglant si échec.

Un cas de vagin double et utérus bifide. — M. MULLER (rapport Burty) rapporte une observation d'appendicectomie chez une jeune femme présentant un vagin double avec utérus bifide (un corps avec deux cavités).

Traitement immédiat des entorses par la faradisation. — M. LAVENANT rapporte un travail de M. Vignal et montre que la faradisation précoce, méthode sans danger, permet aux malades de marcher après deux à trois jours.

Corps étrangers extraits des bronches et de l'œsophage. — M. GUISEZ présente une série de corps étrangers qu'il a extraits des voies aériennes et digestives par endoscopie.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1927)

Cholécystographie après absorption de tétraiodophénolphtaléine par la voie digestive. — MM. RIMBAUD et PARES.

Greffes à lambeau tubulé. — MM. LAPEYRE et SICARD. Deux cas : dans l'un, vaste surface orientée dans toute la moitié gauche du dos où s'est développé, sur une cicatrice de brûlure, un volumineux chou-fleur épithéliomateux. Des applications de radium réduisent la tumeur de moitié, par le bistouri on fait disparaître ce qui reste. La plaie bourgeonnante est recouverte par un lambeau cutané pris sur la moitié droite du dos selon la technique de Gilies vulgarisée par Moure. Léger sphacèle à l'extrémité distale à la première application. Bon résultat.

Dans le second cas, il fallait recouvrir la face postéro-externe du bras sur une longueur de 15 centimètres environ et 5 à 6 centimètres de largeur. Le même procédé permet la chose, mais dans le tube s'est collecté un hématome qui a suppuré. La mise à plat du lambeau obvie à ces ennuis et l'on obtient un excellent résultat. Les auteurs critiquent quelques-uns des arguments théoriques de la méthode.

Abcès du foie. — MM. SICARD et LAUX.

Essai de rattachement de la constante d'Ambard à la théorie de Cushny sur la sécrétion rénale. — M. BERAHA.

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1927)

Contractions du cœur isolé. Arythmies. (*Projection du film du docteur Lutembacher.*) — M. GIRAUD.

(SÉANCE DU 11 MARS 1927)

Tuberculose pulmonaire cavitaire chez un nourrisson de onze mois. — MM. LEENHARDT, REVERDY et CHAPTAL.

Un cas de myasthénie postencéphalitique avec ébauche d'un syndrome adiposo-génital. — MM. LEENHARDT, REVERDY et GONDARD.

Ophtalmie métastatique consécutive à une angine diphtérique. — M. VILLARD.

La trousse photogène du médecin praticien. — M. Souchon (de Nîmes) présente un appareil qui réalise un dispositif de commande au pied des lampes électro-mécaniques. Il comprend une lampe électro-mécanique et une pédale au pied, ce qui laisse au praticien la complète liberté de ses mains. La trousse comporte, en outre, un photophore, des fils conducteurs, un miroir de Sloog. La boîte et le photophore sont stérilisables.

Position curieuse de l'appendice vermiculaire. — MM. J. Delmas et Laux présentent un appendice rétrocæcocolique qui, pendant tout son trajet, était placé sous le péritoine viscéral d'un cæcum libre. Directement en contact de la tunique musculaire cæcale, il était lui-même dépouillé de son péritoine et baignait dans une atmosphère celluleuse sous-séreuse.

Anomalie vasculaire du rein ouvert. (*Présentation de pièces.*) — M. J. Delmas.

Propriétés chimiques du blanc d'œuf de perruche. — M. J. de Rey-Pailhade.

Endocardite maligne à évolution lente due au streptocoque hémolytique. — MM. Rimbaud, Bouler et Fayot. Greffée sur des lésions rhumatismales, cette endocardite maligne évolua sans déterminer d'élévation thermique ni d'embolie chez un homme de trente ans, et se manifesta seulement par une asystolie progressive qui résista à tous les toni-cardiaques; le premier signe révélateur fut l'apparition d'un syndrome hémorragique deux jours avant la mort.

Les auteurs pensent que l'irréductibilité d'une asystolie doit faire soupçonner l'existence d'une endocardite évolutive, surtout chez un sujet jeune, et doit engager à pratiquer une hémoculture, même en l'absence de fièvre et de manifestations emboliques.

(Séance du 18 mars 1927)

La notion d'indice de nutrition. — M. Pech propose d'appeler indice de nutrition, entre un tissu vivant et un autre corps inerte ou vivant avec lequel il est en contact, la différence de potentiel électrique qui existe entre eux. Cet indice est exprimé en millivolts et affecté du signe + ou — suivant que le corps dont l'indice est déterminé est positif ou négatif.

Il indique la technique expérimentale permettant la mesure de l'indice de nutrition et rappelle que les échanges osmotiques entre deux corps en contact sont fonction de la différence de potentiel électrique entre ces corps, la réciproque étant vraie.

Valeur de la méthode de Looney pour le dosage colorimétrique de la cystine dans l'urine. — MM. Cristol et Benoit.

Variété exceptionnelle du gros intestin. — MM. Laux et Jayle.

A propos de la réduction en masse des hernies étranglées. — M. Lapeyre.

Tumeur kystique réductible rétro-rachidienne. Ouverture du faux kyste développé autour du talon d'une aiguille. Extraction de l'aiguille transfixiant le canal rachidien. — MM. Massabuau, Guibal et Duponnois.

(Séance du 25 mars 1927)

Eloge de Pinel. — M. Euzière.

Eloge de Laennec. — M. Gaussel.

(Séance du 1er avril 1927)

Ulcère peptique après gastro-entérostomie. (*Présentation de pièces.*) — MM. Forgue, Mourgue-Molines et Mlle Turot rapportent l'histoire d'un homme qui, trois ans après une gastro-entérostomie pour ulcus gastrique, présente des signes d'ulcère peptique. L'évolution en fut anormalement longue; dix ans plus tard le malade qui n'avait jamais voulu accepter une intervention vient mourir à l'hôpital. A l'autopsie, ulcère peptique gastro-jéjunal avec oblitération partielle de la bouche et oblitération presque complète de l'anse afférente. Il en était résulté un véritable circulus viciosus avec énorme dilatation duodénale.

A propos de l'invagination intestinale aiguë. Intussusception iléo-colique chez un enfant de trois ans. — MM. Massabuau, Guibal et Duponois.

Ophtalmie métastatique consécutive à un érysipèle chirurgical. — M. Villard.

Emploi du masque prophylactique en médecine. — M. Etienne.

Prophylaxie de certains accidents de la vaccine. — M. Etienne.

REVUE DES THÈSES

Le Tartrate d'ergotamine cristallisé et ses effets thérapeutiques en obstétrique, en gynécologie et dans les sympathoses (1), par le docteur Pierre-Marie Durand.

En 1917, Stoll isole de l'ergot de seigle un corps nouveau qu'il considère comme étant le principal alcaloïde. Cet alcaloïde possède des caractères chimiques physiologiques nettement déterminés : c'est l'ergotamine.

Le tartrate d'ergotamine utilisé en médecine a deux propriétés essentielles : une très puissante action hémostatique sur l'utérus vide et un pouvoir inhibiteur type sur le système sympathique.

L'action hémostatique de l'ergotamine est utilisée en obstétrique pour lutter contre les hémorragies de la délivrance, l'inertie utérine et les suites de couches pathologiques.

L'auteur fait une étude comparative, dans le service de M. le professeur Rivière (de Bordeaux), entre les effets cliniques de l'ergotamine et ceux de l'hypophyse. Il conclut en disant que « l'hypophyse permet de hâter la délivrance difficile, c'est un forceps médicamenteux, tandis que l'ergotamine relève pour une longue durée la contraction utérine dans l'hémorragie post-partum et donne une contraction utérine plus intense et plus prolongée que celle due à l'hypophyse ». L'auteur examine ensuite les effets de l'ergotamine en gynécologie et plus particulièrement dans les hémorragies du cancer de l'utérus, les ménorragies, les pertes de sang du fibrome et de la métrite fongueuse.

Les effets inhibiteurs de l'ergotamine sur le sympathique sont ensuite étudiés par le docteur Durand dans les sympathoses.

L'ergotamine, selon l'auteur, peut être employée de deux façons : soit comme agent thérapeutique, inhibiteur du sympathique, soit comme moyen explorateur du système sympathique. C'est sur la maladie de Basedow, la tachycardie paroxystique, les migraines, certains prurits, le glaucome qu'ont surtout porté les recherches thérapeutiques.

Les résultats obtenus sont bons dans un grand nombre de cas, lorsqu'il est difficile de faire un diagnostic dans les hypertonies du système organo-végétatif, afin d'apprécier s'il s'agit d'une prédominance sympathique ou vagale, l'ergota-

(1) *Th. de Bordeaux*, 1926.

mine est un moyen de contrôle précieux par inhibition du sympathique.

Voici les doses que l'auteur propose pour l'utilisation de l'ergotamine dans ses diverses indications :

Obstétrique et gynécologie.

Tartrate d'ergotamine gynergène........	Ampoules de 1 cent. cube dosées à 0,0005, 1/2 à 1 à la fois. Comprimés à 0,001, 1 à 2, 3 fois par jour. Gouttes (solution à 0,1 p. 100), xv à xxx, 3 fois par jour.

Neurologie (sympathoses).

Tartrate d'ergotamine gynergène........	Ampoules à 0,0005, 1/2 à 1 ampoule, 2 à 3 fois par jour. Comprimés à 0,001, 1 comprimé 2 à 4 fois par jour.

CONGRÈS

XIXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. (PARIS, 11-15 octobre 1927.) — Président : M. le professeur Pierre Teissier; vice-présidents : MM. les professeurs Ch. Achard, F. Bezançon, le médecin inspecteur C. Dopter, le docteur E. Rist; secrétaire général : M. le docteur M. Chiray; adjoint : M. le docteur P. Gastinel; trésoriers : MM. C. Lian, P. Masson, éditeur.

Programme scientifique. — Le mardi 11 octobre, à 9 h. 1/2 : Séance d'ouverture au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique.

Les mardi 11, après-midi, mercredi 12, jeudi 13, matin et après-midi : Exposé et discussion des rapports.

Rapports. — I. SÉMIOLOGIE DES SEPTICÉMIES MÉDICALES. — « Sémiologie générale de l'état septicémique », par MM. P. Gastinel et J. Reilly (de Paris).

« Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques spécifiques à virus connus ou inconnus », par M. P. de Vezeaux de Lavergne (de Nancy).

« Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques non spécifiques », par MM. F. Arloing, P. Dufourt (de Lyon) et L. Langeron (de Lille).

II. PHYSIOPATHOLOGIE DES ŒDÈMES. — « Etude du rôle de quelques ions et des variations de leur répartition dans la pathogénie des œdèmes », par MM. E. Aubel et P. Mauriac (de Bordeaux).

« Rôle des propriétés physico-chimiques des protéines dans la pathogénie des œdèmes avec étude des variations de la tension osmotique et de la tension capillaire », par M. P. Govaerts (de Bruxelles).

« Les œdèmes brightiques », par MM. Pasteur Vallery-Radot et P. Nicaud (de Paris).

III. INDICATIONS MÉDICALES ET VALEUR THÉRAPEUTIQUE COMPARÉE DE LA SPLÉNECTOMIE. — « La splénectomie dans les processus hémolytiques », par MM. N. Fiessinger et P.-L. Brodin (de Paris).

« La splénectomie dans les processus anémiques, anémies parasitaires et infectieuses », par M. A. Nanta (d'Alger).

« Anémies pernicieuses et leucémies », par M. J. Tapie (de Toulouse).

Les volumes des rapports ont été envoyés à tous les congressistes au fur et à mesure de leur inscription et continueront à être adressés aux nouveaux inscrits jusqu'au 1er octobre.

Ceux des adhérents des pays d'outre-mer qui n'auraient pas reçu les volumes en temps utile pourront en retirer un duplicata sur présentation de leur carte de congressiste à la librairie Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à partir du 1er octobre.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ORGANISATION DES SÉANCES. — Afin d'assurer une discussion large et méthodique, discussion qui sera réglementée par les présidents nommés pour la diriger, le Comité d'organisation a décidé de n'accepter aucune communication qui ne concerne pas exclusivement les questions faisant l'objet des rapports. Les demandes de prendre part à la discussion de ces questions ou de communiquer à leur propos devront être adressées au secrétaire général du Congrès le plus tôt possible et en tout cas avant le 1er septembre. Il serait souhaitable qu'un résumé dactylographié soit adressé par avance aux bureaux du Congrès.

L'exposé des rapports ne devra pas dépasser vingt minutes. L'exposé des communications ou des observations présentées au cours des discussions ne devront pas dépasser dix minutes.

Les congressistes sont priés de remettre aux secrétaires des séances, immédiatement après avoir pris la parole, le texte dactylographié de leur communication. L'étendue du texte de chaque communication ne devra pas excéder cinq pages imprimées (modèle du volume des rapports). Les pages supplémentaires, au-dessus des cinq pages accordées, ne pourront être acceptées pour être publiées qu'à titre onéreux pour l'auteur, suivant une note qui lui sera présentée par les éditeurs du Congrès sur la base de 40 fr. la page.

Les figures au trait seront insérées gratuitement dans les communications, quand les documents pour en établir les clichés auront été remis en même temps que les communications, prêts à être photogravés. Les reproductions de photographies donneront lieu à un supplément de prix qui sera communiqué sur demande par les éditeurs. Des tirages à part des communications pourront, sur la demande des auteurs, être établis à titre onéreux s'ils sont demandés en même temps que sera remise la communication.

Les auteurs des communications sont priés de remettre au secrétariat du Congrès, aussitôt leur communication terminée, un court résumé de celle-ci, ce résumé devant être communiqué à la Presse qui fera les comptes rendus du Congrès.

Programme des fêtes et réceptions. — Mercredi 12 octobre, à 17 h. 30 : Réception offerte par le Conseil municipal de Paris à l'Hôtel de Ville.

Mercredi 12 octobre, à 21 h. 30 : Soirée offerte par le président du Congrès.

Jeudi 13 octobre, à 20 h. : Banquet par souscription par les membres du Congrès (le lieu en sera ultérieurement fixé).

La liste des adhérents au banquet (cotisation 75 fr.) sera définitivement arrêtée au secrétariat du Congrès, le 12 octobre, à 17 h. du soir.

Les membres des délégations étrangères accrédités auprès du Comité sont invités au banquet.

Vendredi 14 octobre, à 8 h. 30 du matin : Excursion en cars aux champs de batailles de l'Aisne. Les excursionnistes seront accompagnés par un officier d'état-major de l'armée française qui donnera sur le terrain des explications techniques intéressantes. Au retour de cette excursion une halte aura lieu au Carrefour de l'armistice. Nous croyons pouvoir espérer qu'une très haute personnalité militaire acceptera de venir y recevoir les congressistes.

La liste des personnes qui prendront part à l'excursion sera définitivement arrêtée le mercredi soir 12 octobre dans les bureaux du secrétariat du Congrès.

Les frais d'inscription à l'excursion (comprenant le voyage en cars, le déjeuner et frais accessoires) sont fixés pour chaque personne au prix de 70 fr.

Samedi 15 octobre, à 10 h. du matin : Avec la bienveillante autorisation de M. le Recteur de l'Université de Paris, visite à la Cité universitaire. Réception par M. le Recteur et les membres du Comité d'administration de la Cité. Lunch au restaurant de la Cité.

CENTENAIRE DE VILLEMIN. — Les journées du Centenaire

de Villemin suivront immédiatement le Congrès. Les congressistes qui le désireront pourront prendre part aux cérémonies et fêtes qui seront données à cette occasion. Ils sont priés de se faire inscrire auprès du Comité d'organisation du Centenaire de Villemin, à la direction du Service de santé du ministère de la Guerre, 66, rue de Bellechasse.

EXPOSITION. — Pendant la durée du Congrès se tiendra une exposition de journaux et de livres médicaux, d'appareils d'hygiène et de radiologie, d'instruments de laboratoire, de produits pharmaceutiques et diététiques. Cette exposition sera complétée par celle que le Comité du Centenaire de Villemin doit organiser. Pour tous les détails relatifs à cette exposition, s'adresser à M. Mouly, délégué technique, 12, rue de Seine.

En outre, une exposition artistique rétrospective sera organisée dans les locaux de l'exposition par M. le docteur Rabier; elle groupera, d'une part, des tableaux et gravures ayant trait à la vaccination, et, d'autre part, des portraits, silhouettes et caricatures de médecins contemporains.

COMITÉ DES DAMES. — Avec l'aide de la *Bienvenue française* un Comité de dames s'occupera de la réception des familles des congressistes (membres associés) pendant la durée du Congrès.

Renseignements généraux sur l'organisation du Congrès (inscriptions, facilités de transport en chemins de fer et en bateaux, visa des passeports, logement dans les hôtels, etc.). — I. MEMBRES DU CONGRÈS. — Les membres adhérents au Congrès comprennent : 1° de droit les membres de l'Association des médecins de langue française; 2° sous réserve d'acceptation par le bureau du présent Congrès, les médecins qu'intéressent les questions médicales et qui désirent y prendre part. La cotisation pour les membres adhérents est fixée à 50 fr.

Les étudiants en médecine et les membres non médecins de la famille des sociétaires ou des adhérents peuvent être admis comme membres associés du Congrès et paient une cotisation de 25 fr.

Tous les membres adhérents prennent part, au même titre, aux travaux du Congrès et en reçoivent les publications. Les membres permanents de l'Association possèdent seuls le droit de vote et sont seuls éligibles dans les diverses fonctions.

Les membres associés ont droit à tous les avantages du Congrès, exception faite des publications et des facilités de transport.

Les bulletins d'adhésion, accompagnés du montant de la cotisation (membres adhérents 50 fr., membres associés 25 fr.), doivent être adressés à M. Pierre Masson, éditeur, trésorier du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), par chèque ou versement à la poste au compte-courant de chèques postaux n° 599, Paris.

II. FACILITÉS DE TRANSPORT SUR LES CHEMINS DE FER FRANÇAIS. — Les membres adhérents du Congrès bénéficieront, de la part des Compagnies de chemins de fer français de l'avantage suivant : ils paieront le tarif plein à l'aller mais auront la gratuité du voyage de retour de Paris à la gare d'où ils seront partis pour se rendre au Congrès, ou depuis la gare frontière s'ils viennent de l'étranger. La validité de ces billets sera pour l'aller du 8 au 17 octobre inclus, pour le retour du 11 au 20 octobre inclus. Cet avantage n'est pas accordé aux membres associés.

Afin de permettre au bureau de faire les démarches nécessaires pour que les membres adhérents bénéficient de cet avantage, ceux-ci sont priés d'adresser, sans tarder, à M. Pierre Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), au plus tard avant le 1er septembre prochain, après l'avoir dûment rempli, le bulletin spécial qui leur a été adressé avec le reçu de leur cotisation.

Les adhérents français au XIXe Congrès français de médecine sont avisés qu'à l'occasion de ce Congrès et du Centenaire de Villemin des démonstrations techniques intéressant les médecins militaires de l'active et de la réserve seront organisées. Les médecins de réserve qui assisteront à ces démonstrations seront considérés comme accomplissant une période d'instruction et auront ainsi droit au tarif militaire sur les chemins de fer français. Pour bénéficier de cette faveur, il leur suffira de s'adresser au Comité d'organisation du Centenaire de Villemin (direction du Service de santé du ministère de la Guerre, 66, rue de Bellechasse, Paris).

III. FACILITÉS DE TRANSPORT SUR LES BATEAUX DE DIVERSES COMPAGNIES. — Les médecins congressistes se rendant au XIXe Congrès français de médecine, et partant des Etats-Unis d'Amérique ou du Canada, voudront bien s'adresser aux agences de la Compagnie générale transatlantique pour ce qui concerne les conditions de passage.

Les congressistes utilisant les lignes de Colon-Mexique, et ceux qui viennent de l'Algérie, de la Tunisie ou du Maroc, obtiendront des agences de la Compagnie transatlantique, sur la présentation de leur carte de congressistes, une réduction de 20 p. 100 sur le billet de passage aller et retour. Ce billet donnera droit à trois mois de séjour en France pour ceux qui viennent du Mexique et à un mois seulement pour ceux qui viennent d'Algérie, de Tunisie ou du Maroc.

Les congressistes utilisant la ligne de la Compagnie Sud-Atlantique (Amérique du Sud, Brésil, Argentine, Uruguay, Chili) ou les Compagnies des Messageries Maritimes ou Cyprien Fabre (Egypte, Syrie) auront également droit, en présentant aux agences de ces compagnies leur carte de congressiste à une réduction de 20 p. 100 sur le billet de passage aller et retour.

Pour les voyageurs utilisant les Messageries Maritimes, la réduction de 20 p. 100 consentie sera accordée au voyage d'aller jusqu'au 15 octobre inclus et pour le retour jusqu'au 20 mars inclus.

IV. PASSEPORTS. — Le ministre des Affaires Etrangères a bien voulu accorder en faveur des congressistes étrangers le visa gratuit des passeports. Cette mesure ne peut être applicable qu'aux congressistes inscrits avant le 1er août. Les congressistes devront pour l'obtenir justifier auprès des agents consulaires de leur titre de membre adhérent au XIXe Congrès français de médecine.

V. LOGEMENTS DANS LES HÔTELS. — Les membres du XIXe Congrès pourront s'adresser pour la question des hôtels à l'agence F. Le Bourgeois, 38, boulevard des Italiens, à Paris (IXe), qui leur donnera toutes indications concernant les différentes catégories d'hôtels et de restaurants parisiens.

VI. BUREAUX DU CONGRÈS. REMISE DES CARTES. — Les bureaux du Congrès seront installés dans les locaux de l'A. D. R. M. (salle Béclard, à la Faculté de médecine de Paris).

Les adhérents de la dernière heure pourront venir y verser le montant de leur cotisation et retirer leur carte de congressiste.

Dès le lundi 10 octobre (de 9 à 11 h. et de 14 à 18 h.), les congressistes pourront retirer dans les bureaux du Congrès une enveloppe établie à leur nom qui contiendra les cartes d'invitation aux diverses réceptions. Ils pourront également faire adresser aux bureaux du Congrès toute correspondance qui, aussitôt reçue, sera mise dans l'enveloppe à leur nom.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la permanence du bureau du Congrès, salle Béclard à la Faculté de médecine de Paris, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, « Bureau de l'Association pour le développement des relations médicales avec l'étranger », A. D. R. M., ou à M. le docteur Chiray, secrétaire général du Congrès, 14, rue Pétrarque, à Paris (XVe), ou à M. le docteur Lian, trésorier du Congrès, 19, rue de Bourgogne, à Paris (VIIe).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Anémie pernicieuse. La cholestérine en bio-pathologie, par M. le docteur DE GÉRIN. In-8 de 45 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, Le François.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère des Pensions. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin-major en retraite Bachon.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Etienne (de Nancy) et Biscos (d'Alger).

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Des médailles d'honneur sont accordées aux personnes ci-après désignées qui se sont particulièrement distinguées par leur dévouement au cours des diverses épidémies en Algérie :

Médaille de vermeil. — MM. Belaiche Abdelkader, auxiliaire médical à Ammi-Moussa; Tramini, médecin de colonisation à Mac-Mahon; Margerid, médecin de colonisation à Lafayette; Buffler, médecin-major de 2e classe.

Médaille d'or. — M. Bonnet, médecin à Sidi-Bel-Abbès.

Médaille d'argent. — MM. Colonna de Leca, médecin de colonisation au Télagh; Gérard, docteur en médecine à Bougie; Taddei, médecin des mines de l'Ouenza-Morsott; Schwebel, médecin à Bône; Amor, médecin de l'hôpital civil de Bône; Chettab Ali ben Mohammed, auxiliaire médical à Corneille; Gauthier, médecin-major de 2e classe; Pascal, médecin-major de 1re classe.

Médaille de bronze. — MM. Robin, médecin à Rivoli; Dartigues, médecin de colonisation à Aïn-el-Hadja; Mirgon, médecin de colonisation à Tébessa; Saidi Saïd ben Ammar, auxiliaire médical à Lafayette; Balliste, interne à l'hôpital d'El-Kettar.

CENTRES RÉGIONAUX DE LUTTE CONTRE LE CANCER. — Par arrêté du 20 août 1927, M. le docteur Hoche a été nommé directeur du Centre régional de lutte contre le cancer de Lorraine, en remplacement de M. le professeur Vautrin, décédé.

RÉUNION MÉDICALE FRANCO-BELGE. (Lille, 23, 24, 25 octobre 1927.) — Nous apprenons que les professeurs et professeurs agrégés de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Etat, de Lille, organisent pour les 23, 24 et 25 octobre 1927 une Réunion médicale franco-belge, au cours de laquelle auront lieu des conférences et des démonstrations essentiellement pratiques. (Communiqué par l'Association de la Presse médicale française.)

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours de chirurgie réparatrice et cosmétique de la face, par le professeur Pierre Sebileau et le docteur Léon Dufourmentel, chef de clinique, commencera le vendredi 16 septembre, à 14 h., et continuera tous les jours, à la même heure.

Le cours comprendra 10 leçons.

Droit d'inscription : 1.000 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

DÉMONSTRATIONS DES TECHNIQUES RÉCENTES DE SÉMÉIOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GASTRO-ENTÉROLOGIQUES. — Le docteur René Gaultier, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, fera du lundi 3 octobre au samedi 8 octobre, de 10 à 11 h., à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie, une nouvelle série de démonstrations pratiques de gastro-entérologie. Il exposera successivement :

La gastrotonométrie clinique; — L'analyse fractionnée du chimisme gastrique; — Le tubage duodénal, l'alimentation duodénale, le drainage non chirurgical; — Les méthodes de coprologie, le traitement des colites chroniques; — Les

méthodes de coprologie clinique, les pansements-lavements ; — Les méthodes de coprologie clinique, les infestations parasitaires de l'intestin.

Droit d'inscription : 150 francs.

S'inscrire près de la surveillante de la salle Magendie, à l'hôpital Saint-Antoine, ou par lettre chez le docteur René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mougin (de Paris).

CORRESPONDANCE

« L'ACTION PHARMACEUTIQUE » nous adresse une lettre ouverte et un appel en faveur de l'organisation à Cahors d'un Congrès national de médecine et de pharmacie sociales avec le concours et sous le patronage de :

1° MM. les doyens et professeurs des facultés de médecine et de pharmacie.

2° L'Union des Syndicats médicaux de France et des présidents des Syndicats médicaux affiliés à l'Union.

3° La Fédération nationale des Syndicats médicaux de France et des présidents des Syndicats médicaux affiliés à la Fédération.

4° L'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France et des présidents des Syndicats pharmaceutiques affiliés à l'A. G.

Messieurs,

Le Congrès de la Fédération nationale de la *Mutualité* qui a eu lieu à Strasbourg, en septembre 1926, et les débats qui en ont été l'occasion, ont fait apparaître les dangers que risque de faire courir à l'exercice de la médecine et de la pharmacie la prise en charge par la *Mutualité* des problèmes de médecine, d'hygiène et de pharmacie sociales.

Ce sont là des problèmes qui relèvent de votre compétence et de votre rôle dans l'exercice des deux professions et dans la société moderne.

D'autre part, les débats qui ont eu lieu au Sénat à l'occasion de la discussion du *troisième rapport supplémentaire* de M. le sénateur Chauveau et du *vote de la loi sur les Assurances sociales* ont prouvé que les *Pouvoirs publics* se trouvaient dans l'impossibilité de discuter utilement et de résoudre sans votre collaboration ces problèmes qui relèvent de votre compétence, de votre responsabilité, de votre fonction et de votre rôle professionnel et social.

Et il m'est apparu que le problème de la *loi sur les Assurances sociales et de l'élaboration des contrats collectifs* se trouvait tout entier dans ces deux questions auxquelles le Sénat n'a pu répondre et qu'il a été incapable ou impuissant à résoudre :

1° Organisation et fonctionnement des services sociaux médicaux et pharmaceutiques pour la fourniture des médicaments et des soins aux bénéficiaires de la loi sur les *Assurances sociales*.

2° Rôle et fonction professionnelle et sociale des Syndicats médicaux et pharmaceutiques dans le fonctionnement de la *loi sur les Assurances sociales et dans la société moderne*.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire connaître si vous voulez bien répondre à mon appel et consentir à vous réunir, pour vous *unir*, non certes pour contredire l'effort de prévoyance sociale en cours de réalisation, mais pour le seconder en le guidant, en signalant les difficultés techniques et pratiques.

Cette formule ne peut être que l'œuvre d'une conférence à laquelle vous serez tous présents ou représentés.

Dans un désir commun de bonne foi et de bonne volonté, nous travaillerons à la confrontation et à la conciliation des points de vue, nous regarderons plus loin, afin de voir plus haut.

Si votre adhésion nous était assurée, nous placerions cette conférence sous le patronage et sous la haute direction de personnalités politiques amies dont le concours pourrait facilement nous être acquis et qui resteraient nos porte-parole devant les deux Chambres et devant l'opinion.

Nous osons espérer que vous estimerez avec nous que seule une telle assemblée est qualifiée pour examiner et pour résoudre, d'une façon conforme aux intérêts de la science, de l'enseignement et de la profession et tout à la fois conforme à l'intérêt public, les problèmes d'organisation et de fonctionnement des services de médecine et de pharmacie sociales.

Seule la présence de juristes qualifiés pourra nous permettre de traduire en langage du droit les suggestions de la science, de la technique et de la pratique professionnelles.

Cahors reste la ville hospitalière qui pourra accueillir et donner son maximum de rayonnement à cette assemblée où se trouveront réunis à côté des maîtres de l'enseignement et de la pensée française l'élite des praticiens.

Nous n'attendons plus pour poursuivre notre tentative que l'adhésion agissante des personnalités et des groupements auxquels nous adressons notre appel.

Excusez-moi d'avoir placé si haut mon devoir, et s'il doit dépasser mes forces donnez-moi l'assurance que je puis compter sur vous pour l'accomplir.

Veuillez agréer, Messieurs et honorés maîtres et confrères, avec mes remerciements, l'hommage de ma reconnaissante gratitude.

PAUL GARNAL,
Président du Syndicat des Pharmaciens du Lot,
Directeur de l'*Action pharmaceutique*.

97, boulevard Gambetta, Cahors (Lot).

LIVRES NOUVEAUX

Nos Pauvres médecins (1), par le docteur Louis CHARRON.

Ce petit volume, qui décrit d'une manière très attachante la vie du médecin de campagne, est vendu au profit de l'Œuvre des veuves de médecins sans ressources, patronnée par l'Association générale des médecins de France.

Le lire est donc s'assurer quelques heures agréables et collaborer à une œuvre de philanthropie confraternelle.

L. G.

(1) Un vol. de 132 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française.

GUÉRISON D'UN TÉTANOS GRAVE

PAR INJECTIONS MASSIVES DE SÉRUM ANCIEN

Par MM. le professeur Victor AUDIBERT, Ch. TOINON et P. GUILLOT (de Marseille).

Le tétanos représentait, il y a quelques années à peine, une maladie à pronostic presque fatal. Il semble bien que la science médicale a triomphé aujourd'hui de ce fléau des accidentés, d'autant plus impressionnant que les blessures sont en général bénignes et passent souvent inaperçues.

Si donc nous rapportons, après bien d'autres, un succès de la thérapeutique vis-à-vis du germe de Nicolaïer, ce n'est pas dans l'unique intention de signaler une guérison de plus, mais d'insister sur certaines particularités de la sérothérapie antitétanique, telle que doit la concevoir et l'appliquer le praticien.

Voici d'abord notre observation détaillée :

Le 30 mars 1927, le nommé P... (Ch.), trente-sept ans, docker, est hospitalisé à l'Hôtel-Dieu, salle Peyssonnel, avec tous les signes d'un tétanos confirmé : contractures généralisées de l'abdomen et des membres inférieurs en opisthotonos, raideur de la nuque et de la colonne vertébrale, trismus accentué ne permettant pas au malade de desserrer les dents, rire sardonique, crises de contractures paroxystiques à la moindre excitation.

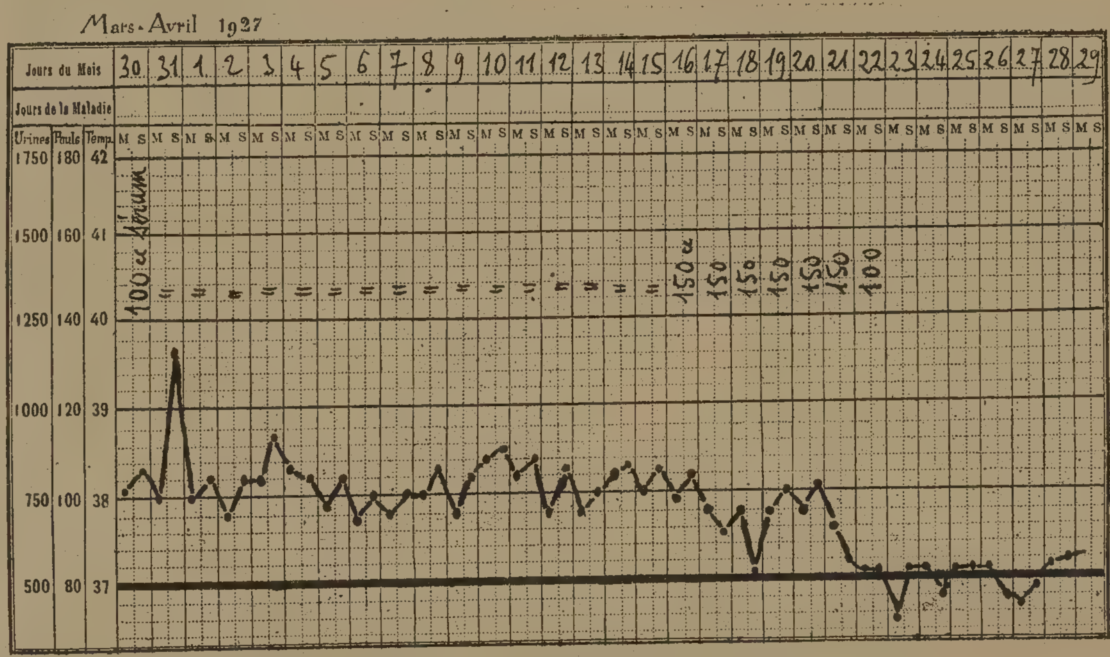
Seuls, les membres supérieurs ne sont pas complètement immobilisés par la contracture et le malade peut les mouvoir avec difficulté.

L'intelligence est conservée. Les réflexes tendineux sont fortement exagérés, la température est à 38 degrés, le pouls à 120.

A l'interrogatoire nous apprenons que le malade a été blessé par une écharde de bois, à la face externe de la jambe gauche, tandis qu'il débarquait des planches, un mois environ avant son hospitalisation. Il a extirpé lui-même cette écharde, et la plaie, nous dit-il, s'est cicatrisée très rapidement sans suppuration, on n'en voit du reste plus aucune trace.

Une quinzaine de jours après, le malade éprouve de la gêne pour ouvrir la mâchoire, ainsi qu'une lassitude générale et se sent fléchir sur ses jambes. Puis il ressent des douleurs dans les membres inférieurs et le dos et constate qu'il devient de plus en plus raide. La marche gênée l'immobilise bientôt au lit. Enfin, la mastication devient impossible, le trismus augmente en même temps que des contractures paroxystiques avec dyspnée apparaissent.

Le diagnostic de tétanos s'impose. Une sérothérapie intensive est instituée d'emblée.



On injecte le matin 20 centimètres cubes d'ancien sérum antitétanique intrarachidien et 40 centimètres cubes sous-cutanés, le soir 40 centimètres cubes intramusculaires. En même temps, 6 grammes d'hydrate de chloral par la bouche. Le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction est envoyé à l'analyse : il est absolument normal.

Le lendemain, 31 mars, la température est à 39°8 le matin, 38° le soir. On injecte 40 centimètres cubes de sérum par voie sous-cutanée le matin, 40 centimètres cubes par voie intramusculaire le soir et 20 centimètres cubes par voie sous-cutanée dans la nuit; 6 grammes de chloral en potion.

Ce même traitement est continué jusqu'au 6 avril où l'on constate une diminution du trismus. Mais les autres signes persistent, opisthotonos, contractures généralisées et paroxystiques.

On continue d'injecter 100 centimètres cubes de sérum et de faire absorber 6 grammes de chloral par vingt-quatre heures jusqu'au 14 avril.

La température oscille toujours entre 37°8 et 38°5.

Le 14 avril, l'intensité des contractures musculaires augmente et les paroxysmes deviennent plus fréquents. Le trismus s'accentue.

On porte alors la dose de chloral à 8 grammes par vingt-quatre heures et l'on pratique une injection de 1 centigramme de morphine dans la soirée du 14 et du 15 avril.

Même dose de sérum, soit 100 centimètres cubes par vingt-quatre heures, en trois injections (60 centimètres cubes par voie sous-cutanée, 40 centimètres cubes par voie intramusculaire).

Devant la persistance des signes, le 16 avril on augmente la quantité de sérum. On la porte à 150 centimètres cubes en trois fois : 50 centimètres cubes sous-cutanés le matin, 50 centimètres cubes intramusculaires le soir, 50 centimètres cubes sous-cutanés dans la nuit. Et toujours 8 grammes de chloral par la bouche.

Même traitement le 16, le 17 et le 18 avril.

Le 19 avril, une amélioration nette se produit; trismus, raideur de la nuque et du dos, contractures des membres inférieurs diminuent.

Le 20 et le 21 avril, 150 centimètres cubes de sérum et 6 grammes de chloral. L'amélioration s'accentue. La température tombe le 21 avril à 37°5 le matin, 37°2 le soir.

Le 22 avril, la température est normale. Plus de chloral; 100 centimètres cubes de sérum.

Le 23 avril, suppression de tout traitement.

La température reste normale. Le trismus a complètement disparu, la contracture presque complètement. Il n'y a plus aucune crise paroxystique.

La guérison complète est acquise le 25 avril.

Dans les jours qui suivent le malade essaie progressivement de se réadapter à la marche.

Il constate que son pied gauche est tombant et qu'il ne peut le fléchir sur la jambe.

Le 2 mai, à l'examen, on constate une paralysie des extenseurs du pied gauche, avec pied en varus, hypoesthésie de la face dorsale.

Exagération bilatérale des réflexes rotuliens avec clonus des deux rotules. Pas de Babinski.

Cette exagération des réflexes diminue le 7 mai, mais la paralysie des extenseurs du pied gauche persiste.

L'électrodiagnostic du membre inférieur gauche donne les indications suivantes :

Trouble des réactions électriques des muscles antéro-externes de la jambe, des péroniers et du pédieux.

Inexcitabilité faradique des nerfs et des muscles.

Légère lenteur de la secousse galvanique des muscles.

Egalité polaire. En résumé, réaction de dégénérescence partielle.

Les autres nerfs et muscles ont des réactions normales.

Quelques séances d'électrothérapie sont pratiquées dans les jours qui suivent.

La légère exagération des réflexes des membres inférieurs persiste. Quant à la paralysie des extenseurs et du pédieux, elle rétrocède légèrement, sans toutefois disparaître complètement. Le malade conserve son pied gauche tombant et marche en steppant.

Il quitte enfin l'hôpital dans le même état.

Ainsi un tétanos des plus graves a été guéri par la sérothérapie.

Ce n'est pas avec intention ni par préférence que nous avons utilisé l'ancien sérum antitétanique. Nous disposions de lui à ce moment-là et malgré que le nouveau sérum purifié de l'Institut Pasteur renfermât 5.000 unités antitoxiques par 10 centimètres cubes, soit 3.500 unités de plus que l'ancien sérum, nous n'avons pas songé un seul instant à refuser la médication que nous fournissait la pharmacie de l'Hôtel-Dieu.

Mais nous n'avons pas hésité à utiliser ce sérum à doses continues et vraiment massives puisque dans l'espace de vingt-quatre jours nous avons employé 2.700 centicubes de sérum, soit une moyenne de 112,5 centicubes par jour. A certaines périodes, 150 centicubes furent injectés dans les vingt-quatre heures.

Nous pensons que tout le secret de la thérapeutique curative est là. Injecter de faibles doses ou s'arrêter au bout de quelques jours sous prétexte que la maladie ne s'amende pas nous paraît constituer une grave erreur. Nous voyons, en effet, dans notre observation que la sérothérapie commencée à la dose quotidienne de 100 centicubes le 30 mars 1927, c'est-à-dire le jour même de la rentrée à l'hôpital, s'est continuée sans arrêt jusqu'au 16 avril sans que se soit ébauché le moindre signe favorable. Un semblant d'aggravation au contraire (tout au moins dans les contractures) nous a contraints à porter la dose de sérum à 150 centicubes par jour jusqu'au 21 avril, époque à laquelle s'est confirmée l'amélioration déjà amorcée depuis l'avant-veille. Que serait-il arrivé si nous avions arrêté la médication au bout de cinq, huit ou douze jours?

Il faut avouer que cette continuité dans l'effort nous fut permise par l'absence complète de phénomènes anaphylactiques. Et ce n'est pas une des moindres surprises que de constater cette heureuse absence de choc sérique après de pareilles doses et avec l'emploi d'un sérum non purifié.

Nous n'avons pas utilisé la voie rachidienne, sauf le premier jour, à l'heure de la ponction lombaire. Et cependant notre malade a guéri! Il faut s'en réjouir vivement, car combien de praticiens se trouveraient hésitants et même désarmés s'il leur fallait, une ou deux fois par jour, recourir à une rachicentèse sur un malade en opisthotonos complet. La chloroformisation n'est pas à la portée de tous, dans les campagnes spécialement, et ne croyons pas que sans elle on puisse arriver à utiliser fréquemment la voie rachidienne.

MM. Archambaud et Friedmann, dans la *Presse médicale* du 27 avril 1927, ont signalé un cas de guérison par le nouveau sérum purifié de l'Institut Pasteur. Il est incontestable que ce sérum, dont la valeur antitoxique est supérieure à celle de l'ancien, possède cet autre avantage d'être presque complètement dépourvu de protéines sériques. Il se montre donc plus efficace à doses moindres et avec moins de danger, d'où la nécessité de faire appel à lui par préférence.

Mais que les médecins n'hésitent pas à se servir de l'ancien sérum, lorsqu'ils n'ont pas celui-là à leur disposition. Ils en obtiendront des succès aussi démonstratifs que le nôtre.

Les auteurs précités ont eu recours à la chloroformisation de leur malade. Notre malade a guéri sans chloroformisation. Celle-ci ne nous paraît donc pas indispensable dans la cure. Nous nous demandons même si, en dehors des cas d'asphyxie menaçante, il n'est pas préférable de s'abstenir de cette pratique. Qu'on le veuille ou non, le chloroforme est un toxique. Est-il bien utile et physiologique d'ajouter une toxémie à une autre?

Une dernière remarque s'impose à la lecture de notre observation : c'est la paralysie des extenseurs du pied gauche qui est survenue au décours de la maladie. Faut-il en faire une conséquence de la sérothérapie? C'est possible et même probable. Cette névrite pourtant ne nous a pas paru très grave puisque la réaction de dégénérescence n'était que partielle.

La conclusion qui se dégage de ces lignes nous semble formelle : Le tétanos doit être combattu sans découragement par la sérothérapie d'une façon continue et massive jusqu'à cessation des phénomènes de contracture. Il est préférable d'employer le sérum purifié de l'Institut Pasteur; l'ancien est cependant

très actif. L'injection rachidienne n'est pas indispensable : la voie intramusculaire et sous-cutanée peuvent être utilisées avec tout autant d'efficacité.

LE CANCER TUBAIRE PRIMITIF

Par le docteur CONSTANTIN STANCA,
Docent de gynécologie et obstétrique de la Faculté de médecine de Bucarest,
Médecin en chef de l'hôpital « Spital de Temès », Cluj.

Le cancer tubaire est très rarement signalé parmi les maladies génitales de la femme. Toute la littérature médicale mentionne à peine 180 cas parmi lesquels seulement 33 p. 100 sont primitifs et les autres secondaires. Nous trouvons le premier cas signalé dans les travaux d'Orthmann en 1880. Il fait l'analyse suffisamment minutieuse du cancer tubaire primitif et renverse l'opinion des autres précédents que le cancer tubaire n'est que secondaire et qu'il se développe à la suite du cancer ovarien ou utérin.

En 1917, j'ai eu l'occasion d'observer à la Clinique gynécologique de Cluj un cas de cancer tubaire primitif qui, étant le premier cas observé à cette Clinique, mérite d'être mentionné.

B. T..., femme d'un maçon, âgée de quarante ans, se présente à la Clinique le 25 janvier 1917. Nullipare. N'a souffert d'aucune maladie grave.

Première menstruation à treize ans, à intervalles réguliers, quantité normale, durée trois à quatre jours. Dernière menstruation le 15 janvier.

Depuis sept mois éprouve un affaiblissement général, douleurs dans l'abdomen. De temps en temps se sent plus mal, si bien qu'elle est obligée de garder le lit une à deux semaines. Souffre de constipation.

Défécation douloureuse. S'est présentée à la Clinique à cause de fortes crampes qu'elle sent dans la région de la matrice depuis quinze jours.

Etat le jour de l'entrée. — Faiblement nourrie, les téguments et les muqueuses pâles. Le facies cachectique. Le cœur, les poumons, le système gastro-intestinal ne présentent rien d'anormal à l'examen physique. L'urine claire, quantité normale, traces d'albumine, rien de pathologique dans le sédiment. Température entre 37-38 degrés.

Etat des organes génitaux. — Le col d'un demi-centimètre, l'orifice du canal cervical rond, de la grandeur d'une lentille, l'utérus en rétroversion. Du côté droit du pelvis on peut palper une résistance élastique irrégulière de la grandeur d'une tête de fœtus.

Cette résistance continue dans l'abdomen et on peut la palper jusqu'à deux doigts de l'ombilic. La tumeur remplit le pelvis appuyant à gauche vers l'utérus et le Douglas ; elle est très peu mobile.

Diagnostic : Tumeur annexe (maligne)?

Nous décidons l'opération (30 janvier 1917, professeur docteur Szabo).

A l'ouverture médiane de la cavité abdominale (analgésie lombaire avec de la tropococaïne), environ un demi-kilogramme de liquide s'écoule.

Le grand épiploon, infiltré, grossi, adhérant à la tumeur dont la base est dans le pelvis. Sous l'épiploon quelques segments du petit également adhérents à la tumeur. En isolant l'épiploon et l'intestin des adhérences, malgré toutes les précautions nécessaires et habituelles, la tumeur s'ouvre sur un point, laissant apparaître une matière jaunâtre consistante. Après l'isolement complet de la tumeur des organes voisins, nous observons que la tumeur n'est que la trompe et l'ovaire gauche. Les annexes de droite forment de même une tumeur d'une grosseur de deux doigts environ ayant la forme d'une saucisse, et cette tumeur est adhérente à la paroi postérieure de l'utérus, descendant jusqu'au Douglas. Après l'enlèvement on constate un hydrosalpinx simple avec un ovaire suffisamment normal. Parce que le débarrassage des adhérences vésico-utérines et recto-utérines demandaient trop de temps, et qu'à chaque pas paraissaient des sanguinolences parenchymateuses très prononcées, on ne fait que l'*annexotomie bilatérale avec le drainage du Douglas*. Nous faisons la résection de l'épiploon infiltré dans la partie distale. Nous constatons l'infiltration des ganglions mésentériques et paravertébraux.

Après l'opération, péritonite généralisée. Exitus.

Description anatomique de la tumeur. — On peut bien distinguer la trompe et l'ovaire gauche. La trompe, à l'extrémité utérine de la grosseur d'un doigt, continue à grossir du côté distal où elle présente une grosseur comme celle d'un avant-bras.

Elle a la forme d'un cor. A l'extrémité distale elle a une grosseur de 10 centimètres d'épaisseur diamétrale. En faisant une scission longitudinale, à la surface de la section apparaît une matière qui ressemble au chorion frondeux, assez consistante ; en certains endroits et de-ci de-là contenant un liquide ayant la caractéristique du pus.

Dans le voisinage de l'utérus, cette matière se détache de la paroi de la trompe de telle façon qu'on peut l'enlever de là comme d'un lumen. Cette matière endotubaire ne dépasse nulle part la séreuse de la trompe, excepté dans les endroits où il y avait des adhérences avec la trompe, de l'épiploon et l'ovaire.

Les adhérences entre la trompe, l'ovaire et l'épiploon sont complètes et ne se séparent l'une de l'autre que par une rupture brusque. La membrane entre ceux-ci ne peut plus se reconnaître.

L'ovaire gauche est kystique, dégénéré et de la grandeur d'un œuf de poule. Du côté où sont les adhérences, il est friable comme s'il était infiltré avec la même matière que la trompe.

La surface de section, à cet endroit, présente le même caractère que la trompe tandis que dans la partie distale on peut très bien reconnaître le tissu macroscopique de l'ovaire normal.

Les annexes droites. — La trompe présente un hydrosalpinx simple, aux parois minces, transparentes. Elle contient du pur sérum. L'ovaire paraît être macroscopiquement normal.

Description histologique de la tumeur et des autres organes intéressés (1). — Au microscope sur la surface sectionnée de la tumeur, on peut bien reconnaître la structure de la paroi de la trompe qui est mince et contient une plus grande quantité de cellules conjonctives et embryonnaires ; les capillaires sont grossis et remplis de sang, dénotant des phénomènes de compression et même d'irritation inflammatoire.

Ce tissu proprement dit de la salpinge, est traversé par des masses cellulaires qui pénèrent sous forme de cordons confluents la cavité de la trompe, formant la masse compacte néoplasique.

Dans certains points vers le bord de cette masse épithélienne surtout, on voit aussi des cordons distincts constitués par un rang ou deux de cellules épithéliales cylindriques, un peu aplaties.

Au milieu de ces bandes, un peu de tissu conjonctif avec capillaire pénètre, donnant à la prolifération un caractère papillomateux.

Parmi ces cordons, on trouve aussi des masses homogènes

(1) Basée sur l'examen fait par M. le professeur-docteur Titus Vasiliu.

albumineuses : sécrétion glandulaire. Le noyau des cellules est hyperchromatique irrégulier avec quelques karyokinèses atypiques.

L'ovaire comme l'épiploon, présente dans la partie adhérente, la même prolifération néoplasique que la trompe. Cependant la portion distale de ces organes est, en général, normale.

CONCLUSION : D'après le caractère papillomateux qu'a la tumeur et d'après la forme massive, cancéreuse, avec cellules non habituelles dans la néoplasie épithéliale ovarienne, le point de départ primitif du néoplasme de la trompe se confirme. En plus de ces considérations, nous avons encore les faits suivants qui confirment la naissance du néoplasme dans la trompe : *a*. Presque toute la tumeur néoplasique s'étend sur la trompe gauche d'une façon assez circoncise; *b*. à peine une petite portion de l'ovaire gauche, celle qui adhère à la tumeur, est altérée par le processus cancéreux. La plus grande partie de l'ovaire est indemne du processus néoplasique; *c*. L'utérus étant aussi examiné à l'autopsie, celui-ci est tout à fait normal Aucun signe de dégénérescence.

En considération de la rareté du cas, je prends la liberté de m'occuper en détail de cette maladie des organes génitaux de la femme, d'autant plus que dans la littérature médicale roumaine — du moins autant que j'ai eu l'occasion de me la procurer et d'en conclure — je ne trouve pas la description d'un pareil cas.

D'après les recherches faites par Orthmann, il ressort que ce cancer, du point de vue de l'évolution a deux formes : *a*. la forme primitive, *b*. la forme secondaire.

Le cancer primitif prend son point de départ à la muqueuse de la salpinge (des papilles de celles-ci) et peut devenir diffus ou « circonscrit ». Le secondaire se présente à la suite du cancer utérin, ou celui de l'ovaire. Du point de vue histologique, Sänger et Barth divisent le cancer de la trompe en : *a*. cancer papillaire simple (carcinoma papilare simplex), *b*. cancer alvéolaire (carcinoma alveolare).

En ce qui concerne les moments favorables à la pathogénie du cancer de la trompe, quelques auteurs mentionnent l'inflammation chronique de la salpinge. C'est ainsi qu'on a observé des cas de cancer primitif de la trompe après une pelvi-péritonite chronique (Sänger) ou après la fièvre puerpérale Schmidtlechner).

Otto V. Franqué et Lipschutz décrivent chacun un cas de cancer primitif de la salpinge greffé sur les restes d'ulcérations tuberculeuses. Witthauer soutient qu'aucun des moments adjuvants mentionnés plus haut ne peuvent être pris en considération car tous les cas de cancer primitif de la trompe se développent par une directe dégénérescence néoplasique (cancéreuse) des papilles tubaires.

Il explique que les adhérences trouvées aux annexes, utérus, pelvipéritonites sont dues au processus néoplasique de la trompe; on explique ces altérations par la sécrétion pathologique de la trompe, sécrétion qui pénétrant dans l'abdomen par l'ostium abdominal de la trompe produit une réaction inflammatoire des annexes et du péritoine pelvien. Donc ces inflammations seraient des produits spéciaux mais secondaires de la trompe.

Le cancer de la trompe n'a pas de symptômes pathognomoniques.

Il débute presque avec les mêmes symptômes que les tumeurs annexes bénignes. Quelques gynécologues croient caractéristiques les douleurs unilatérales qui se présentent en paroxysmes irréguliers, sous forme de coliques. Ces coliques s'accentuent petit à petit jusqu'au paroxysme, puis perdant de leur intensité disparaissent rapidement.

Celles-ci s'expliquent par le fait que le lumen de la trompe est rempli par la masse cancroïde qui s'accumulant irrite la paroi de la salpinge et la fait réactionner avec des mouvements péristaltiques pendant lesquels une partie du liquide (sérum, pus, sang) rétentionné s'élimine vers l'utérus ou vers la cavité abdominale.

Peham mentionne en plus des symptômes énumérés plus haut quelques autres encore plus évidents qui différencieraient la lésion constatée, des autres maladies génitales. Les signes avertisseurs d'une tumeur maligne étaient pour nous : l'aspect cachectique et l'ascite.

Le diagnostic du cancer de la trompe d'après les observations exposées plus haut est très difficile. Dans la littérature connue je n'ai trouvé aucun cas où le diagnostic ait été donné avant l'opération ou l'autopsie. Ceci peut s'expliquer par le fait que les trompes sont des organes cachés très difficiles à palper chez certaines femmes, et que le cancer de la trompe est une maladie très rare, à symptômes incertains. Plusieurs circonstances nous aideront pour l'établissement du diagnostic : l'âge, la faiblesse, l'évolution continue et assez rapide de la tumeur palpée dans des examens successifs; l'ascite, les douleurs intermittentes sous forme de coliques, la ponction exploratrice de la tumeur à travers la paroi abdominale ou par le vagin et l'observation au microscope de la matière extraite, méthode recommandée par Werner, mais que je considère comme téméraire et dangereuse (la transplantation du processus cancéreux, péritonite).

L'évolution du cancer de la trompe est caractérisée par des métastases précoces et multiples qui dans la plupart des cas rendent l'intervention chirurgicale illusoire. Parmi tous les cas opérés du cancer de la trompe, seulement 4 p. 100 ont été radicalement guéris (Lipschutz). Le pronostic du cancer de la trompe est fort grave.

Ces 4 p. 100 ne présentent pas un résultat encourageant. Le résultat thérapeutique dépend du degré où est arrivée la maladie. Si la patiente se présente à l'état opérable, on fait l'indication d'une extirpation totale d'après la méthode de Wertheim.

Dans les cas inopérables pour lesquels jusqu'à présent nous étions contraints à un traitement symptomatique, aujourd'hui nous sommes dans la situation plus favorable de pouvoir essayer la thérapie profonde avec les rayons X dont on a obtenu ces derniers temps des résultats qui promettent (Weibel).

Littérature. — BOXER. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXX.
OTTO V. FRANQUÉ. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVII.
KEHRER. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXVII.

LIPSCHUTZ. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXXIX.
ORTHMANN. *Centralbl. f. Gyn.*, 1886.
PEHAM. *Zeit. f. Heilk.*, Bd XXIV.

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVELLES PRÉCISIONS SUR LES INDICATIONS ET LES CONTRE-INDICATIONS DE LA MÉDICATION IODÉE EN PHTISIOTHÉRAPIE (1)

Dans un travail paru en 1925 (2) le docteur Nigoul-Foussal exposait les indications et les résultats de la médication iodée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et concluait à l'utilisation de l'iode seulement dans les formes non évolutives localisées.

Des discussions s'étant élevées au sujet des applications cliniques de l'iode en phtisiothérapie, le docteur Nigoul-Foussal, en collaboration avec le docteur Marissal (de Montpellier), a fait des recherches nouvelles de contrôle, et les auteurs apportent aujourd'hui un nombre important d'observations cliniques scientifiquement établies.

Leur expérimentation a été faite d'abord avec la teinture d'iode, puis avec un iode organique injectable, et aussi bien chez les tuberculeux en évolution que chez les malades non évolutifs.

Les conclusions de ce travail clinique sont les suivantes : « Qu'il s'agisse de la teinture d'iode dépourvue d'iodure ou d'un iode injectable, on n'obtient de résultats favorables que dans les formes non évolutives dont la température oscille autour de 37°5. Dans les tuberculoses évolutives, au contraire, formes extensives, infiltrantes, hémoptoïques, avec température, même ne dépassant pas 38 degrés, *il faut s'abstenir de tout traitement iodé.*

Enfin, une distinction s'impose entre les effets cliniques de l'iode absorbé *per os* (teinture d'iode) et ceux de l'iode utilisé par la voie intramusculaire.

La teinture d'iode est nocive pour l'estomac, surtout à doses élevées difficilement supportées. Elle est contre-indiquée chez les dyspeptiques et les sujets atteints de troubles pharyngo-laryngés.

Avec un iode organique utilisé par la voie intramusculaire, bonne tolérance, action thérapeutique rapide et régulière, action favorable sur le poids corporel et sur la pression artérielle, assèchement de l'expectoration, mais pas d'action nette sur le caractère bacillifère.

Si l'on utilise un iode injectable organique radioactif on constate, en outre, une sensation d'euphorie avec action psychothérapique immédiate, des effets toniques généraux et une diminution de l'éréthisme cardiaque.

Quelle que soit la forme pharmaceutique administrée, teinture d'iode, iode organique injectable ou même iode organique radio-actif, nos conclusions ne varient pas, elles sont formelles : s'abstenir de ce traitement iodé dans la tuberculose pulmonaire évolutive, le réserver uniquement aux autres formes cliniques où il donne de beaux résultats. »

(1) *Les Sciences méd.*, 28 fév. 1925.
(2) *Presse méd.*, 7 nov. 1925.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 JUILLET 1927)

Le traitement de l'anémie pernicieuse progressive cryptogénétique par les méthodes de Whipple et de Walinski. — M. P.-Emile WEIL rapporte quatre cas d'anémie pernicieuse progressive cryptogénétique aplastique ou hypoplastique qui ont guéri, soit par la méthode de Whipple (ingestion quotidienne de 200 grammes de bouillie de foie), soit par la méthode de Walinski (transfusions et injections quotidiennes de 5 à 20 unités d'insuline). Ces guérisons datent déjà de plusieurs mois et ont été obtenues en six semaines environ ; elles semblent complètes ; les malades ont retrouvé des forces, n'ont plus de troubles digestifs et ont repris du poids (12 kilogrammes dans deux cas suivis).

La méthode de Whipple est confirmée par de nombreux cas : plus de soixante publiés tous confirmatifs à qui manque seulement une observation prolongée dans le temps.

Celle de Walinski paraît aussi efficace et les injections d'insuline ont permis aux transfusions d'avoir une action beaucoup plus intense et efficace qu'elles n'avaient pas eue sans elles.

Le fait que diverses méthodes opothérapiques possèdent une telle efficacité présente non seulement un gros intérêt pratique, mais suscite toute une série de problèmes physiopathologiques qui appellent des recherches expérimentales. Il semble que pour la première fois on agisse, non seulement sur l'hématopoïèse déficiente, mais encore sur les processus d'hémolyse.

Compression médullaire par pachyméningite cervicale tuberculeuse primitive. — MM. BERNARD, HERMANGE et DELCOUR (de Lille).

Cancers du poumon à forme osseuse et douloureuse. — MM. LOEPER et R. GARCIN rapportent deux observations anatomo-cliniques de néoplasmes primitifs du poumon, d'origine alvéolaire, qui s'étaient uniquement traduits par des douleurs osseuses atroces, généralisées, et une cachexie rapide. Les examens radiographiques et anatomiques ont montré que cette symptomatologie spéciale était liée à la généralisation précoce au squelette de ces néoplasies pulmonaires. Pareils aspects radiographiques, pareils faits de cancer généralisé du squelette, n'avaient été jusqu'ici signalés que dans certains cancers du sein et de la prostate.

A propos d'un cas d'ostéites éberthiennes multiples. — MM. RIST, RAVINA et WAITZ rapportent un cas considéré à tort comme une tuberculose chez une femme de vingt-huit ans. La vaccinothérapie fut sans effet et provoqua une réaction générale et focale très intense.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'examens répétés de l'expectoration, sur le taux très faible de l'agglutination (1/100) après une évolution de la maladie de trois mois et demi, enfin sur l'efficacité de la vaccinothérapie.

MM. FLANDIN et RATHERY citent des cas semblables dans lesquels la vaccinothérapie a amélioré les malades très rapidement.

Acidose gazeuse dans les néphrites. — MM. LABBÉ, NEPVEUX et SELIGMANN.

Ulcères de jambe. Lésions osseuses et syphilis. — MM. TERRIS, JONESCO et COHEN rapportent les observations de quarante sujets traités dans le service du professeur Jeanselme pour des ulcères de jambe et dont un grand nombre présentaient des lésions osseuses. Ces lésions révélées par la radiographie, sous forme de périostite le plus souvent, plus

rarement d'ostéopériostite, sont celles qu'ont décrites antérieurement MM. Sézary et Lichtwitz.

Les auteurs se sont attachés à mettre en évidence la coexistence fréquente de ces lésions avec la syphilis, soit constatée cliniquement ou par la réaction sérologique, soit qu'on ait relevé des signes de présomption (fausses-couches, polymortalité infantile dans les deux premières années, aortite, signes d'hérédo-syphilis, etc.).

De leurs recherches, les auteurs concluent à la grande fréquence de la syphilis reconnue classique (70 p. 100); à l'action favorable du traitement antispécifique (68,7 p. 100 des cas traités nettement améliorés); enfin, à un pourcentage très élevé de lésions osseuses (82,6 p. 100) siégeant principalement sur le péroné, soit seul, soit d'une manière prédominante, sans qu'il soit encore possible de démontrer si ces lésions osseuses sont elles-mêmes de nature syphilitique ou si elles sont dues à une infection banale chronique par le microbisme latent de ces ulcères.

M. Sézary considère que les lésions osseuses ne sont pas de nature syphilitique et qu'il faut faire jouer un rôle important aux troubles vaso-moteurs.

Nouvelle contribution à l'étude du pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire infantile. — MM. P.-F. Armand-Delille et J. Vibert ont étudié dans le courant de 1926, 73 cas présentant les indications de ce traitement. Ils ont pu instituer un pneumothorax dans 60 cas, dont 49 seulement ont été normalement entretenus. Sur ces 49 cas, 34 se présentent avec un résultat favorable : disparition des bacilles et augmentation de poids dans la plupart des cas, apyrexie dans tous les cas. La proportion des épanchements est seulement de 30 p. 100. L'apparition de lésions du côté opposé n'a été vue que dans deux cas.

Sur la syphilis des os. Etude clinique et radiographique. — M. Barcia (de Montévidéo) présente une série de radiographies de la syphilis des os en insistant sur l'importance qu'il y a à dépister le tréponème avant de prononcer le diagnostic du sarcome.

Quelques-unes des radiographies sont accompagnées de pièces anatomiques et autres qui forment série en montrant la marche favorable du processus en cours du traitement antispécifique.

Coexistence d'anévrismes et d'oblitérations artérielles aux membres inférieurs. — MM. J. Rouillard et R. Lançon présentent un homme de quarante-quatre ans atteint de lésions artérielles multiples aux membres inférieurs. A gauche, anévrisme poplité oblitéré et oblitération artérielle située au-dessus; à droite, anévrisme au pli de l'aine et très probablement oblitération à la partie supérieure du creux poplité. Réaction de Wassermann négative. A la suite d'un traitement arsénical, les pulsations et oscillations n'ont pas reparu au membre inférieur gauche, ni à la jambe droite, mais la tension, mesurée sur l'artère fémorale droite au tiers moyen de la cuisse, est de 22-11, alors qu'elle était de 10-6 avant le traitement.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(séance du 9 mars 1927)

Troubles de l'audition et intestin. — M. Matignon (de Châtel-Guyon).

Note sur l'emploi de la matricaire discoïde, comme vermifuge. — M. H. Leclerc signale l'avantage d'utiliser la matricaire discoïde comme anthelmintique et en particulier pour les oxyures.

Alcoolature : XL gouttes avant chacun des deux repas, et suppositoires, 1 gramme de poudre de semence de matricaire discoïde.

La matricaire discoïde est inoffensive et agit dans le même sens que le chénopodium.

Le traitement du diabète par la synthaline. — M. Schwab rapporte vingt-deux cas de diabète (dont un infantile) traités par la « synthaline » nouveau diabétifuge, préconisé dans le traitement du diabète par la bouche. M. Schwab arrive aux conclusions suivantes : Dans les formes légères et moyennes du diabète, l'action de la synthaline est égale à celle de l'insuline (diminution du taux de la glycosurie, du sucre sanguin, augmentation du poids, etc.). Appliquée comme cure mixte avec de l'insuline, elle permet d'espacer les injections dans les formes graves de cette maladie. Ce nouveau médicament présente même quelques avantages sur l'insuline. L'administration par la bouche ne diminue pas son activité. D'autre part, l'effet cumulant de la synthaline permet d'intercaler un jour de repos après quelques jours de ce traitement.

Les phénomènes d'intolérance, tels que : inappétence, fatigue, etc., sont facilement enrayés par l'emploi d'opiacés, de belladone, de carbonate de calcium et de camphre monobromé.

La phrénicectomie contre la toux intense et persistante des tuberculeux. — M. Jean Freixas (de Barcelone).

(séance du 6 avril 1927)

Rôle des forêts dans la thérapeutique des eaux minérales. — M. Joly. L'atmosphère des stations thermales joue un rôle très important dans la cure des villes d'eaux. Il ne faut donc rien changer aux conditions naturelles facteurs de ce climat local reconnu thérapeutique. Or les forêts enveloppant les villes sanitaires sont, à ce point de vue, un agent actif et passif de premier ordre. Leur action est multiple sur la valeur médicale de la station et sur le débit même des sources. Il ne faut donc à aucun prix y toucher, mais au contraire les déclarer d'utilité publique comme les sources elles-mêmes reconnues par l'Académie de médecine.

L'auteur demande que les forêts touchant les villes d'eaux et les stations climatiques soient soumises à une réglementation forestière spéciale les rendant intangibles.

Ce vœu est adopté par la Société de thérapeutique.

Essai d'un mélange de calomel-bismuth dans le traitement de la syphilis tertiaire. — MM. Ch. Fouquet et J. Michaux ont essayé avec succès de traiter des cas de syphilis gommeuses, et de syphilis nerveuses, par un mélange qui contient pour 1 centimètre cube d'huile, 5 centigrammes de carbonate basique de bismuth et 1 centigramme de calomel. Chaque ampoule est de 3 centimètres cubes et contient 12 centigrammes de bismuth métal. Les injections doivent être intramusculaires et faites tous les trois jours jusqu'à un total de 12 ou 15 par série. Aucun accident toxique si l'on prend soin de surveiller l'état de la bouche. Pas de douleurs en tout cas chez les tabétiques. Dans quelques cas douleurs passagères et très supportables, beaucoup moins fortes qu'avec les piqûres habituelles de calomel. Résultats remarquables surtout en ce qui concerne les crises douloureuses des tabétiques et l'ataxie. Dans tous les cas où on l'a recherchée, négativation du Wassermann; le traitement a été bien toléré et efficace chez trois nourrissons hérédo-syphilitiques.

Des essais sont en cours pour la syphilis secondaire.

Acide quinique contre urémie. — M. Artault de Vevey préconise l'emploi de l'acide quinique pour diminuer le taux de l'urée sanguine.

Il prescrit les doses suivantes :

0,25 à 0,30; 0,55 ou 1 gramme en deux fois, tous les jours à dix heures et à cinq heures en cachet.

Il préconise également des infusions de fleurs de sureau et de fleurs de bouleau.

La prêle et la médication silicique. — M. J. CHEVALIER montre par ses recherches que la silice de la prêle est à l'état soluble en grande partie.

Ainsi 10 grammes de prêle égalent 0,05 à 0,06 de silice dialysable.

La constipation physiologique. — M. G. LEVEN. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 32.)

Traitement du pyothorax tuberculeux spontané ou secondaire par l'injection pleurale d'un mélange d'iodoforme, éther sulfurique et morrhuate d'éthyle en suspension huileuse. — MM. G. CAUSSADE et A. TARDIEU signalent avec quatre observations fort intéressantes les bienfaits thérapeutiques des injections intrapleurales de la préparation suivante :

Iodoforme............	1 gramme.
Éther sulfurique.......	10 cent. cubes.
Morrhuate d'éthyle en solution à 25 p. 100 dans huile d'olives.. q. sp.	100 cent. cubes.

(SÉANCE DU 11 MAI 1927)

Trachéofistulisation et boues iodo et vioformées. — M. Georges ROSENTHAL pour donner une base précise à ses recherches sur la toxicité expérimentale des mélanges d'huile d'iodoforme et de vioforme. Il conclut que les doses de 10 centimètres cubes d'huile iodoformée au quart, et de 15 centimètres cubes d'huile vioformée au tiers sont des unités cliniques utilisables sans inconvénient.

Rétrécissement vaginal post-opératoire, cause d'infirmité permanente chez une chienne. Électrolyse. Guérison. — M. COCU.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

MARS 1927

Quelques essais du vaccin de Vaudremer dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. — M. REYNES.

Quatorze cas d'empoisonnement par les champignons secs. — M. SILVAZ.

La fragmentation du calcul comme cause de récidive après la pyélotomie. — M. E. CHAUVIN.

Sur un cas de sigmoïdite diverticulaire chronique. — MM. Roger SARLES et Louis ARTAUD.

Pseudo-cancers utérins. — M. REYNES.

Rectoscopie simplifiée avec un tube de cristal. — M. REYNES.

(AVRIL 1927)

Chancre mou du doigt. — MM. Paul VIGNE et A. FOURNIER.

Volumineux anthrax guéri par vaccinothérapie générale et locale. — MM. FOURNIER, EMPÉRAIRE et DE MOUZON.

Lupus tuberculo-croûteux serpigineux. — MM. Paul VIGNE et A. FOURNIER.

Spasmes de l'urètre et diverticules urétraux. — M. E. CHAUVIN.

Sténose hypertrophique du pylore chez un nourrisson. Pylorotomie extramuqueuse à vingt jours. Guérison. — MM. CASSOUTE, J. POUCEL et ORSONI.

Sténose hypertrophique du pylore chez un nourrisson. Pylorotomie extramuqueuse à trente-sept jours. Guérison. — MM. CASSOUTE, J. POUCEL et Félix TRABUC.

— La Commission scientifique du Comité médical, dans sa séance du 29 avril, a procédé à l'élection de son président pour 1927-1928 : M. ROUSLACROIX a été élu à l'unanimité.

(MAI 1927)

Maladie de Friedreich, infantilisme, spécificité. — MM. BENELLI, J. ZUCCARELLI, FOURTEAU et A.-P. DONATI.

Talalgie gonococcique rebelle. Décortication du calcanéum. Guérison. — MM. CHAUVIN et BONNET.

Un cas de tuberculose généralisée, chez un enfant assisté, de cause inexpliquée. — MM. CASSOUTE et J. RATHELOT.

Syndrome entéro-rénal grave. Guérison par la « septicémine ». — M. A. MARTIN-LAVAL.

Quelques indications et résultats de la digitaline intraveineuse. — MM. ROUSLACROIX et Edouard GIRAUD.

Cancer végétant de la grande courbure avec cancer secondaire du foie. — MM. BOINET, TURRIES et ISEMEIN.

Traitement du chancre mou et de ses complications par la vaccinothérapie spécifique. — MM. Paul VIGNE et A. FOURNIER.

(JUIN 1927)

Phlegmon du médiastin ouvert dans la trachée. — MM. OLMER et POINSO rapportent l'observation d'un malade de vingt-trois ans considéré comme un bronchectasique, puis comme porteur d'une pleurésie purulente médiastine. Syndrome médiastinal (cornage, tirage, cyanose, dysphagie). Mort subite. L'autopsie montre un phlegmon du médiastin postéro-supérieur gros comme un œuf de dinde développé dans la région sous et rétro-aortique, et une ulcération de la trachée correspondant avec l'abcès rétrécissant notablement le calibre trachéal. Symphyse péricardique totale. La pathogénie de ce phlegmon est obscure; elle est probablement en rapport avec une pneumopathie de la base gauche, constatée dans un autre service quinze jours avant. Les auteurs insistent sur l'extrême rareté de cette observation.

Tétanos grave guéri par sérothérapie massive (2.000 centimètres cubes de sérum). — MM. BOINET, TURRIES et ISEMEIN. Il s'agit d'un tétanos grave chez un sujet de vingt-sept ans, avec contracture généralisée en opisthotonos, s'accompagnant d'un syndrome d'excitation pyramidale avec signe de Babinski, qui a persisté une quinzaine de jours après la guérison. La cause de ce tétanos est difficile à préciser, mais il s'agit vraisemblablement d'un tétanos tardif. Les doses de sérum employées ont été de 2.100 centimètres cubes réparties en 160 par voie sous-arachnoïdisnne, 1.620 par voie souscutanée, 320 par voie intramusculaire. Malgré ces fortes doses de sérum non purifié on n'observa que des accidents bénins, urticaire précoce et arthralgies tardives. Enfin, les auteurs insistent sur l'action de la scopolamine qu'ils associèrent à la sérothérapie et qui semble avoir constitué un adjuvant utile du sérum par une action plus rapide sur les contractures.

Péritonite généralisée par gangrène appendiculaire. Perforation. — M. SALEN.

Anévrisme de l'aorte abdominale. — MM. OLMER et POINSO.

Aortite syphilitique thoraco-abdominale avec dilatation probablement anévrismale de l'aorte abdominale. — MM. OLMER et POINSO. Douleurs constrictives, hémorragies intes-

inales; tumeur avec expansion, souffle systolique à l'auscultation; les radios n'ont rien montré (même après pneumopéritoine). Signes fonctionnels calmés et actuellement disparus à la suite d'un traitement actif. La tension est, à droite, au bras de 22-13, indice 5; au cou-de-pied de 21-12, indice 3; à gauche, de 19-13, indice 3 au bras; 19-12, indice 1 au cou-de-pied. Cette diminution de tension, jointe aux signes d'aortite et à l'expansion de la tumeur abdominale, plaide en faveur d'une dilatation vraisemblablement anévrismale. La différence de tension entre les deux côtés est peut-être liée à la présence des plaques d'aortite.

Maladie d'Addison. — MM. Boinet, Turries et Isemein. Il s'agit d'un sujet de vingt-quatre ans dont l'affection a débuté en 1925 par une mélanodermie et mélanostomie progressives très marquées, avec asthénie intense obligeant le malade à rester couché. La tension est de 10-4, le réflexe oculo-cardiaque est de 76-84. Pas de signes de tuberculose (radiographie des poumons négative), mais roséole en 1920. Après l'épreuve à l'adrénaline, phénomènes subjectifs marqués avec hypertension nette, élévation de l'indice et retour du réflexe oculo-cardiaque à sa forme normale. L'ingestion de capsules fraîches était suivie de vomissements immédiats. On fit alors le traitement suivant : quatre injections intramusculaires d'extrait surrénal total Choay et sept injections intraveineuses de 914. Il survint une amélioration évidente : régression de la mélanodermie, disparition de l'asthénie, reprise de la marche, élévation de la tension à 11-6. A noter, après les injections d'extrait surrénal, un tremblement généralisé avec des myalgies très violentes.

Rhumatisme cardiaque évolutif à forme péricarditique. — MM. J. Zuccarelli, Edouard Giraud et J. Brahic rapportent le cas d'un malade suivi depuis le début de son rhumatisme cardiaque à localisation péricarditique d'emblée (mars 1925), chez lequel ils virent se succéder une péricardite sèche, puis une symphyse cardiaque qui entraîna la mort en deux ans après une évolution entrecoupée de poussées rhumatismales articulaires et cortico-pleurales fébriles. L'opération Brauer ne fut pas tentée en raison des poussées rhumatismales répétées et de la constatation de signes d'auscultation faisant croire à des lésions valvulaires complexes non vérifiées à l'autopsie. Les auteurs pensent que dans des cas semblables les indications du Brauer doivent donc être davantage étendues.

Un cas de cardiopathie congénitale avec achondroplasie et dysthyroïdie. — MM. Payan et Poursines.

REVUE DES THÈSES

Importance du syndrome vagotonique dans l'infection tuberculeuse pulmonaire et médication belladonée (1), par M. le docteur Maestracci, ex-interne des hôpitaux et de la crèche départementale de la Seine.

Le système organo-végétatif exerce une influence sur l'évolution de la tuberculose. Il semble bien que la tendance sympathicotonique favorise le développement des phénomènes évolutifs et que la tendance vagotonique comporte, au contraire, un pronostic favorable.

Mais, dans le cours de l'évolution bacillaire, il existe des accès de vagotonie qui provoquent des manifestations cliniques pénibles. La toux émétisante, la toux laryngée, certaines gastralgies ou certains vomissements, des accès d'asthme sont causés par l'hypervagotonie. L'auteur étudie cette vagotonie en se servant pour la dépister des épreuves végétatives, physiologiques et des épreuves pharmacologiques.

(1) *Thèse de Paris*, 1926.

Les deux épreuves qu'il recommande d'utiliser dans la pratique courante pour diagnostiquer la cause vagotonique des symptômes observés, sont la recherche du réflexe oculo-cardiaque et l'épreuve de l'atropine combinée à l'orthostatisme (Danielopolu).

M. Maestracci contrôle l'action de l'atropine sur le vague par l'épreuve plus précise de la bellafoline qui, à dose moitié moindre, possède une activité égale à celle de l'atropine.

Par ces deux moyens de diagnostic, l'auteur reconnaît une origine habituellement vagotonique à la toux émétisante, à la toux spasmodique, aux gastralgies, et à certains asthmes survenant au cours de l'infection bacillaire. Il se trouve ainsi amené à traiter ces mêmes accès par l'inhibition du vague, c'est-à-dire par l'utilisation à dose suffisante et prolongée de la bellafoline.

Les bons résultats sédatifs obtenus sont exposés dans 25 observations cliniques montrant comment la bellafoline est, tout à la fois, un moyen de diagnostic et le traitement actif des accès de vagotonie chez les tuberculeux.

Les doses thérapeutiques conseillées par Maestracci sont : 3 à 4 comprimés par jour.

Ou bien : x à xx gouttes de la solution à 1/2000, trois fois par jour.

Dans les cas graves, il injecte 1/2 à 2 ampoules par vingt-quatre heures.

L'auteur étend cette thérapeutique aux sueurs nocturnes des tuberculeux et il conseille le remplacement de l'opium par la bellafoline à la phase terminale de la maladie.

En terminant ces belles recherches, le docteur Maestracci insiste sur une particularité thérapeutique importante; ne pas administrer la belladone aux tuberculeux présentant de l'expectoration abondante surtout si ces malades ne sont pas des vagotoniques.

Contribution à l'étude thérapeutique du rhumatisme chronique (1), par M. Lucien Jarrin.

M. Jarrin a étudié, dans le service de son maître le professeur Carnot et au cours de son internat à l'hôpital de Saint-Denis, dans le service du docteur Archambaud, les différentes formes du rhumatisme chronique et leurs traitements. Il passe en revue les multiples thérapeutiques instituées depuis si longtemps contre les formes rebelles du rhumatisme. En outre du régime diététique et des moyens destinés à combattre la diathèse arthritique (soins de la peau, bains chauds salés, frictions, bains de vapeur), en dehors des cures thermales (Dax, Aix-les-Bains, Bourbon-l'Archambault), des substances radio-actives, du soufre, de la médication opothérapique, qui sont surtout des adjuvants, Jarrin étudie la médication iodée qui est celle qui lui a donné les résultats les plus constants et les plus rapides.

Il a utilisé l'iodo-benzométhyl-formine (iodaseptine), corps individualisé, injectable, ne donnant ni choc ni iodisme, et parfaitement toléré à doses élevées, en injections intraveineuses ou intramusculaires. « Les doses employées, dit l'auteur, ont été d'abord de 5 centimètres cubes d'une solution au 1/10 d'iodaseptine, puis de 10 centimètres cubes répétés matin et soir, soit 10 centimètres cubes par vingt-quatre heures d'abord, puis 20 centimètres cubes continués en séries de douze jours de traitement séparées par quelques jours de repos. Il est indispensable de continuer la médication un certain temps pour consolider le résultat obtenu. »

Il recommande surtout ce traitement dans les *formes saisonnières* des douleurs rhumatismales, dans les *rhumatismes chroniques* à gros œdèmes articulaires s'accompagnant d'impotence fonctionnelle, ainsi que dans le *rhumatisme déformant progressif*, affection si rebelle et si décevante; en un mot, toute forme rhumatismale progressive et tenace.

(1) *Th. de Paris*, mai 1927.

Les Echanges de liquide. Cours professé par M. Louis LAPICQUE à la Faculté des sciences; notes recueillies par M. A. CHERBULIEZ; 1re partie : *Circulation*; 2e partie : *Données de chimie physique*; 3e partie : *Echanges cellulaires*. Trois fascicules. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

Les *résultats* sont rapides : d'abord cessation des douleurs, puis disparition des craquements, fonte des œdèmes et des tissus néoformés, peu à peu reprise des mouvements et disparition de l'hyperostose.

Enfin, il insiste sur la sensation de bien-être accusée par les malades : sommeil, calme, euphorie.

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF RADIAL

DÉFINITION

Nerf de l'extension et de la supination, il prolonge le tronc secondaire postérieur. C'est le plus chirurgical des nerfs du bras et pour deux raisons :

Prend deux fois le contact osseux, pouvant être blessé au cours d'une fracture ou comprimé par un cal.

C'est celui dont la suture est relativement la plus favorable.

ORIGINE

Au bord inférieur du sous-scapulaire, derrière le petit pectoral, il continue le tronc secondaire postérieur ou radio-circonflexe, recevant des branches de toutes les racines, mais particulièrement de : VI, VII, VIII et I.

TRAJET. DIRECTION

Il traverse le creux de l'aisselle, la loge postérieure du bras, oblique en bas et en dehors, contourne le bord externe de l'humérus, passe dans la gouttière bicipitale externe à la loge antérieure du bras.

TERMINAISON

Au pli du coude, au niveau de la tête radiale, par bifurcation en deux branches :

Antérieure, sensitive, à trajet relativement superficiel.

Postérieure, motrice, profonde.

RAPPORTS

I. **Au creux de l'aisselle.** — Le nerf n'y a qu'un court trajet.

A. Parois. — 1° Postérieure. — C'est sa paroi satellite. Il n'a pas de rapport avec la région haute du sous-scapulaire, puisqu'il naît au-dessous de lui.

Seule, la partie basse l'intéresse.

Le grand rond est caché par le grand dorsal qui l'a souscroisé et s'est placé devant lui.

La longue portion du triceps, après être passée devant le petit rond, croise la face postérieure des grand rond et dorsal accolés, divisant ainsi le grand triangle des ronds en deux espaces :

a. Le quadrilatère de Velpeau limité par :

En dehors : face interne du col chirurgical.

En dedans : bord externe du long triceps.

En haut : bord inférieur du petit rond.

En bas : bord supérieur du grand rond.

Donne passage à :

Nerf circonflexe.

Artère circonflexe postérieure.

b. Le triangle omo-tricipital, en dedans du précédent. Limité par :

En haut : le petit rond.

En bas : le grand rond.

En dehors : le long triceps.

Donne passage aux vaisseaux scapulaires inférieurs.

2° Externe. — Il en est éloigné en haut; au contraire est collé contre elle en bas.

De haut en bas :

L'articulation de l'épaule.

Le coraco-brachial.

Le coraco-biceps.

3° Antérieure. — Le nerf en est très loin, séparé d'elle par toute l'épaisseur du paquet vasculo-nerveux de l'aisselle.

Ce sont les pectoraux et leurs aponévroses.

4° Interne. — Près d'elle en haut, il s'en éloigne en bas.

C'est le gril costal recouvert par les digitations supérieures du grand dentelé.

B. Contenu. — Dans l'ensemble, par rapport aux autres éléments du paquet vasculo-nerveux, le nerf est postérieur et externe.

1° L'artère axillaire. — Est en avant et un peu audessous du nerf.

De ses branches :

La circonflexe postérieure passe derrière le nerf.

La circonflexe antérieure devant lui.

La sous-scapulaire croise sa face antérieure et passe en dedans.

Ainsi se trouve formée, autour du nerf, une bague artérielle.

2° Son gros rapport veineux est le canal collatéral veineux supérieur de M. Duval. La veine axillaire est loin du nerf, en avant et en dedans.

3° Des chaînes lymphatiques, c'est surtout la chaîne sousscapulaire qui entre en rapport avec le nerf.

4° Les autres nerfs sont ainsi situés :

Le circonflexe longe le bord supérieur du radial et file dans le trou carré.

Le musculo-cutané s'en écarte en dehors.

Le médian est en dehors de l'artère.

Le cubital en dedans d'elle.

Tous deux sur un plan antérieur par rapport au radial.

Le brachial cutané interne est en dedans.

Le tronc commun des nerfs du sous-scapulaire, du grand rond et du grand dorsal, se place en dedans du radial.

II. **Point de passage au bras.** — C'est la région importante de la fente huméro-tricipitale où le nerf entre en rapport avec le col chirurgical de l'humérus pouvant être atteint par une fracture de ce dernier.

Cette fente est limitée par :

En haut : bord inférieur du grand rond.

En dehors : le col chirurgical.

En dedans : le bord externe du triceps.

Elle livre passage en plus du nerf à :

L'artère humérale profonde qui y croise le nerf :

Ou bien par derrière et de haut en bas.

Ou par devant et de bas en haut.

Elle est accompagnée de ses deux veines.

C'est à ce niveau que le nerf enjambe le bord supérieur de la cloison intermusculaire interne pour passer à la loge postérieure du bras. (*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel des médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires. *Notions générales et notions techniques en vue de l'obtention du brevet de préparation militaire supérieure spéciale*, par le docteur L.-E. Perdrizet, médecin-major de 2e classe. Deuxième édition entièrement refondue et mise en concordance avec les derniers règlements. In-16 de 540 pages avec 19 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pa s.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination à quatre places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 17 novembre 1927. Les épreuves commenceront à 16 h. 30, à l'hospice général, salle des séances.

Se faire inscrire au secrétariat de l'administration avant le 2 novembre 1927, à midi.

TRAITEMENTS DU PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS. — Par décret en date du 23 août, le décret du 28 mars 1926 portant fixation des traitements et des classes du personnel enseignant des facultés de l'Université de Paris, modifié par le décret du 13 janvier 1927, est de nouveau modifié ainsi qu'il suit :

Professeurs titulaires :

1re classe	54.000 fr.
2e classe	48.000
3e classe	42.000

Chargés de cours complémentaires et maîtres de conférences titulaires :

1re classe	42.000 fr.
2e classe	38.000
3e classe	34.000

Agrégés chargés d'enseignement et pérennissés (faculté de médecine et faculté de pharmacie) . . . . 34.000 fr.
Agrégés chargés d'enseignement et non pérennissés (faculté de médecine et faculté de pharmacie) . . . . 26.000 fr.
Agrégés non chargés d'enseignement (faculté de médecine et faculté de pharmacie) . . . . 17.000 fr.
Chefs de travaux (faculté de médecine, faculté des sciences et faculté de pharmacie) :

1re classe	32.000 fr.
2e classe	30.000
3e classe	28.000

Assistants (faculté des sciences) et préparateurs (faculté de médecine et faculté de pharmacie) :

1re classe	26.000 fr.
2e classe	23.600
3e classe	21.200
4e classe	18.800
5e classe	16.400

Le préciput des doyens des facultés est fixé à 6.000 fr.

Les chefs de travaux, assistants et préparateurs pourvus du grade de docteur ès sciences reçoivent un supplément de traitement de 2.000 fr.

Les nouveaux traitements fixés par le présent décret sont exclusifs de toute gratification. Aucune indemnité ou avantage accessoire, de quelque nature que ce soit, ne peut être attribué aux fonctionnaires énumérés à l'article précédent, que dans les limites et conditions fixées par un décret contresigné par le ministre des Finances et publié au *Journal officiel*.

Il n'est apporté aucune modification à la répartition actuelle des agents entre les différentes classes. Les nouveaux traitements seront attribués aux agents suivant leur classe respective.

L'attribution des nouveaux traitements est exclusive de la majoration provisoire de 12 p. 100 sur le traitement prévue par le décret du 29 août 1926. Elle ne sera pas considérée comme un avancement et l'ancienneté des fonctionnaires dans leur nouveau traitement comptera du jour de leur dernière promotion.

Sous réserve des mesures spéciales qu'entraîne l'application des lois des 1er avril 1923 (art. 7), 17 avril 1924 et 31 mars 1924, la répartition des agents entre les différentes classes doit être telle que la dépense totale pour l'ensemble du personnel ne dépasse pas celle qui résulterait de l'application du traitement moyen dans chaque emploi.

Les améliorations de traitement résultant de l'application du présent décret auront leur effet à partir du 1er août 1926.

Sont abrogées, à compter de la même date, toutes disposi-

tions antérieures contraires à celles du présent décret. (*J. O.*, 30 août 1927.)

(Nous donnerons, dans notre prochain numéro, le décret portant fixation des traitements du personnel enseignant des facultés des universités des départements.)

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Raynier (de Paris) et Richard (de Bayonne).

LUTTE CONTRE LA MALADIE DU SOMMEIL EN AFRIQUE ÉQUATORIALE. — Le directeur de l'Institut porte à la connaissance des élèves diplômés d'hygiène et de médecine coloniale que M. le ministre des Colonies l'informe que dix docteurs en médecine vont être recrutés en vue de la lutte contre la maladie du sommeil en Afrique Equatoriale et qu'il serait heureux si quelques-uns des élèves de l'Institut faisaient acte de candidature.

L'arrêté créant un service spécial de la trypanosomiase en Afrique Equatoriale Française est à la disposition des intéressés.

Ce service est créé en Afrique Equatoriale Française sous l'autorité du gouverneur général et la direction du médecin inspecteur des services sanitaires et est d'une durée de cinq années pour les secteurs de prophylaxie, comportant deux séjours de deux ans à la colonie, séparés par un congé de six mois effectifs à passer en France.

Un stage de trois mois doit être accompli, en partie à l'Institut Pasteur de Paris avant le premier départ pour la colonie, en partie à l'Institut Pasteur de Brazzaville à l'arrivée à la colonie.

Le traitement est de : 1° la solde annuelle de France, à savoir 28.000 fr., portée à 32.000 fr. au bout de trois ans de service ; 2° le supplément colonial de 9/10 ; 3° l'indemnité de zone et celles de charge de famille allouées au personnel des cadres réguliers ayant la même assimilation.

En plus de la solde et des indemnités ci-dessus déterminées, il sera alloué des indemnités de technicité, de valeurs progressives, payables pour les médecins :

10.000 fr. après le premier séjour de deux ans de service à la colonie; 30.000 fr. après le deuxième séjour de deux ans de service à la colonie.

En cas de renouvellement de contrat, l'indemnité de technicité versée après le troisième séjour de deux ans sera portée à 60.000 fr.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au Laboratoire de l'Institut d'hygiène, 1, rue Lys-du-Pac, le samedi, de 14 à 17 h.

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS FRANÇAIS ÉLECTROLOGISTES ET RADIOLOGISTES. — En réponse à de nombreux praticiens désirant connaître les médecins électro-radiologistes présents à Paris durant les vacances, le bureau du Syndicat nous communique la liste suivante :

Présents à Paris :

1. Pendant tout le mois de septembre 1927 : MM. Aimé Aubourg, Cagninacci, Cassan, Chemin, Dariaux, Favre, Gibert, Mme Grunspan de Brancas, MM. Guilbert, Joly, Joulia, Laquerrière, Le Goff, Lepennetier, Lifschitz, Loubier, Mignon, Porcher, Portret, Quivy, Raoult-Deslongchamps, Thoyer-Rozat.

2. Du 15 au 30 septembre 1927 : MM. David de Prades, Gilson, Schmitt.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 23e décade, du 11 au 20 août, 753 décès, au lieu de 854 pendant la décade précédente, et au lieu de 913, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Mansion (de Montsauche), Trucenart (d'Angers) et Hanau W. Lœb (de Saint-Louis).

L. DUBREUIL-CHAMBARDEL

La nouvelle de la mort du professeur L. Dubreuil-Chambardel, en pleine maturité de son esprit et de sa pensée, a atterré le monde médical et scientifique.

Elève du grand anatomiste Le Double, le docteur Dubreuil-Chambardel a consacré tous ses efforts à perpétuer les idées qui ont fait, comme centre anatomique, la réputation de l'Ecole de Tours dont il était un des plus éminents professeurs.

C'était un travailleur acharné, d'une insatiable curiosité scientifique, attirant sans cesse l'attention sur des faits en apparence les plus arides, mais qu'il savait si bien dévoiler. D'une prodigieuse activité, d'une rare intelligence, son esprit était ouvert à tout, s'intéressait à tout : médecine, anthropologie, anatomie, préhistoire, archéologie, arts, littérature, tout lui était familier. Ce qu'il a écrit de mémoires et même de volumes sur les sujets les plus variés est incroyable, et à toutes ces études il apportait le même soin, la même précision, le même désintéressement.

L'Ecole d'anthropologie de Paris lui avait confié un cours où ses brillantes qualités didactiques le placèrent parmi les maîtres les plus autorisés.

Très connu dans le monde des ethnographes et des préhistoriens, il fut élu président de la Société d'anthropologie de Paris, juste récompense d'un labeur inlassable.

Il fut maintes fois chargé par le ministère des Affaires Etrangères d'aller porter à l'étranger le bon renom de la science française. Le Portugal, la Pologne, l'Italie, la Tchéco-Slovaquie l'accueillirent avec un empressement égal.

Nous n'évoquerons pas ici sa vaillance, son absolu mépris du danger pendant la grande guerre que vinrent récompenser cinq citations, un quatrième galon et la croix de la Légion d'honneur.

L'homme privé égalait le savant. D'un accueil toujours affable, d'un caractère enjoué, d'une délicatesse infinie, d'un dévouement admirable, le professeur Dubreuil-Chambardel n'avait que des sympathies. En le quittant, on était toujours sûr de lui vouer une admiration nouvelle.

C'est au moment où sa renommée avait déjà franchi les frontières, où l'avenir allait lui réserver les plus grands honneurs que redoutait sa modestie, que ce savant, cet homme de bien est enlevé si brutalement à notre vive et sincère affection.

Sa vie si courte et pourtant si bien remplie restera pour tous ceux qui l'ont connu l'exemple des plus nobles qualités de l'esprit et du cœur.

Son œuvre ne périra pas, ses élèves se feront un devoir sacré de suivre cette route si largement ouverte par cet admirable pionnier de la science française.

HENRI FISCHER (de Bordeaux),
Membre de la Société d'anthropologie de Paris.

REVUE GÉNÉRALE

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE A DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
Directeur : Professeur R. LERICHE.

SUR LA DOULEUR

ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

d'après le Professeur O. FOERSTER *(de Breslau)*

Par RENÉ FONTAINE, assistant.

Le professeur O. Foerster, le neuro-chirurgien bien connu de Breslau, vient de publier dans un des derniers numéros des *Beiträge zur klinischen Chirurgie* un travail très intéressant sur « Les voies de la sensibilité douloureuse et le traitement chirurgical des états douloureux » (1).

Ce livre, fruit d'une très longue expérience, présente un intérêt très grand pour le neurologiste et pour le chirurgien. Il nous semble mériter mieux qu'une simple analyse; c'est la raison pour laquelle, sur le conseil de notre maître, le professeur R. Leriche, nous lui consacrons ce travail.

*
* *

Vouloir faire de la chirurgie de la douleur une spécialité chirurgicale peut sembler étonnant au premier abord. La douleur n'est-elle pas, en général, qu'un symptôme et la thérapeutique ne doit-elle pas chercher à être toujours étiologique et non symptomatique?

Mais dans bien des cas la douleur constitue, à elle seule, toute la maladie. Dans beaucoup d'autres la cause du mal échappant à notre action thérapeutique, c'est elle seule que nous pouvons prétendre influencer non pas pour guérir notre malade, mais pour l'empêcher de souffrir (2).

Essayer de calmer une douleur rebelle par une intervention chirurgicale, est donc un problème que bien souvent le chirurgien est appelé à résoudre. Pour pouvoir le résoudre correctement, il est indispensable d'avoir des notions précises :

1° Sur la nature même de la douleur;

2° Sur le trajet nerveux qu'emprunte cette sensation et enfin;

3° Sur la cause exacte, qui, dans chaque cas particulier, la provoque.

La connaissance de ces trois points nous permettra d'instituer dans chaque cas la thérapeutique qui lui convient. Elle sera étiologique de préférence, mais souvent symptomatique par nécessité.

Le professeur Foerster dans son livre s'efforce à nous donner les bases nécessaires à un traitement rationnel de la douleur. Nous adopterons, pour exposer ses idées le plan qu'il a, lui-même, suivi.

Mais la grande expérience que notre maître, le professeur Leriche, possède de cette partie de la chirurgie, nous fournira, à maintes reprises, l'occasion de comparer aux résultats de Foerster ceux obtenus par notre maître.

(1) O. FOERSTER. *Die Leitungsbahnen des Schmerzgefühles und die chirurgische Behandlung der Schmerzzustände. Sonderband zu Brun's Beiträge zur klinischen Chirurgie*, un volume de 360 pages avec 104 figures; Berlin 1927, Urban et Schwarzenberg.

(2) Nous nous permettons de signaler, à cette occasion, la série des articles que M. Leriche vient de consacrer tout récemment à « la chirurgie de la douleur » qui s'inspire du même esprit. R. LERICHE. *La Presse méd.*, 20 avril 1927, n° 32, p. 497, et 4 mai 1927, n° 36, p. 561.

PREMIÈRE PARTIE

LA DOULEUR EN GÉNÉRAL ET SES VOIES NERVEUSES

I. **La nature de la douleur.** — « La douleur est un événement psychique bien connu de nous tous », dit le professeur Foerster pour commencer et il insiste sur la nécessité de toujours se rappeler que la douleur n'est pas une sensation que l'on perçoit, mais une impression que l'on éprouve : on perçoit le contact du couteau qui coupe; mais on ressent psychiquement la douleur qui en résulte.

Les excitations périphériques qui peuvent donner naissance à une sensation douloureuse sont de nature très différente. Rappelons qu'elles peuvent être : mécaniques, chimiques, thermiques, électriques ou autres et que l'hyperémie, à elle seule, peut suffire à déclencher une impression douloureuse. Celle-ci peut provenir d'endroits très différents. La peau et la superficie sont le plus souvent en cause, mais les douleurs d'origine profonde ne sont pas rares; les muscles, les os, les articulations, tous les tissus profonds, en somme, peuvent être le siège de douleurs, qui, par certains caractères toutefois se distinguent des douleurs superficielles.

Lennander avait admis autrefois que les organes intraabdominaux étaient privés de sensibilité. Depuis lors, malgré la persistance de quelques divergences d'opinion sur des questions de détail, tous les chirurgiens et physiologistes se sont mis d'accord pour reconnaître que le péritoine, viscéral et pariétal, est muni sur toute son étendue de fibres sensitives.

M. Foerster passant en revue successivement tous les organes, arrive ainsi à démontrer qu'il n'en existe pas un seul qui ne puisse devenir le siège de douleurs : les organes intrathoraciques, l'appareil génito-urinaire, les méninges, elles-mêmes, en produisent et les vaisseaux, ne font pas exception à la règle.

Mais si tous les organes peuvent devenir le siège de douleurs il s'en faut qu'elles soient partout produites par des excitations de même nature : l'incision des téguments provoque de la douleur, mais l'intestin est insensible au bistouri; il ne l'est pas à d'autres modes d'excitation, au tiraillement de ses pédicules par exemple. En analysant ces faits, aujourd'hui bien connus, de susceptibilité élective des organes à certains modes d'excitation, on s'aperçoit aisément que ce sont avant tout les excitations normalement perçues par l'organe en question qui peuvent devenir douloureuses.

La peau est l'organe du tact : comme telle, elle répond normalement aux excitations mécaniques, thermiques, électriques, etc., excitations qui, sous certaines conditions, peuvent provoquer de la douleur. L'intestin lui, ne transmet jamais d'impressions tactiles, en conséquence, on peut le sectionner, le couper, le contusionner sans la moindre douleur. Qu'on le tiraille, par contre, qu'on étire ses mésos et l'on obtiendra des sensations très pénibles par une irritation trop violente des fibres qui nous renseignent normalement sur l'état de nos viscères, sur leur degré de réplétion surtout.

Il serait ainsi permis de se demander, si la douleur n'est pas simplement la réaction psychique à

des excitations sensitives trop intenses. Il ne semble pas que cette conception soit exacte, car il existe pour chaque organe une conduction spéciale de la sensibilité douloureuse, indépendante de toutes les autres, avec lesquelles elle a pourtant ceci de commun que ses récepteurs périphériques sont toujours impressionnés par des excitations de même nature, mais d'intensité différente.

Nous allons maintenant étudier de plus près cet appareil nerveux spécial préposé à la conduction élective de la douleur.

II. **Les organes récepteurs périphériques de la douleur.** — Depuis longtemps, dans le camp des physiologistes, deux théories s'opposent, l'une admettant l'existence au niveau des téguments de points douloureux spéciaux alors que l'autre la nie.

On sait que v. Frey est le principal défenseur de la première hypothèse. Pour lui la peau serait formée par une mosaïque de petits points dont les uns seraient spécialisés dans la perception tactile, les autres dans la perception thermique, d'autres dans la perception douloureuse; bref il y aurait autant de points sensitifs différents que la sensibilité, ellemême, compte de variétés.

Goldschneider ne saurait admettre une aussi grande spécialisation. Quant à M. Foerster, il se range à l'avis de v. Frey. Maintes fois il a pu constater au niveau des téguments l'existence de points sensitifs particuliers, dont l'excitation, quelle qu'en soit la nature, provoque toujours une douleur; ce sont les mêmes points d'ailleurs qui après des sections nerveuses complètes, mais en voie de régénération, réapparaissent les premiers et existent seuls pendant un certain temps; ils peuvent très bien alors être étudiés. A ce moment leur irritation électrique déclenche une douleur à caractères spéciaux, qui ne s'accompagne d'aucune sensation ni tactile, ni autre; en même temps, elle est plus violente, plus désagréable et plus durable que normalement; son seuil est anormalement élevé et sa période de latence est plus grande que d'habitude. Foerster désigne cet état sous le nom d'*hyperpathie* et l'oppose à l'hyperalgésie ordinaire où le seuil est, au contraire, diminué.

Mais, si au point de vue physiologique l'existence de points douloureux particuliers semble nettement établie, il n'est pas possible d'en dire autant au point de vue anatomique.

La douleur, en effet, n'est apparemment pas liée à certaines terminaisons nerveuses ou à certains corpuscules nerveux plutôt qu'à d'autres. Dans des cas de section nerveuse en voie de régénération et qui déjà présentaient des points douloureux très nombreux, Foerster après biopsie, a fait examiner des fragments de peau par Boecke, l'anatomo-pathologiste d'Utrecht. Les points douloureux ne correspondaient pas à des éléments nerveux spéciaux.

Les recherches récentes d'Apathy, de Boecke et de Heringa démontrent d'autre part que les fibres sensitives loin de se terminer au niveau des corpuscules sensitifs comme on le pensait jusqu'ici, forment, au contraire, à la périphérie un vaste réseau ininterrompu de protoplasme, en partie intra en partie extracellulaire.

Ces recherches enlèvent aux corpuscules comme tels beaucoup de leur importance en tant que récepteurs périphériques, de sorte que tout ce que l'on peut dire de certain jusqu'ici c'est qu'au point de vue physiologique il semble bien exister au niveau des téguments des points particuliers chargés de recueillir les impressions douloureuses que nous allons maintenant suivre dans leur trajet à travers les nerfs périphériques.

III. **Les fibres de la sensibilité douloureuse dans les nerfs périphériques.** — L'excitation électrique de tout nerf sensitif ne provoque que des douleurs sans aucune paresthésie à l'exception des nerfs acoustique et optique. Les nerfs sensitifs nous apparaissent donc comme les vecteurs de la douleur. Mais toutes les fibres d'un nerf assurent-elles cette conduction ou celle-ci est-elle limitée à quelques fibres spéciales?

Foerster se prononce en faveur de la deuxième hypothèse, car il a pu constater, qu'après la section d'un nerf sensitif, la zone d'analgésie reste toujours plus petite que celle des anesthésies tactile et thermique. L'enchevêtrement des fibres de la sensibilité douloureuse semblerait ainsi plus complexe que celui des autres filets sensitifs.

D'autre part, après réfrigération d'un nerf, alors que les fibres motrices sont complètement bloquées et que l'anesthésie est absolue, une excitation périphérique reste souvent douloureuse. De même, l'on constate souvent dans les affections traumatiques ou autres des nerfs périphériques une anesthésie complète coexistant avec une sensibilité douloureuse exagérée, tout se passant comme si les fibres de la sensibilité douloureuse tactile et thermique étaient paralysées, alors que celles de la douleur ne sont qu'excitées; ces dernières seraient donc plus résistantes que les autres; elles seraient, en même temps, plus aptes à la régénération, car c'est la sensibilité douloureuse qui revient la première après la suture d'un nerf.

Une distribution périphérique plus riche, plus largement anastomosée, une plus grande résistance aux influences nocives extérieures et enfin un pouvoir régénérateur plus marqué, tels sont les trois caractères qui, différencient les fibres de la sensibilité douloureuse des autres et qui, selon M. Foerster, leur assignent une individualité propre.

Nous nous permettons de faire remarquer qu'un pareil raisonnement n'est pas au-dessus de toute critique; de fait, ne pourrait-on pas expliquer ces constatations, à savoir : 1° qu'après la section complète d'un nerf la zone d'analgésie est toujours moins étendue que celle de l'anesthésie; 2° qu'après suture de ce nerf la sensibilité douloureuse revient plus rapidement que toutes les autres et enfin 3° que dans les compressions nerveuses s'accompagnant de paralysie progressive, la perception de la douleur persiste le plus longtemps, par l'hypothèse qu'à travers un nerf presque complètement paralysé ou tout au début de sa régénération, la sensation douloureuse peut déjà ou encore se frayer un chemin, alors que les autres perceptions plus complexes nécessitent un plus grand nombre de fibres intactes et ne peuvent passer, sans que pour cela il soit nécessaire de recourir à l'hypothèse de fibres qualitativement différentes. Nous ne sommes pas qualifié pour entamer pareille discussion et nous nous garderons d'avancer une hypothèse quelconque. Admettons donc avec M. Foerster l'existence de ces fibres spécialisées dans la conduction de la sensibilité douloureuse. Correspondent-elles aux fibres myéliniques ou amyéliniques que contient chaque nerf sensitif? Il est impossible de le savoir à présent et la nature sympathique des fibres de la sensibilité

douloureuse, si elle apparaît comme possible, reste encore très douteuse.

En profondeur, les os, tendons et articulations ont également leurs nerfs algophores. Lehmann les localise pour les articulations dans les nerfs articulaires eux-mêmes, alors que Foerster les trouve dans les nerfs moteurs des muscles avoisinant l'article.

Tous les organes possèdent de même des fibres spéciales pour la douleur. Sans entrer dans les détails donnons-en rapidement une description sommaire :

Le péritoine et les organes abdominaux sont innervés par les splanchniques, dont dépendent le plexus cœliaque et les plexus aortique et mésentérique supérieur. La jonction avec le système cérébro-spinal se fait au niveau des rameaux communicants D3-L3. A côté des splanchniques, le phrénique et le pneumogastrique peuvent transmettre également des sensations douloureuses abdominales.

Pour la vessie les fibres sensitives cheminent dans les nerfs hypogastriques, pelviens et honteux interne. Ces deux premiers nerfs innervent en même temps la prostate et l'urètre.

Les reins reçoivent leurs nerfs des plexus rénaux formés par le plexus aortique, le petit splanchnique (ganglion aortico-rénal) et des fibres provenant des ganglions lombaires L1 et 2.

Les organes génitaux sont innervés par le plexus spermatique formé, lui-même, par le plexus rénal et aortique, et par les nerfs hypogastriques et pelviens. Chez la femme ces deux derniers forment le plexus intraligamentaire de Frankenhäuser.

Pour le cœur et les poumons, sympathique et pneumogastrique se partagent l'innervation, mais le phrénique, lui aussi, entre en ligne de compte.

La dure-mère reçoit des filets du trijumeau et du vague; le sympathique y envoie de nombreux filets le long de l'artère méningée moyenne. Les éléments sensitifs de la pie-mère sont fournis par les plexus péri-carotidiens et péri-vertébral et par les nerfs VI, IX, X, XI et XII. Les nerfs sinu-vertébraux se rendent à la dure-mère spinale.

Une mention spéciale est due à la sensibilité douloureuse des vaisseaux. La chirurgie du sympathique péri-artériel a mis son étude à l'ordre du jour et de nombreux travaux lui ont été consacrés. L'innervation sensitive des vaisseaux peut être étudiée de trois façons différentes : au point de vue clinique, expérimental ou anatomique.

Le fait que les vaisseaux puissent être l'origine d'une sensation douloureuse est très généralement admis à l'heure actuelle; mais si l'existence même de la sensibilité vasculaire n'est plus mise en doute, la discussion porte toujours sur les voies qu'elle emprunte pour parvenir à la moelle. Deux voies sont possibles :

1° La voie ordinaire des nerfs spinaux sensitifs;

2° La voie intrasympathique.

Dans ce dernier cas les sensations douloureuses nées au niveau des vaisseaux remonteraient le long du sympathique péri-artériel jusqu'aux ganglions de la chaîne pour pénétrer de là par les rameaux communicants dans la moelle.

Par l'anatomie et par la physiologie on a essayé de résoudre ce problème, malheureusement les résultats diffèrent d'une de ces deux disciplines à l'autre.

Du point de vue anatomique, l'hypothèse d'une conduction sensitive le long des vaisseaux nécessiterait apparemment l'existence de fibres longues ascendantes dans le sympathique péri-artériel. Ces fibres ont souvent été recherchées, mais jamais encore on n'a pu les mettre en évidence. Tous les auteurs qui ont disséqué les nerfs des vaisseaux sont d'accord pour admettre que leur innervation provient des nerfs spinaux et qu'elle est purement segmentaire.

Lucae (1), il y a plus d'un siècle déjà l'avait dit et dans leurs travaux très connus Potts (2), puis Kramer et Todd (3) aboutissent aux mêmes conclusions. Pour tous ces auteurs, seule la partie tout à fait proximale de l'artère axillaire reçoit un filet direct du ganglion cervical inférieur, tous les autres vaisseaux sont innervés directement, segment par segment, par les nerfs sensitifs qui les accompagnent; d'autre part, le plexus aortique ne se continue pas macroscopiquement dans celui de l'iliaque primitive qui, lui-même, ne se poursuit pas très loin sur l'iliaque externe et la fémorale.

Avec la vogue actuelle de la sympathectomie péri-artérielle, les recherches concernant l'innervation vasculaire ont été remises à la mode : d'assez nombreux travaux ont été consacrés, ces derniers temps, à l'anatomie de ces nerfs; ils ne font, en général, que confirmer ceux plus anciens de Potts, et de Kramer et Todd.

C'est ainsi qu'Odermatt (4), Wiedhopf (5) plus récemment encore Hahn et Hunzcek (6), Ljetnik (7) et Hirsch (8) nient l'existence de fibres longues dans la gaine vasculaire et admettent l'innervation segmentaire des vaisseaux. Pour eux, une sympathectomie péri-artérielle n'énerverait donc que la partie du vaisseau sur laquelle elle porte. Seules les conclusions de Hirsch sont un peu différentes.

Comme tous les autres, il admet l'innervation segmentaire provenant chaque fois du nerf le plus voisin; comme tous les autres encore, il pense qu'il n'y a aucune continuité entre les plexus sympathiques péri-aortique et péri-iliaque primitive. Mais ayant vu que tous les nerfs vasculaires abordent le vaisseau parallèlement à sa direction et que ces nerfs après avoir pénétré dans la gaine adventicielle en ressortent pour aller se répartir sur les collatérales, il en conclut qu'une sympathectomie péri-artérielle énerve plus la partie distale de l'artère et ses collatérales voisines que le segment même sur lequel elle est faite.

Quoi qu'il en soit, admettons comme démontrées les conclusions de Potts, Kramer et Todd et de tous ceux qui, après eux, se sont rangés à leur avis qu'il n'existe pas de fibres longues anatomiquement isolables dans la gaine des vaisseaux, cela ne prouve pas d'une façon absolue qu'il ne saurait y avoir

(1) Lucae. *Quaedam observationes anatomicae circa nervos arterias adeuntes et concomitantes*, Frankfort 1810.

(2) Potts. The distribution of nerves to the arteries to the leg., *Anat. Anz.*, 1915, t. XLVII, p. 138.

(3) Kramer et Todd. The distribution of nerves to the arterias of the arm, *Anat. Record*, 1914, t. VIII, p. 243.

(4) Odermatt. Die Schmen empfindung der Bentgefässe und die Gefässreflexe, *Burn's Beitr. z. klin. Chir.*, 1922, t. CXXVII, p. 1-84.

(5) Wiedhopf. Exp. Untersuchnungen über die wirkung der periart. Sympathectomie u. der Nervenvereisung auf die Gefässe d. Extremitäten, *Burn's Beitr: z. klin. Chir.*, 1924, t. CXXX, p. 399-445.

(6) Hahnet Hunczeck. Anatomische Untersuchnungen über die Nervenversorgung d. Extremitätengefässe, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1925, t. CXXXIII, f. 2.

(7) Ljetnick. Die Verteilung d. Nervengeflechte in der Adventitia d. Gefässe, *Anat. Anz.*, 1925, t. LIX, p. 467.

(8) Hirsch. Ueber Nervenversorgung d. Gefässe, *Arch. f. klin. Chir.*, 1925, t. CXXXVII, p. 281-289.

d'autre conduction nerveuse sensitive que celle par les nerfs cérébro-spinaux. Certains faits physiologiques et cliniques, sont, en effet, en contradiction formelle avec une pareille conclusion.

Voici les plus importants de ces faits :

1° On sait que normalement l'injection intra-artérielle d'une solution de chlorure de barium à 10 p. 100 ou d'acide lactique à 50 p. 100 provoque des douleurs très violentes, or Schilf et Stahl (1) ont vu que ces douleurs persistaient même après la section de tous les nerfs sensitifs. Après ligature de la veine fémorale empêchant la diffusion du liquide dans les territoires non anesthésiés et section des nerfs sciatique et crural, la sensibilité vasculaire du membre inférieur est ainsi conservée normalement jusqu'au niveau du tiers inférieur de la jambe et souvent jusqu'au niveau du tarse;

2° Foerster, lui-même, qui dans deux cas a observé la conservation d'une sensibilité douloureuse profonde après la section de toutes les racines du plexus brachial avec anesthésie complète, ne pense pas pouvoir expliquer autrement ce phénomène que par une conduction le long des vaisseaux;

3° Nous ajouterons, que plusieurs fois avec M. Leriche nous avons constaté que l'adventice de l'artère fémorale restait sensible malgré une anesthésie rachidienne parfaite exécutée à la hauteur de L1.

Certains faits cliniques, de même que certains faits expérimentaux, nous obligent ainsi à penser qu'une sensation peut parvenir le long des vaisseaux directement dans la moelle sans passer par les nerfs spinaux. L'existence de fibres longues macroscopiquement isolables le long des vaisseaux n'est d'ailleurs pas indispensable pour cela. En effet, depuis quelque temps avec M. Leriche nous avons été conduits en analysant de près les modifications vasculaires consécutives aux opérations sympathiques à attribuer une importance de plus en plus grande aux centres vaso-moteurs périphériques et nous avons été amenés à penser qu'il existe très probablement à l'intérieur des vaisseaux un réseau nerveux analogue aux plexus d'Auerbach et de Meissner. Anatomiquement un pareil réseau, n'a jusqu'ici jamais été vu, mais physiologiquement son existence nous paraît certaine. Ce système par une conduction purement intramurale pourrait très bien faire parvenir jusqu'à la chaîne sympathique et de là jusque dans la moelle une sensation périphérique sans intermédiaire des nerfs spinaux (2).

Mais retournons à l'étude des voies de la sensibilité douloureuse. Que ses fibres passent par les nerfs spinaux ou par le sympathique, elles finissent nécessairement par rejoindre la moelle.

IV. **Trajet radiculaire de la sensibilité douloureuse.** — Il est hors de doute que la plus grande partie de toutes les fibres douloureuses passe par les racines postérieures, celles de la sensibilité douloureuse n'en font pas exception et, en effet, l'excitation d'une pareille racine est un des événements les plus douloureux que l'on puisse s'imaginer. On sait qu'à l'étude des différents dermatomes sensitifs s'attache les noms de Sherrington, Head et Dusser de Barenne et que plusieurs procédés peuvent être employés pour délimiter les territoires cutanés des différentes racines. On peut comme Sherrington sectionner toutes les racines au-dessous et au-dessus et trouver ainsi par la sensibilité persistante le territoire dépendant de celle restée intacte. On peut encore comme Dusser de Barenne, employer la méthode des intoxications électives à la strychnine ou suivre comme Bolk anatomiquement la distribution périphérique des différentes racines. Aucune de ces méthodes ne donne des résultats rigoureusement exacts, mais en clinique leur précision est largement suffisante.

En pratique, les radicotomies nous ont appris que la section d'une seule racine postérieure n'entraîne habituellement aucun déficit sensitif; il est fort rare, par contre, que celle de plusieurs racines voisines ne soit pas suivie d'anesthésie ou d'analgésie au moins partielle sur une zone plus ou moins étendue.

Mais après une radicotomie postérieure l'anesthésie n'a pas la même étendue pour les différentes sensibilités, en général, l'on peut dire que la zone d'anesthésie tactile est moins étendue que celle de l'analgésie et de la thermo-anesthésie. Les fibres douloureuses et thermiques semblent ainsi moins largement s'anastomoser à la périphérie que ne le font les fibres tactiles.

D'autre part, M. Foerster a constaté au niveau des racines postérieures lombaires et des deux premières sacrées, qu'au moins deux tiers de toutes les fibres d'une racine doivent être sectionnés si l'on veut obtenir un déficit sensitif quelconque (1).

Mais même la section d'un nombre important de racines postérieures superposées n'entraîne jamais une anesthésie et une analgésie complète, M. Foerster en conclut qu'à côté des racines postérieures la sensibilité a d'autres voies supplémentaires à sa disposition; l'une d'elles est formée par les racines antérieures, l'autre par le sympathique. Voici un cas dans lequel le sympathique semble avoir été en cause :

Un homme atteint d'une lésion traumatique de la queue de cheval souffrait atrocement. Une radicotomie postérieure lombo-sacrée n'améliora pas son état et une section complémentaire des racines antérieures ne le fit qu'imparfaitement. Dans ce cas, il est donc hors de doute, qu'après la double radicotomie antérieure et postérieure la conduction intra-sympathique pouvait seule être rendue responsable des douleurs que le malade continuait à ressentir.

Celles-ci auraient alors suivi soit la voie péri-artérielle, soit, de préférence, celle des nerfs spinaux pour ressortir ensuite par les rameaux communicants gris et entrer dans la chaîne sympathique qu'elles quitteraient à son tour pour pénétrer par les rameaux communicants blancs dans la moelle dorsale.

Cette observation, en montrant une amélioration, incomplète il est vrai, mais nette après la radicotomie antérieure indique donc que les racines antérieures, elles aussi, peuvent contenir des fibres sensitives. La violente douleur que l'on obtient en électrisant le bout central d'une racine antérieure en est pour Foerster une autre preuve. Les faits observés par Davis, Cuhsing et bien d'autres encore,

(1) Schilf et Stahl. Physiol. Untersuchungen über d. peripherischen Bahnen d. Gefässensibilität, *Klin. Woch.*, 1925, t. IV, n° 29.

(2) Voir à ce sujet : R. Leriche et R. Fontaine. Etude de la vasomotricité après section de la moelle, *Réunion neurologique de Strasbourg*, nov. 1926; — Experimental Researches upon Vasomotricity, *Ann. of surg.*, mai 1927, t. LXXXV, n° 5, p. 641-647.

(1) Cette constatation ne nous semble pas parler en faveur d'une systématisation des fibres des racines postérieures aussi grande que l'admet Foerster. S'il existe, en effet, une semblable spécialisation des fibres postérieures, il est bien curieux qu'il suffise d'en garder un tiers pour maintenir l'intégrité fonctionnelle de toute la racine.

qu'après une section rétro-gassérienne du trijumeau la sensibilité profonde de la face ne disparaît complètement que lorsqu'on sectionne, en même temps, le facial viennent également à l'appui de cette conception.

Mais si Foerster considère les racines antérieures uniquement comme une voie sensitive auxiliaire, Lehmann, lui, après des recherches qu'il serait trop long d'exposer ici, arrive à la conclusion que les racines postérieures ne conduisent normalement que la sensibilité cutanée et les impressions de mouvement et de position alors que les sensations de pression et de douleur ne se transmettent uniquement que par les racines antérieures.

Ainsi présentée la théorie de Lehmann apparaît à la fois comme trop schématique et comme trop absolue, aussi n'a-t-elle pas manqué à susciter de violentes critiques surtout de Meyer (1). Celui-ci reproche à Lehmann de s'être servi d'observations inutilisables. Quoi qu'il en soit, il est certain que, si les racines antérieures jouent un rôle quelconque dans la conduction de la sensibilité, cela ne peut être que comme voie supplémentaire ainsi que l'indique Foerster.

En ce qui concerne la sensibilité viscérale, le même désaccord existe : passe-t-elle par les racines antérieures ou par les postérieures? Lehmann défend la voie antérieure, alors que Fröhlich et Meyer penchent pour la voie postérieure. M. Foerster se montre éclectique et base son opinion sur ce que lui a appris le traitement chirurgical des crises gastriques tabétiques. On sait qu'il fut le premier à proposer la radicotomie postérieure dans ces cas. Exécutée un certain nombre de fois, elle a donné à côté d'excellents résultats des échecs complets et assez nombreux. M. Foerster en conclut que les racines postérieures ne sont pas seules à conduire la sensibilité gastrique, mais que les antérieures y contribuent également.

Cela étant, si l'on se rappelle que les nerfs afférents extra-spinaux sont formés par les splanchniques et le sympathique, on comprend que la sensibilité viscérale peut emprunter une grande variété de voies différentes suivant que l'on fait passer les fibres par les racines antérieures ou postérieures et suivant que l'on interrompt ces fibres dans le ganglion solaire, dans les ganglions de la chaîne, ou dans le ganglion spinal ou que l'on place dans la moelle seulement le centre trophique des cellules nerveuses.

En toute occurrence, il est certain que toute affection d'un organe s'accompagne d'une hyperesthésie cutanée. Head a démontré que sa localisation correspond aux mêmes racines que celles qui innervent l'organe malade. Les dermatomes de Head sont aujourd'hui si bien connus qu'il est inutile que nous les rappelions ici. Mais les récentes recherches de Laewen, Kappis et Mandl viennent de fournir une importante contribution à nos connaissances sur la sensibilité viscérale. On sait que leur méthode consiste à infiltrer par voie postérieure, les rameaux communicants pour bloquer ainsi la sensibilité cutanée et viscérale. L'anesthésie obtenue peut être utilisée dans :

1° Un but opératoire ;

2° Un but thérapeutique en faisant cesser un état douloureux d'origine interne et enfin ;

3° Dans un but diagnostique, les différents segments thoraciques correspondant électivement aux différents organes abdominaux.

Dans ce sens il nous paraît intéressant d'opposer dans deux tableaux successifs :

1° Les dermatomes de Head (1) ;

2° Le schéma dont se sert Mandl (2) pour ses injections paravertébrales dans un but diagnostique.

D'après Head, in Foerster :

ORGANE	SYMPATHIQUE	PHRÉNIQUE	VAGUE
Cœur	D1-D2(D8)	C3-C4(5)	C2
Aorte ascendante	D1-D3	Id.	C2
Bronche et poumons	(D1) D2-D5(D6-D9)	Id.	C2
Œsophage	(D5) D6-D8	?	?
Estomac	(D6) D7-D9	C3-C4(C5)	C2
Intestin	D9-D12	—	C2
Rectum	S2-S4	—	—
Foie et vésicule	(D6) D7-D10	C3-C5	C2
Reins et uretères	D10-D12, L1-L2	—	—
Vessie	D11-L1(S1) S2-S4	—	—
Prostate	D10-D11(D12) (L5)	S1-S3	—
Testicule et épididyme	D10-D12(L1)	—	C2
Ovaires et annexes	D10-L1(L2)	—	C2
Utérus	D10-L1(L2) (S1)	—	—
Sein	D4-D5(D6)		

Voici, par contre, le tableau donné par Mandl dans son travail :

Angine de poitrine	C7, D1-D4 (uni ou bilatéral).
Asthme bronchial	D1-D5 (uni ou bilatéral).
Pylore et duodénum	D6-D7 ou D6-D8 à droite
Estomac (petite courbure)	D6 et D7 (uni ou bilatéral).
Estomac	D6-D8 bilatéral.
Vésicule biliaire	D8 ou D9 et D10 à droite.
Appendice	D12 ou D12, LL1 (des deux côtés) ou D12-L3 à droite.
Rein droit	D12 et L1 ou D12-L2 à droite.
Rein gauche	Id. à gauche.

Pour les opérations abdominales il faut infiltrer de D6 à L4 des deux côtés, pour les interventions sur le rein de D12 à L2 d'un seul côté, pour opérer sur la vésicule biliaire D9 et 10 à droite en y ajoutant une anesthésie pariétale ou de D6 à L1 sans cette anesthésie.

On voit que les segments indiqués par les différents organes sont, à quelques petites différences près, les mêmes dans les deux tableaux.

En résumé, la plus importante partie des fibres sensitives passe certainement par les racines postérieures, mais il semble bien qu'à présent il faille considérer les racines antérieures comme une voie de secours qui dans bien des cas, toutefois, peut avoir un grand intérêt pratique.

V. **Trajet intramédullaire de la sensibilité douloureuse.** — Arrivées dans la moelle, les fibres sensitives peuvent emprunter deux trajets différents :

La corne postérieure ou les cordons postérieurs.

Cette dernière voie est habituellement considérée comme la plus importante, beaucoup d'auteurs y faisant passer toutes les sensibilités. Schiff n'a-t-il pas déjà démontré depuis longtemps que l'excitation électrique des cordons de Goll et Burdach est excessivement douloureuse, alors que celle de la corne postérieure ne l'est pas du tout ou très peu?

Pourtant après cordotomie postérieure et dans

(1) MEYER, Ueber die fraglichen sensiblen Fasern d. vorderen Wurzeen, *Deut. Zeit. f. klin. Chir.*, 1926, t. CXCIX, f. 1 et 2, p. 38-65.

(1) D'après HEAD. In FOERSTER, p. 74.

(2) MANDL. Die paravertebrale Injection. Anatomie und Technik Begründung und Anwendung, *Abhlg. d. ges. Geb. d. Med.*, Vienne 1926, p. 21.

toutes les affections qui touchent électivement les cordons postérieurs M. Foerster n'a jamais vu d'analgésie, mais, bien au contraire, très fréquemment une exagération de la sensibilité douloureuse avec diminution du seuil d'excitation. D'autre part l'étude des douleurs dans les tumeurs intramédullaires et dans la syringomyélie impose la conviction que les cornes postérieures jouent également un rôle dans la conduction sensitive; M. Foerster formule ainsi son opinion : par les cordons postérieurs passent les perceptions qui donneront naissance à une sensation tactile, de pression, de vibration, à une notion de situation dans l'espace et à la sensation de pesanteur. Leur intégrité est nécessaire pour les perceptions fines, pour la discrimination locale de deux excitations simultanément appliquées, pour la perception de la forme et la stéréognosie.

Les sensibilités douloureuse et thermique, au contraire, sont localisées dans les cornes postérieures. L'apparition de douleurs après destruction des cordons de Goll et de Burdach s'explique par l'abolition du contrôle central frénateur qu'exercent les cordons sur la sensibilité douloureuse des cornes postérieures.

A ce niveau, les fibres douloureuses périphériques se terminent autour des noyaux de la substance gélatineuse de Rolando. En se servant de la méthode d'intoxication élective à la nicotine, Dusser de Barenne a pu mettre en évidence les territoires cutanés correspondant aux différents segments médullaires. Chaque segment se comporte comme une entité fonctionnelle et reçoit, en plus des fibres de la sensibilité douloureuse superficielle, celles qui viennent de la profondeur et des viscères. On comprend ainsi facilement qu'une affection d'un organe quelconque puisse produire une hyperalgésie cutanée. Chaque segment médullaire avec ses fibres ascendantes et descendantes fonctionne, en somme, comme une entité métamérique. Tout se passe comme si une irritation partie d'un point très limité du territoire tributaire d'un segment médullaire se répercute par l'intermédiaire de la moelle sur l'ensemble de ce territoire. Nous avons déjà eu l'occasion de parler des hyperesthésies cutanées consécutives aux affections abdominales et de signaler les zones de Head aujourd'hui bien connues et généralement acceptées, mais l'entité physiologique du segment médullaire méritait d'être mise spécialement en évidence, car elle est importante pour la localisation de la douleur.

Celle-ci ne peut être obtenue que par l'excitation simultanée des fibres douloureuses et de celles de la sensibilité perceptivo-épicritique, qui d'une part diminue au niveau des cornes postérieures l'intensité des réactions douloureuses et qui d'autre part, fournit au cortex les éléments nécessaires de localisation. Dans les affections abdominales s'accompagnant de douleurs superficielles, celles-ci ont généralement leur maximum au niveau de certains points précis dont Head a fixé la topographie selon les différents organes.

Il est intéressant de faire observer que M. Foerster a retrouvé les mêmes points douloureux dans diverses affections radiculaires.

Mais si, en général, ce sont les excitations d'origine interne qui semblent provoquer des douleurs superficielles, l'inverse est également possible; c'est ainsi que M. Foerster a vu un malade qui ayant souffert autrefois d'ulcère gastrique dont il paraissait guéri depuis plusieurs années, vit reparaître ses anciennes douleurs, lorsqu'un jour il fit un petit furoncle au niveau de la VIIe dermatome dorsale. Les douleurs ne cessèrent que lorsque le furoncle fut guéri.

Avec de semblables observations l'entité fonctionnelle du segment médullaire semble, en effet, une chose définitivement établie. Retenons donc, que c'est dans les cornes postérieures qu'entrent les fibres douloureuses périphériques tant les superficielles que les profondes et continuons maintenant à nous occuper du trajet intramédullaire ascendant de la sensibilité douloureuse.

VI. **Trajet intramédullaire ascendant de la sensibilité douloureuse.** — Sortant des cornes postérieures, les nouvelles fibres centrales se croisent sur la ligne médiane pour entrer ensuite dans les cordons antérieurs. Le croisement se fait à la hauteur du segment immédiatement sus-jacent; il est terminé à sa partie supérieure. C'est ainsi que dans un cas de section du cordon antérieur au niveau du Ve segment dorsal tout le territoire cutané depuis D6 jusqu'à S2 était analgésique.

L'excitation électrique du cordon antérieur qui provoque des paresthésies montre que des fibres sensitives se trouvent autant dans le cordon antérieur que dans les cordons postérieurs; les différentes fibres sensitives y sont localement isolées; leur topographie exacte est encore inconnue. Voici comment M. Foerster la conçoit : le plus près du sillon antérieur de la moelle se trouvent les fibres qui conduisent les sensations de pression, viennent ensuite celles du tact, puis celles de la douleur et ensuite celles de la perception thermique, très proches celles-ci des faisceaux pyramidaux. Les sensations de tact et de pression peuvent également emprunter la voie des cordons postérieurs. Une section du cordon antérieur entraînerait ainsi une abolition complète des sensibilités douloureuse et thermique en laissant intacte la sensibilité tactile. M. Foerster a pu vérifier ce fait plusieurs fois chez l'homme.

Le cordon antérieur qui conduirait électivement les sensations douloureuses et thermiques reçoit autant de fibres superficielles que de fibres profondes. Dans le cordon antérieur ces fibres seraient disposées en lamelles, les lamelles les plus externes correspondant aux parties les plus inférieures du corps.

Une section unilatérale de ce cordon provoque l'analgésie dans tout le territoire intéressé. La sensibilité viscérale, par contre, n'est pas influencée par une cordotomie unilatérale, mais Spiegel a pu montrer qu'une cordotomie antérieure bilatérale l'abolit complètement. Aussi cette intervention a-t-elle été tentée dans un certain nombre d'états douloureux rebelles à tous les autres traitements; c'est ainsi que Beer l'a réalisée dans un cas de cancer de l'utérus, Frazier dans un cas de cancer du rectum et dans un cas de tuberculose de la vessie, alors que Sachs est intervenu pour un cancer de la prostate et que Sicard et Souttar ont soumis à cette intervention des cas de crises gastriques tabétiques. En général, les résultats furent très encourageants.

Il ne semble pourtant pas exact que toutes les fibres douloureuses passent par les cordons antérieurs, car il y a une quinzaine d'années déjà que Babinski et Jarkowski ont attiré l'attention sur le fait que dans des cas de tumeurs intramédullaires avec syndrome de section médullaire complète la région

de l'anus et des organes génitaux externes restait indemne de troubles sensitifs. Ce même fait a pu être retrouvé par Foerster après des cordotomies antérieures. Des recherches de Karplus et Kreidl faites sur le chat permettent de conclure que la substance grise représente dans ces cas la voie sensitive de secours.

Quoi qu'il en soit, il est certain que la plus grande partie des fibres douloureuses passent par les cordons antérieurs.

Quel est maintenant leur trajet dans la moelle allongée, la protubérance et les pédoncules cérébraux?

VII. **Trajet des fibres douloureuses dans le bulbe : la protubérance et les pédoncules cérébraux.** — Arrivées au niveau de la moelle allongée, les fibres sensitives ont à leur disposition deux voies différentes; la plus petite partie se continuera directement par le faisceau spino-thalamique dans le thalamus, tandis que la plus grande partie subira des interruptions au niveau de la substance réticulaire grise de la protubérance. Ces masses grises correspondent à la corne postérieure de la moelle. On retrouve donc au niveau de la moelle allongée et de la protubérance la dualité de conduction que nous avons appris à connaître au niveau de la moelle. Mais il y a cette différence qu'au niveau de la moelle la conduction par les masses grises est moins importante que celle par les cordons antérieurs alors qu'au niveau du bulbe et du pont l'importance des noyaux gris dépasse celle du faisceau spino-thalamique. Dans cette partie de leur trajet les fibres douloureuses venant de la moelle sont renforcées par celles provenant de la face et du cou qui arrivent par l'intermédiaire des nerfs craniens V, IX, X et XII, les noyaux gris bulbaires jouant pour ces nerfs le même rôle que la corne postérieure pour les nerfs spinaux.

A partir de ces noyaux des fibres blanches remontent après croisement vers le thalamus et se joignent au cordon antérieur venant de la moelle. La sensibilité au niveau des pédoncules et de la protubérance se trouve ainsi plus dispersée qu'au niveau de la moelle. En conséquence les affections protubérancielles n'entraîneront que rarement des perturbations sensitives aussi importantes que celles de la moelle. Pourtant certains cas pathologiques réalisent, pour qui sait les observer et interpréter, des sections suffisamment électives pour que l'on puisse se baser sur eux pour affirmer que les fibres des différentes variétés sensitives sont anatomiquement isolées. Par contre, il est douteux qu'il existe au niveau du bulbe une séparation nette entre les fibres douloureuses superficielles et profondes. Head et Holmes l'admettent sans toutefois pouvoir alléguer des preuves irréfutables. Foerster en doute; mais, il semble bien que la disposition lamellaire que nous avons appris à connaître au niveau de la moelle se retrouve intégralement au niveau de la protubérance.

VIII. **Les fibres douloureuses dans le thalamus.** — Mais que les fibres douloureuses passent par le bulbe, la protubérance et les pédoncules par le lemniscus medialis, le tractus spino-thalamique ou par les formations grises réticulaires qui avec leurs neurones en chaînettes présentent une riche voie anastomotique pouvant facilement assurer la conduction nerveuse en cas de destruction étendue des autres faisceaux, elles finissent par rejoindre le thalamus où se terminent la plupart des fibres sensitives en même temps que celles des nerfs optiques et acoustique. La partie ventrale du noyau latéral est particulièrement destinée à la sensibilité douloureuse et, en clinique, ce sont les lésions de cette région qui s'accompagnent d'analgésie. Celle-ci est toujours contre-latérale, elle est très rarement complète; la sensibilité profonde est toujours moins lésée que celle de la superficie, la sensibilité viscérale n'est que très rarement affectée par des lésions unilatérales, mais toujours très diminuée par des lésions bilatérales.

Dans les lésions thalamiques on retrouve d'ailleurs le même phénomène que dans celles des cordons antérieurs et de la protubérance : la conservation intégrale de la sensibilité au niveau de l'anus et des parties avoisinantes (Babinski) contrastant avec l'anesthésie des autres parties : les mêmes zones de conservation paradoxale de la sensibilité peuvent parfois s'observer au niveau de la bouche (Foerster). Ces faits sont difficiles à expliquer autrement que par une innervation plus riche que Foerster attribue à d'obscures « raisons phylogénétiques ».

Mais très souvent aussi les lésions du thalamus s'accompagnent non d'analgésie, mais au contraire, de très violentes douleurs qui ont tous les caractères de l'hyperpathie et sont souvent insupportables; elles surviennent par crises, s'étendent sur de grandes surfaces, parfois sur la totalité du corps; elles possèdent un seuil tantôt élevé (hyperpathie), tantôt diminué (véritable hyperalgésie), mais toujours l'excitation juste efficace déclenche aussitôt une douleur maxima (loi du tout ou rien).

L'explication de ces douleurs est difficile; elles peuvent se produire de plusieurs façons.

D'une part on pourrait songer à une irritation morbide des fibres douloureuses; d'autre part il pourrait s'agir d'une hyperpathie consécutive à l'abolition de la perception épicritique dont nous avons appris à connaître le rôle inhibiteur habituel. D'une façon analogue Head et Holmes la rattachent à la destruction d'une voie inhibitrice mais cette fois descendante corticofugale et non ascendante.

Tout se passe comme si le thalamus, de même que la corne postérieure de la moelle fonctionnait comme une entité physiologique; une excitation provenant d'un endroit quelconque peut à tout moment se répercuter sur l'ensemble des fibres qui s'y terminent en créant ainsi des paresthésies et des sensations douloureuses dans des territoires très éloignés de la zone d'excitation. C'est en état d'hyperpathie du thalamus (overreaction de Head) que des impressions sensitives, acoustiques, optiques ou autres peuvent déclencher des sensations douloureuses.

Pour beaucoup d'auteurs, notamment pour Holmes et Head d'une part, pour Edinger d'autre part, le thalamus représente le centre de la sensibilité douloureuse qui serait indépendante du cortex. Cette conception est très discutée, Foerster ne l'admet pas et pense que le cortex prend part à l'élaboration de la douleur.

IX. **Le rôle du cortex dans la sensibilité douloureuse.** — On admet aujourd'hui que la plupart des fibres sensitives se terminent au niveau de la circonvolution pariétale ascendante qui est la circonvolution sensitive par excellence, alors que la circonvolution frontale ascendante est purement mo-

trice. Autrefois pourtant bien des auteurs avaient été d'avis que ces deux circonvolutions formaient ensemble un champ mixte sensitivo-moteur.

Cette dernière conception fut surtout défendue par Munk, Luciani, Mille et Horsley et en France par Dejerine; mais elle fut rapidement abandonnée à la suite des recherches bien connues de Sherrington et de Hitzig, recherches que Dejerine lui-même a ultérieurement confirmées. Krause et Cuhsing lors d'opérations cérébrales purent également démontrer que seule l'excitation électrique de la frontale ascendante déclenche des effets moteurs. A l'heure actuelle tout le monde est donc d'accord pour limiter le centre moteur à la seule circonvolution frontale ascendante malgré que Flechsig et Foerster aient pu obtenir quelques mouvements à seuil d'excitabilité très élevé en excitant électriquement la circonvolution pariétale ascendante.

L'accord est moins complet en ce qui concerne l'étendue des territoires sensitifs. Des recherches assez récentes de Dusser de Barenne semblent, en effet, démontrer que l'aire sensitive est très large et occupe en plus de la pariétale ascendante, toute la frontale ascendante et les parties avoisinantes des circonvolutions frontale et pariétale supérieures. Mais ces recherches tout intéressantes qu'elles soient, ont été faites sur le singe et jusqu'ici jamais chez l'homme, ni Bartolo, ni Cuhsing, ni van Valkenburg, ni Foerster lui-même n'ont pu reproduire des paresthésies par l'excitation électrique de la frontale ascendante. Par contre, Foerster a réussi en excitant certaines parties de la pariétale supérieure. Il semble donc que chez l'homme le territoire cortical de la sensibilité soit limité aux circonvolutions pariétales ascendante et supérieure.

La topographie de la pariétale ascendante est exactement la même que celle bien connue de la frontale ascendante; quant à la pariétale supérieure, Foerster n'a jusqu'ici pas réussi à déterminer même approximativement les régions qui lui appartiennent.

Mais le fait que l'excitation des circonvolutions pariétales ascendante et supérieure provoque des paresthésies et parfois des douleurs ne prouve nullement que là soit le centre de la sensibilité douloureuse. Les deux théories restent en présence; la douleur a-t-elle un centre cortical ou thalamique?

On a vu fréquemment de grandes destructions du cortex dans sa sphère sensitive ne s'accompagner d'aucune analgésie, et dans les cas où elle existait primitivement elle a rapidement rétrogradé dans la suite. Et, Edinger a pu observer un enfant sans cortex qui manifestait les plus vives douleurs chaque fois qu'on lui faisait mal. De pareils faits semblent bien prouver que le cortex n'est pas indispensable à l'élaboration de la douleur. Telle n'est pourtant pas l'opinion de M. Foerster : dans certains cas de lésions corticales, rares il est vrai, mais certaines, il a vu des troubles importants et persistants de la sensibilité douloureuse et il explique la rapidité de la disparition de ces troubles par l'étendue de la zone sensitive corticale qui rend une suppléance très facile. Il pense donc que le cortex intervient normalement dans la perception douloureuse. En tout cas, de nouvelles recherches sont indispensables pour fixer les rôles respectifs du cortex et du thalamus.

La topographie des hypo ou analgésies consécutives aux lésions corticales est également très peu connue. L'analgésie est toujours contro-latérale, elle n'est qu'exceptionnellement complète. Par contre, la forme monoplégique localisée à un membre est assez fréquente.

Aux membres, les troubles sensitifs occupent souvent une distribution, soit circulaire, soit axiale; M. Foerster en conclut que la zone sensitive corticale possède une topographie double, une première fois elle est subdivisée de haut en bas en petits champs dont chacun correspond à une région déterminée, et une seconde fois elle est divisée d'avant en arrière, le côté radial correspondant à la partie antérieure et le côté cubital à la partie postérieure de la circonvolution pariétale ascendante.

Mais cette double topographie n'explique pas toujours les constatations neurologiques que l'on peut faire dans les cas de lésions corticales, et M. Foerster pense qu'il faut, en outre, considérer dans chaque cas le pouvoir de suppléance que certaines régions possèdent plus que d'autres. On voit combien le rôle du cortex dans la douleur est encore peu connu et combien tout ce que l'on peut en dire manque jusqu'ici de précision.

Arrivé au terme de cette première partie de l'étude de Foerster, il nous paraît utile de récapituler brièvement le trajet des fibres de la sensibilité douloureuse.

Partant d'organes périphériques spécialement dévolus à la perception des sensations douloureuses, ces fibres, qui sont peut-être en partie amyéliniques, passent par les nerfs spinaux et en partie peut-être par le sympathique. Elles arrivent ensuite, en majeure partie par les racines postérieures et en plus faible partie par les racines antérieures dans la substance grise de la corne postérieure. De là, après croisement, de nouvelles fibres entrent dans le cordon antérieur; mais la substance grise peut elle aussi conduire les sensations douloureuses. Arrivées au niveau de la moelle allongée la minorité de ces fibres rejoint le faisceau spino-thalamique, alors que la majorité entre dans la substance réticulaire formée par les noyaux gris bulbaires. Mais toutes pénètrent finalement dans le thalamus, où elles se terminent et d'où d'autres fibres conduisent les sensations douloureuses vers le cortex.

Connaissant maintenant les voies qu'elle emprunte, nous pouvons, avant de passer à l'étude des divers états douloureux en particulier, étudier brièvement le mécanisme de la douleur.

IX. Le mécanisme de la douleur. — Pour qu'une sensation douloureuse naisse il faut qu'une excitation adéquate impressionne les terminaisons sensitives spécifiques. Mais toute excitation de ces éléments n'est pas perçue sous forme d'une douleur, l'excitabilité de ce système est, en effet, normalement tempérée par la sensibilité épicritique. Celle-ci contrôle et inhibe au niveau de la corne postérieure les fibres douloureuses et annule l'effet des excitations légères. Grâce à cette « inhibition simultanée » (Sherrington), une excitation localisée est éprouvée non comme une douleur diffuse mais comme un contact localisé. Goldschneider a pu démontrer qu'une excitation longtemps continuée de la peau est d'abord ressentie comme un simple contact, puis devient peu à peu une douleur localisée qui diffuse au fur et à mesure que la sensibilité épicritique voit diminuer son pouvoir inhibiteur.

Mais les fibres douloureuses ne peuvent pas seulement être excitées au niveau de leurs terminaisons périphériques, mais à un endroit quelconque de leur trajet. Dans ce sens, il est possible de voir

une analgésie complète dans un territoire correspondre avec des violentes douleurs spontanées dans ce même territoire. Cette « analgésie douloureuse » s'observera chaque fois que la cause nocive aura produit en même temps la destruction complète des fibres avec une anesthésie paralytique totale et l'irritation de leurs terminaisons centrales à la manière d'un névrome d'amputation. Une irritation légère suffit, la sensibilité sensitivo-épicritique étant inhibée.

L'atténuation de la perception douloureuse ne se fait pas seulement au niveau des cornes postérieures, car l'on peut voir de l'hyperpathie après des cordotomies postérieures qui ne touchent pas l'intégrité fonctionnelle des cornes postérieures ; aussi Foerster ne pense-t-il pas pouvoir expliquer autrement les violentes douleurs dont souffrent certains malades atteints de lésions des cordons postérieurs qu'en admettant la destruction d'un système inhibiteur. Celui-ci serait indépendant de la sensibilité perceptivo-épicritique qui exerce la même action au niveau des cornes postérieures; il serait corticofuge, et passerait, ainsi que l'admettent Brown-Séquard et Fabricius, dans le cordon postérieur après avoir passé par le thalamus.

La douleur que nous éprouvons dépendrait donc, en fin de compte, de deux choses : 1° de l'intensité de l'excitation périphérique, et 2° de l'excitabilité de l'appareil nerveux qui conduit la sensibilité douloureuse.

Mais que penser de la douleur psychique? Elle existe certainement et si une excitation locale est toujours nécessaire à la production d'une sensation douloureuse, elle peut être parfois tellement insignifiante qu'elle passe inaperçue. Il est, en effet, bien connu que l'intensité des douleurs peut être influencée grandement par la volonté, par l'attention que l'on lui prête, et qu'elle dépend, d'autre part, beaucoup de l'état affectif du sujet. Celui-ci peut prédominer au point que seule la douleur est perçue et que sa cause bien minime souvent, il est vrai, paraît absente alors qu'elle n'est que méconnue. Pour Foerster, il suffit de bien la chercher pour la trouver dans presque tous les cas. Il donne comme exemple celui des moignons douloureux; beaucoup de malades qui en souffrent et qu'aucune intervention ne soulage finissent par être considérés comme des hystériques atteints de sinistrose et pourtant leurs douleurs sont d'origine organique; elles peuvent être exagérées, mais elles ne sauraient être créées par l'état mental du sujet. Le point de départ local devrait donc soigneusement être recherché dans toute douleur dite psychique (1).

Au point de vue chirurgical, il est indispensable, pour chaque état douloureux que l'on se propose de traiter, de connaître très exactement l'importance relative des deux facteurs : organique ou mental. Car si nous sommes d'accord avec M. Foerster pour admettre qu'il ne saurait y avoir de douleur sans excitation organique de fibres douloureuses, il n'en est pas moins vrai que souvent cette excitation est tellement minime et le facteur mental tellement prédominant que, pour une fois, l'ablation de la cause ne guérirait pas le mal; elle nécessiterait une incision qui pourrait ultérieurement être suffisante pour déclencher de nouvelles douleurs. Il vaut mieux dans ces cas s'abstenir et passer le malade aux mains des psychothérapeutes.

(1) M. Leriche a fourni du mécanisme de ces douleurs une intéressante explication basée sur des constatations opératoires au cours de radicotomies. Voyez *La Presse médicale*, 10 mai 1924. Essai sur la pathologie du nerf sine vertébral.

Mais ce qu'il faut savoir c'est que ces cas sont rares, infiniment plus rares qu'on ne l'admet généralement. On se contente trop souvent du diagnostic d'hystérie et d'hystéro-traumatisme au lieu de rechercher patiemment la source des douleurs.

N'est-il pas curieux, en effet, de constater que les services chirurgicaux où l'on observe le moins d'hystéro-traumatisme sont ceux où l'on s'occupe le plus intensément de la chirurgie des états douloureux. L'expérience de notre maître, le professeur Leriche, est formelle à ce sujet : pour lui, l'hystéro-traumatisme est rarissime; il suffit, dans la plupart des cas, d'étudier à fond les malades pour découvrir finalement la source de leurs douleurs et leur proposer un traitement approprié, car, si certains de ces malades ont pu être guéris par la simple incision de la peau, tous ceux que nous avons vus dans le service de notre maître ne l'ont été que par des interventions très étudiées comme indication et comme technique. C'est bien là la preuve la meilleure que l'on puisse donner de l'origine organique de ces douleurs. (*A suivre.*)

LIVRES NOUVEAUX

Travaux et mémoires [t. Ier] (1), par le professeur P. MARIE.

Le nom du professeur Pierre Marie est resté attaché aux grandes questions de neurologie. Il importait donc que ses travaux épars dans les nombreux journaux, les revues et les recueils divers, qu'il est impossible de se procurer actuellement, fussent reproduits et groupés; ils pourront ainsi être consultés par tous les travailleurs pour lesquels ils sont un élément de travail indispensable.

Tous les mémoires qui figurent dans ce volume ont été réimprimés dans leur intégrité avec leurs figures originales, sans qu'un seul mot ait été changé.

Dans ce premier volume on trouvera groupés les travaux se rapportant aux questions suivantes :

L'aphasie. — L'acromégalie. — La spondylose rhizomélique. — L'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. — La dysostose cléido-cranienne héréditaire. — L'achondroplasie chez l'adulte.

Toutes maladies dont la description a été soit entièrement renouvelée, soit donnée pour la première fois par le professeur Pierre Marie. L. G.

Guide pratique de la mère. Les deux premières années de l'enfant. Notions élémentaires de puériculture (2), par P. RUDAUX, accoucheur des hôpitaux, professeur en chef de la Maternité, et Ch. MONTET, ancien interne des hôpitaux assistant de puériculture à la Maternité.

Les auteurs ont voulu que ce petit livre pût être recommandé par le médecin lui-même aux mères et à toutes les personnes se consacrant à la puériculture.

Ils n'y ont pas fait rentrer, en effet, les notions de pathologie qui, même élémentaires, entraînent souvent à appliquer des traitements nuisibles; ils se sont contentés d'exposer les règles essentielles de la puériculture dans tous leurs détails ainsi que la technique de certaines interventions ordonnées par le médecin.

C'est donc un véritable guide pratique et complet, contenant pour chaque cas une seule méthode, la meilleure expérimentée par les auteurs, et qu'ils conseillent instamment de suivre.

Le livre est illustré de schémas et de dessins qui mettent en relief les explications du texte.

(1) Un volume de 350 pages avec figures. — Prix : France et Etranger, 30 fr. (Sans majoration.) — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume de 174 pages avec 40 figures. — Prix : 12 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pa s.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

TRAITEMENTS DU PERSONNEL ENSEIGNANT DES FACULTÉS DES UNIVERSITÉS DES DÉPARTEMENTS. — Par décret en date du 27 août, le décret du 4 mars 1926 portant fixation des traitements et des classes du personnel enseignant des facultés des Universités des départements, modifié par le décret du 13 janvier 1927, est de nouveau modifié ainsi qu'il suit :

Professeurs titulaires :

1re classe.................... 46.000 fr.
2e classe.................... 42.000
3e classe.................... 38.000
4e classe.................... 34.000

Chargés de cours complémentaires et maîtres de conférences titulaires :

1re classe.................... 34.000 fr.
2e classe.................... 32.000
3e classe.................... 30.000
Stagiaires.................... 22.000

Agrégés chargés d'enseignement et pérennisés (facultés de médecine, et facultés mixtes de médecine et de pharmacie, facultés de pharmacie).................. 28.000 fr.

Agrégés chargés d'enseignement et non pérennisés (facultés de médecine, facultés mixtes de médecine et de pharmacie, faculté de pharmacie).................. 24.000 fr.

Agrégés non chargés d'enseignement (facultés de médecine, facultés mixtes de médecine et de pharmacie, facultés de pharmacie).................. 12.000 fr.

Chefs de travaux (facultés de médecine, facultés mixtes de médecine et de pharmacie, facultés des sciences, facultés de pharmacie) :

1re classe.................... 28.000 fr.
2e classe.................... 26.000
3e classe.................... 24.000

Assistants (faculté des sciences) et préparateurs (facultés de médecine, facultés mixtes de médecine et de pharmacie, facultés de pharmacie) :

1re classe.................... 24.000 fr.
2e classe.................... 22.600
3e classe.................... 20.000
4e classe.................... 18.000
5e classe.................... 16.000
6e classe.................... 14.000

Le préciput des doyens des facultés est fixé à 5.000 fr.

Les chefs de travaux, assistants et préparateurs pourvus du grade de docteur ès sciences reçoivent un supplément de traitement de 2.000 fr.

Les nouveaux traitements fixés par le présent décret sont exclusifs de toute gratification. Aucune indemnité ou avantage accessoire, de quelque nature que ce soit, ne peut être attribué aux fonctionnaires énumérés à l'article précédent, que dans les limites et conditions fixées par un décret contresigné par le ministre des Finances et publié au *Journal officiel*.

Dispositions transitoires. — Le nouveau traitement des assistants et préparateurs actuellement en fonctions sera déterminé d'après le tableau de concordance ci-après :

Traitement actuel.		Traitement nouveau correspondant.		
1re classe	16.000f	....	1re cl.	24.000f
2e classe	15.000	....	2e cl.	22.000
3e classe	14.000	....	3e cl.	20.000
4e classe	13.000	Après 3 ans.	4e cl.	18.000
		Avant 3 ans.	5e cl.	16.000
5e classe	12.000	....	6e cl.	14.000

En dehors du cas prévu ci-dessus, il n'est apporté aucune modification à la répartition actuelle des agents entre les différentes classes. Les nouveaux traitements seront attribués aux agents suivant leur classe respective.

L'attribution des nouveaux traitements est exclusive de la majoration provisoire de 12 p. 100 sur le traitement prévue par le décret du 29 août 1926. Elle ne sera pas considérée comme un avancement et l'ancienneté des fonctionnaires dans

leur nouveau traitement comptera du jour de leur dernière promotion.

Sous réserve des mesures spéciales qu'entraîne l'application des lois des 1er avril 1923 (art. 7), 17 avril 1924 et 31 mars 1924, la répartition des agents entre les différentes classes doit être telle que la dépense totale pour l'ensemble du personnel ne dépasse pas celle qui résulterait de l'application du traitement moyen dans chaque emploi.

Les améliorations de traitement résultant de l'application du présent décret auront leur effet à partir du 1er août 1926.

Sont abrogées, à compter de la même date, toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret. (*J. O.*, 30 août 1927.)

MAISON DE SANTÉ DÉPARTEMENTALE DE SAINTE-GEMMES-SUR-LOIRE. — Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à la Maison de santé départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire, près Angers (Maine-et-Loire).

Les internes sont nommés pour trois ans aux traitements suivants : 1re année, 2.400 fr.; 2e année, 3.000 fr.; 3e année, 3.600 fr.

Les internes docteurs reçoivent 6.000 fr. Nourriture, logement, chauffage, éclairage, blanchissage.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à M. le directeur médecin-chef à Sainte-Gemmes-sur-Loire.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé :

Officier d'Académie. — M. le docteur Peaud (de la Chaize-le-Vicomte).

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Que l'insuffisance du myocarde soit à peine esquissée cliniquement ou déjà nettement accusée, l'amélioration de la contractibilité du muscle cardiaque rétablira le rythme régulier et fera disparaître les accidents pénibles secondaires aux extrasystoles. En conséquence, conseiller un repos plus ou moins rigoureux — surveiller le régime alimentaire — et prescrire des diurétiques cardiaques, en alternant théobromine, strophantus, mais surtout, et de préférence, l'extrait total d'adonis vernalis ou Diurène. Ne pas oublier la stimulation hépatique et la dérivation intestinale par l'aloès ou les lavements purgatifs.

LE CENTENAIRE DE VILLEMIN

Des comités viennent de se constituer sous le haut patronage de M. Gaston Doumergue, président de la République, la présidence d'honneur du ministre de la Guerre et de plusieurs membres du gouvernement pour célébrer le centenaire de la naissance de Villemin, médecin-inspecteur de l'armée (1827-1892), professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce.

Les plus hautes personnalités scientifiques du monde médical français ont accepté d'entrer dans le Comité d'honneur et le Comité d'organisation où se trouvent également les autorités les plus marquantes de la médecine militaire française et les représentants du corps enseignant de l'Ecole du Val-de-Grâce.

L'hommage rendu à la mémoire de Villemin comportera une série de manifestations qui se dérouleront du 15 au 18 octobre 1927. La cérémonie inaugurale qui comprendra un festival, se déroulera dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne en présence du Président de la République et sous la présidence d'un membre du gouvernement. Une séance solennelle aura lieu également à l'Académie de médecine.

Au Val-de-Grâce, d'où sortit l'immortelle découverte de Villemin, se tiendra une cérémonie placée sous la présidence de M. le ministre de la Guerre ; elle sera complétée le dimanche 16 octobre par une « Journée de la tuberculose » au cours de laquelle seront présentées par les personnalités civiles et militaires les plus autorisées, des mises au point pratiques sur les principales questions qui sollicitent actuellement l'activité des phtisiologues dans l'ordre purement scientifique, comme dans le domaine médico-social.

Un banquet terminal, présidée par M. le ministre de la Guerre clôturera le 18 octobre les fêtes du centenaire.

Il y a lieu d'ajouter que le Centenaire de Villemin se placera immédiatement après le XIXe Congrès français de médecine (11 au 13 octobre 1927 inclus), à l'occasion duquel sera organisée une démonstration technique de la prophylaxie de la tuberculose dans l'armée et peu de temps avant le XIVe Congrès d'hygiène (25 au 27 octobre 1927 inclus), dont l'importance sera accrue, cette année, du fait de la célébration du cinquantenaire de la Société d'hygiène publique et de génie sanitaire et où une importante question d'hygiène militaire « l'hygiène des camps d'instruction », sera rapportée et discutée.

Ainsi, ce groupement de diverses manifestations scientifiques d'octobre prochain constituera une précieuse occasion d'instruction professionnelle des plus intéressantes pour tous les médecins.

Le ministre de la Guerre a décidé de donner les plus grandes facilités aux médecins militaires de l'active et de réserve qui voudront en bénéficier. Les médecins de réserve, en particulier, pourront faire l'objet d'une convocation pour une période d'instruction sans solde, d'une durée proportionnée à ces différentes manifestations qui leur donnera droit, au tarif militaire pour leur déplacement. Ils trouveront à ce sujet, tous les renseignements utiles auprès du directeur du Service de santé du corps d'armée auquel ils appartiennent. Ils pourront également s'y faire inscrire aux fêtes du Centenaire de Villemin.

Le centenaire de Villemin mérite d'être célébré avec le plus grand éclat. Continuateur de Laennec et précurseur de Koch, il a eu le véritable génie de découvrir puis de démontrer expérimentalement, dès 1865, la virulence, la spécificité et la contagiosité de la tuberculose. Son nom appartient à l'histoire de l'humanité, dont il est un des grands bienfaiteurs, car de cette époque date seulement la possibilité de lutter scientifiquement contre un grand fléau social. Il mérite l'hommage de tout le corps médical de France pour sa belle découverte aux conséquences incalculables.

REVUE GÉNÉRALE

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE A DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
Directeur : Professeur R. LERICHE.

SUR LA DOULEUR

ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL [1]

d'après le Professeur O. FOERSTER *(de Breslau)*

Par RENÉ FONTAINE, assistant.

DEUXIÈME PARTIE

LES ÉTATS DOULOUREUX EN PARTICULIER

Dans la deuxième partie de son étude, Foerster envisage en particulier les différents états douloureux et leur traitement.

I. Les affections des nerfs périphériques. — 1. Les lésions traumatiques des nerfs périphériques. — Tout le monde sait que les lésions des nerfs périphériques s'accompagnent généralement de douleurs plus ou moins intenses. Ces douleurs débutent, tantôt avec le traumatisme, tantôt elles sont retardées dans leur apparition; d'une façon générale elles sont plus violentes après les sections incomplètes qu'après les interruptions totales. Dans les sections par balle elles manquent fréquemment.

Elles peuvent être expliquées de plusieurs manières : d'une part, le traumatisme peut directement irriter les fibres douloureuses. Ultérieurement leur inclusion dans un foyer cicatriciel osseux ou autre ou la formation d'un névrome peut agir dans le même sens; mais, d'autre part, les douleurs peuvent également être attribuées à l'absence de la sensibilité perceptivo-épicritique normalement inhibitrice.

Dans ce dernier cas, les douleurs sont provoquées par des causes externes souvent insignifiantes; elles peuvent aussi être spontanées et sont dues alors aux modifications circulatoires consécutives aux traumatismes, modifications qui, à leur tour, entraînent des variations du pH tissulaire.

Ces modifications circulatoires, qui existent à un degré plus ou moins accusé dans chaque traumatisme des membres (2), sont parfois tellement importantes qu'elles dominent le tableau clinique; l'hyperémie, l'hyperidrose et souvent une hypertrichose les traduisent réalisant l'image clinique connue depuis Weir Mitchell sous le nom de « causalgie ».

Les douleurs consécutives aux blessures nerveuses sont généralement plus intenses après une lésion d'un nerf purement sensitif qu'après celle d'un nerf mixte.

L'intensité des douleurs à elle seule, en dehors de toute autre considération, suffit souvent pour justifier une intervention; mais que faut-il faire (1)?

Deux cas sont à distinguer :

1° La blessure nerveuse est récente;

2° Elle est ancienne, c'est-à-dire qu'elle remonte à plus de trois à cinq mois.

Nous commencerons par l'étude du deuxième groupe pour lequel l'indication est généralement plus facile à poser :

Nul doute qu'il faille opérer. A l'intervention on peut trouver, soit une interruption anatomique complète, soit seulement des lésions partielles. S'il s'agit d'une section complète du nerf elle doit aussitôt être réparée, c'est-à-dire qu'il faudra isoler soigneusement les deux bouts, les aviver en tissu sain, puis rétablir la continuité, soit par une suture directe, soit, si celle-ci est impossible, après interposition d'une greffe.

Si le nerf ne montre pas de solution de continuité, la conduite à tenir est assez délicate. M. Foerster propose d'exciter, dans ces cas, électriquement le bout central du nerf et de voir si aucun des muscles innervés par lui ne répond à cette excitation ; si tel est le cas, il faut réséquer la cicatrice, car c'est elle qui s'oppose à la pullulation des neurofibrilles et qui empêche la régénération du nerf.

S'il existe, au contraire, la moindre réponse à l'excitation électrique, nous ne sommes plus en droit de réséquer la cicatrice nerveuse; car nous pourrions compromettre une régénération qui s'annonçait bien. Dans ces cas, Foerster se limite à une neurolyse interne, c'est-à-dire qu'il enlève le névrilemme épaissi et dissocie les divers fascicules nerveux en excisant partout le tissu conjonctif qui pourrait comprimer les neurofibrilles. Au besoin il enlève de petits névromes fasciculaires. D'autres fois l'excision d'une cicatrice nerveuse partielle sera indiquée.

La simple neurolyse externe, par contre, n'a donné entre les mains de M. Foerster que des résultats nuls ou presque nuls. Si cliniquement déjà la paralysie n'est qu'imparfaite, il est évident qu'il sera d'autant plus interdit encore de toucher au nerf. La neurolyse externe suffira alors.

Notre conduite différera si le traumatisme nerveux est de date plus récente. Dans ce cas les douleurs, à elles seules, ne sauraient en général justifier l'intervention, car elles disparaissent souvent spontanément en même temps que la régénération nerveuse se fait, et on ne peut conclure à l'absence de régénération qu'après une attente de trois à cinq mois, si au bout de ce temps la paralysie initiale ne montre pas le plus léger signe d'amélioration.

Dans les cas récents, l'intervention n'est donc indiquée que lorsque les douleurs sont très violentes et que l'opération est impérieusement réclamée par le malade, ou encore lorsque l'on est absolument sûr de la section complète du nerf.

L'intervention décidée, la section complète ne donne guère lieu à une hésitation, mais pour les lésions incomplètes une extrême prudence sera encore plus de mise que dans les cas anciens; Foerster conseille de se borner dans tous les cas à une neurolyse externe quitte à réintervenir plus tard si la douleur n'était pas calmée.

En résumé donc, en présence de douleurs dues à

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 71, p. 1169.

(2) Voir à ce sujet : R. LERICHE. Sur les déséquilibres vasomoteurs post-traumatiques des extrémités, *Lyon chir.*, nov. 1923, p. 746. — F. ALBERT. Etude expérimentale des troubles vasomoteurs réflexes, *Arch. intern. de physiol.*, 31 mai 1924, t. XXII, f. 4. — R. LERICHE et R. FONTAINE. Recherches expérimentales sur l'innervation vaso-motrice, les réflexes vasculaires des membres, *La Presse méd.*, 6 juillet 1927. — R. FONTAINE et D. MILOYEWITCH. A propos des troubles vasomoteurs réflexes des extrémités, *Revue de chir.*, 1927, n° 4.

(1) Foerster n'ayant en vue que la thérapeutique des états douloureux, le traitement des plaies nerveuses n'est naturellement envisagé que sous le point de vue des douleurs.

la blessure d'un nerf mixte, l'extirpation des névromes, suivie de la suture du nerf, est la méthode de choix en cas de section totale ; si celle-ci n'est qu'incomplète l'expectative et une grande prudence sont à conseiller pour les cas récents, alors que pour les cas anciens l'opération sera en général nécessaire. On pratiquera l'excision de la cicatrice suivie de suture chaque fois que l'interruption physiologique sera complète ; au contraire, lorsqu'il existe des signes de régénération, la neurolyse interne sera indiquée dans les cas anciens alors que la neurolyse externe sera réservée aux cas frais.

Lorsqu'il ne s'agit pas d'un nerf mixte, mais d'un nerf sensitif pur et que la lésion a été produite par balle, l'excision suivie de suture et la simple neurolyse ont toujours donné à Foerster de très mauvais résultats. Il les attribue au fait que dans les blessures par armes à feu les lésions réelles s'étendent notablement plus loin qu'il ne semble à priori ; dans ce cas la neuréxérèse est le procédé de choix. Foerster l'a faite 110 fois avec :

93 guérisons complètes,
12 améliorations,
5 échecs.

Par contre, sur 400 sutures nerveuses faites de 1914 à 1926. Il ne compte aucun échec au point de vue de la disparition des douleurs.

Schloessmann a été moins heureux que lui, n'ayant eu que 16 guérisons sur 28 malades traités.

La neurolyse interne a donné à Foerster dans 42 cas :

32 guérisons,
5 améliorations,
5 échecs.

Mais il existe des cas où les interventions locales qui s'attaquent à la cause même de la douleur échouent ou deviennent impossibles, et il est bon alors d'avoir à sa disposition des procédés qui soulageront le malade en interrompant la voie de la sensibilité douloureuse.

Ces méthodes sont :

1° *L'opération de Stoffel.* — Foerster n'admet pas l'opinion de Stoffel sur la topographie des troncs nerveux et pense que les recherches de Dustin, Langley, Wjasmenski, Borchardt, Mac Kinley, et ses propres recherches ont définitivement condamné cette opération qui, ainsi que l'on sait, consiste à ne sectionner au niveau du tronc nerveux que les seules fibres sensitives. Elle n'a guère donné de résultats pratiques.

2° *Le blocage des nerfs en amont de la lésion.* — Cette méthode, qui cherche à paralyser le nerf pour une période plus ou moins longue et d'une façon plus ou moins complète, ne peut être acceptée sans restriction que lorsqu'il s'agit d'un nerf purement sensitif, dont la paralysie est sans importance. Il n'en est de même lorsqu'il s'agit d'un nerf mixte, cas dans lequel elle ne devrait être tentée que lorsque toutes les autres méthodes auront échoué.

Le blocage peut être réalisé au bistouri ou obtenu par des substances chimiques. C'est ainsi que l'on pourra faire la section du nerf en amont suivie de suture immédiate, mais ce procédé a deux inconvénients : un névrome peut se former au niveau du bout proximal et devenir la source de nouvelles douleurs, ou bien, si la suture réussit, la régénération nerveuse rapide peut ramener les anciennes souffrances.

L'exérèse complète du nerf que Perthes, Lehmann, Schloessmann et Foerster lui-même ont faite avec de bons résultats expose de même au névrome terminal.

L'infiltration novocaïnique est de trop courte durée pour entrer en ligne de compte.

A la réfrigération au chlorure d'éthyle, par contre, méthode dont Lawen s'est fait le promoteur au cours de ces dernières années, et qui donne d'excellents résultats, Foerster reproche une régénération nerveuse trop rapide.

L'injection intraneurale d'alcool à 60 p. 100, prônée par Pitres, Marchand et Sicard, donne de très beaux succès. Toutefois M. Foerster lui préfère l'injection d'une solution de formol à 5 p. 100 dont l'action serait plus persistante que celle de l'alcool et du chlorure d'éthyle.

Mais ces interventions elles aussi peuvent échouer ou n'amener qu'un résultat trop partiel, c'est alors aux interventions sur la moelle elle-même qu'il faudrait avoir recours.

L'extirpation des ganglions spinaux a été réalisée avec succès par Oehlecker et Hofmeister.

Plus fréquemment pourtant c'est au niveau des racines que l'on a cherché à interrompre la sensibilité douloureuse.

La radicotomie postérieure a été exécutée un certain nombre de fois et a donné d'excellents résultats à Perthes, Lehmann, Hofmeister et Foerster. Mais les échecs sont à craindre car les racines postérieures ne sont pas seules à renfermer les fibres douloureuses et les racines antérieures en véhiculent également, et adjoindre la radicotomie antérieure à la postérieure n'est qu'exceptionnellement possible à cause de la paralysie musculaire qui en résulte.

Aussi la cordotomie antérieure paraît-elle préférable. Jusqu'ici elle n'a été faite qu'une seule fois par Frazier dans un cas de blessure du sciatique. Selon Foerster, la cordotomie devrait être faite pour le membre supérieur entre C2 et C3 et pour le membre inférieur théoriquement entre D11 et D12, mais comme à ce niveau elle est difficile, Foerster pense qu'il vaudrait mieux la faire entre D4 et D5 (1).

En présence de douleurs consécutives à des traumatismes des nerfs périphériques, il faudra donc toujours commencer par des opérations locales; ce n'est qu'en cas d'échec que l'on sera autorisé à s'adresser à des interventions qui ne cherchent qu'à interrompre la sensibilité douloureuse. Là encore, on commencera par des opérations sur les nerfs périphériques avant de recourir aux opérations médullaires proprement dites. Parmi celles-ci la cordotomie antérieure paraît la méthode de choix.

Mais là ne s'arrêtent pas nos ressources thérapeutiques. Il nous reste, en effet, à parler des interventions sur le sympathique qui parfois, dans ces cas, donnent de fort beaux succès. Foerster, dans son livre, n'envisage que les sympathectomies périartérielles.

Comment se justifient-elles et que peuvent-elles donner dans de pareils cas?

L'influence heureuse d'une sympathectomie périartérielle sur des douleurs d'origine nerveuse peut s'expliquer de diverses façons : elle peut être :

Directe ou indirecte.

(1) Pour ce qui touche à la cordotomie, voir le travail récent de Paul BANZET. *Th. de Paris*, juin 1927, qui donne la statistique (30 cas) de Sicard et Robineau.

1. *Influence directe.* — On sait que plus souvent qu'on ne le pense le traumatisme intéresse non seulement le nerf, mais également l'artère voisine dont la lésion passe toutefois inaperçue jusqu'à ce qu'une thrombose lentement progressive déclenche des douleurs qui ne cessent qu'avec la résection du segment artériel oblitéré d'où proviennent les douleurs ainsi que M. Leriche l'a démontré dès 1917 (1).

D'autres fois le traumatisme n'intéressera que de plus petits vaisseaux produisant des sensations douloureuses qui remontent le long des artères vers le sympathique central et la moelle. La sympathectomie péri-artérielle interrompra cette voie ascendante faisant disparaître ainsi les douleurs.

L'action de cette intervention sera moins immédiate dans le cas suivant :

2. *Influence indirecte de la sympathectomie péri-artérielle sur les douleurs.* — On sait que tout nerf mixte contient des fibres amyéliniques en assez grand nombre; ce sont eux qui sont responsables des troubles vasomoteurs si fréquents dans les traumatismes nerveux. Les angiospasmes périphériques, qui en résultent, sont douloureux; la sympathectomie les fait cesser.

En même temps elle peut agir par l'intermédiaire des variations circulatoires qu'elle provoque en modifiant ainsi le milieu humoral dans lequel travaillent les récepteurs sensitifs terminaux et l'on sait combien ces organes sont sensibles aux moindres changements de la constitution physico-chimique des tissus dans lesquels ils vivent. Foerster insiste beaucoup sur ce mode d'action de la sympathectomie, mais bien avant lui déjà M. Leriche avait expliqué de la même façon l'influence du sympathique sur la sensibilité cérébro-spinale (2).

Au point de vue pratique Foerster n'a pas obtenu par la sympathectomie péri-artérielle de bons résultats dans le traitement des états douloureux consécutifs aux traumatismes nerveux. Il n'en reconnaît pas moins les beaux succès que doivent à cette méthode, MM. R. Leriche, Brüning, Callender, Bobbio, et bien d'autres encore. Pour le professeur Foerster la sympathectomie péri-artérielle est indiquée chaque fois que des troubles vasoconstricteurs périphériques dominent le tableau clinique, alors qu'au contraire une vasodilatation persistante la contre-indiquerait strictement. Personnellement nous n'avons jamais vu de vasodilatation durable consécutive aux traumatismes nerveux et tous nos cas ont toujours présenté de la vasoconstriction périphérique. A priori, déjà, la sympathectomie péri-artérielle doit donc trouver dans le domaine de ces états douloureux un vaste champ d'application.

Malheureusement M. Foerster ne considère que les sympathectomies péri-artérielles sans faire la moindre allusion aux interventions sur la chaîne sympathique elle-même. On sait que l'on doit à M. Leriche (3) l'introduction de ces interventions sur la chaîne sympathique et spécialement sur les rameaux communicants dans la thérapeutique des états douloureux. La ramisection y est justifiée au même titre que la sympathectomie péri-artérielle. Avec M. Leriche (1) nous avons pu montrer que ces opérations provoquent les mêmes modifications vasomotrices, mais d'une façon plus intense et plus durable que celles qui sont faites sur le sympathique péri-artériel; de même, elles interrompent plus radicalement que ces dernières cette voie sensitive ascendante et extraspinale dont la physiologie à défaut de l'anatomie nous a prouvé la réalité.

Des ramisections lombaires ont plusieurs fois été exécutées par M. Leriche pour des douleurs provenant d'une section du sciatique et ayant résisté à toutes les interventions locales. Dans un cas de blessure du plexus brachial, M. Leriche a fait une ramisection cervicale; les résultats de ces interventions au bout de plus de deux ans sont très satisfaisants, de sorte que M. Leriche pense que dans le traitement des états douloureux qui nous occupent après échec des interventions locales qu'il faut toujours faire en premier lieu c'est aux ramisections qu'il faut avoir recours avant de se décider à une intervention aussi grave fonctionnellement qu'une cordotomie antérieure, bien qu'elle soit opératoirement bénigne.

2° **Les névromes d'amputation.** — Les douleurs dues aux névromes d'amputation sont de même nature que celles que nous venons d'envisager dans le chapitre précédent. On sait combien elles sont fréquentes et tenaces même après les amputations les mieux faites (2).

De très nombreux procédés ont été indiqués qui doivent éviter la formation de ces névromes. Nous citerons parmi :

1. *La résection aussi haute que possible des nerfs.* — C'est là une pratique couramment adoptée, mais qui, pour utile qu'elle soit, ne suffit pas, d'habitude, à éviter, à coup sûr, la récidive des névromes. Aussi a-t-on cherché à la combiner à d'autres procédés;

2. *La méthode de Moscowicz*, qui fixe le bout central des nerfs dans les muscles avoisinants pour empêcher ainsi la pullulation de neurofibrilles, résultat qu'Eiselsberg et Payr obtiennent par :

3. *La section du nerf au thermocautère*;

4. *Le procédé de Chapple*, qui consiste à garder un manchon de névrilème que l'on rabat sur la tranche de section du nerf, tandis que :

5. Corner fait une excision cunéiforme du nerf et suture ensuite les deux tranches de névrilème.

On a également :

6. Proposé de suturer l'un à l'autre les bouts de deux nerfs sectionnés (Leriche) et, au besoin, de dédoubler le nerf unique pour former deux tranches que l'on puisse suturer.

A toutes ces méthodes Foerster préfère l'injection

---

(1) Leriche. Du syndrome sympathique consécutif à certaines oblitérations artérielles traumatiques et de son traitement par la sympathectomie périphérique, *Bull. de la Soc. de chir.*, 31 janv. 1917; — R. Leriche et J. Heitz. De la réaction vasodilatatrice consécutive à la résection d'un segment artériel oblitéré, *C. R. de la Soc. de biol.*, 3 fév. 1917.

(2) R. Leriche. La résection du sympathique a-t-elle une influence sur la sensibilité périphérique? *Revue de chir.*, 1922, p. 553-569.

(3) Voir à ce sujet : R. Leriche. Les indications et les résultats de la section des rameaux communicants cervicaux dans la chirurgie de la douleur, *Groupement belge d'études neuro-chir.*, 14 nov. 1926, in *Journ. de neurol. et de psych.*, Bruxelles 1927, n° 1; — *Livre d'or du professeur Oppel*, Leningrad 1927.

(1) R. Leriche et R. Fontaine. Les modifications de la pression artérielle consécutives aux ramicotomies cervicales inférieures, *Arch. des mal. du cœur et des vaisseaux*, janv. 1926, t. XIX, p. 21.

(2) M. Leriche pense que beaucoup d'échecs dans leur traitement viennent de ce qu'on n'analyse pas, dans chaque cas particulier, le mécanisme même des accidents. Il a montré qu'il y en avait plusieurs types. M. Foerster n'en parle pas, et ne fait pas ces distinctions cependant fondamentales.

intraneurale soit d'alcool à 100 p. 100 (Huber et Lewis) soit de formol à 5 p. 100 (Foerster). Huber et Lewis ayant plusieurs fois eu l'occasion de réintervenir quelques mois après l'amputation ont pu constater que tous les nerfs ainsi traités se terminent en un fin filet sans le moindre névrome.

Mais ces procédés très utiles au point de vue prophylactique, échouent habituellement contre les douleurs constituées à l'exception toutefois des injections intraneurales, grâce auxquelles Foerster a obtenu plusieurs succès. Il infiltre dans ces cas tous les nerfs sans exception aucune qui peuvent contribuer à l'innervation du moignon.

Les résections itératives des névromes sont généralement inefficaces, de sorte que si les injections intraneurales échouent M. Foerster propose de recourir d'emblée aux interventions sur la moelle.

La radicotomie postérieure a donné dans ces cas de brillants succès, mais elle est inconstante dans ses résultats; Foerster lui doit deux guérisons et deux échecs. M. Leriche (1), lui aussi, a tantôt vu disparaître complètement les douleurs à la suite de cette intervention, alors que d'autres fois les malades ne furent pas soulagés du tout et il estime que l'on a à tort considéré pendant longtemps la radicotomie postérieure comme la thérapeutique héroïque des moignons douloureux.

La section simultanée des racines antérieures et postérieures n'a jamais été faite; elle ne pourrait être envisagée qu'en présence d'un moignon très court dont la paralysie motrice serait de peu d'importance.

La cordotomie antérieure, elle aussi, n'a jamais été faite pour un moignon douloureux (2).

Quant aux sympathectomies péri-artérielles, que M. Leriche et après lui Santy, Guillemin, Sherwood, Georges Müller et bien d'autres encore ont appliquées au traitement de ces états, M. Foerster se borne à dire qu'elle est inconstante dans ses résultats. Personnellement il a observé un échec. Elle a cependant, dans des cas bien déterminés, donné des résultats durables (3).

Il n'est pas plus question dans ce chapitre des interventions sur la chaîne sympathique elle-même qu'il n'en avait été au précédent. Cependant M. Leriche a montré qu'elles sont fréquemment indiquées dans le traitement des moignons douloureux. La nature des douleurs étant la même dans ce cas que dans celui des douleurs consécutives aux blessures des nerfs périphériques nous pouvons renvoyer à ce chapitre pour tout ce qui concerne la justification physiologique de cette sorte d'interventions.

Bornons-nous donc à rappeler que pour M. Leriche la ramisection constitue dans la thérapeutique du type le plus grave des moignons douloureux la méthode de choix à laquelle on doit recourir chaque fois que l'extirpation du névrome se sera montrée inefficace quand la sympathectomie péri-artérielle n'est pas indiquée, et avant de s'adresser aux opérations médullaires.

(1) R. Leriche. Indications de la radicotomie postérieure (à propos de 25 opérations), *Lyon chir.*, 1922, t. XIX, p. 647; — Sur 46 cas de chirurgie de la moelle et des racines, *Bull. de la Soc. de chir.*, 26 mars 1924.

(2) Il y en a un cas de Sicard et Robineau dans le récent travail de P. Banzet. *Th. de Paris*, juin 1927.

(3) Leriche. Vue d'ensemble sur la physiologie pathologique et le traitement des troubles douloureux des moignons, *La Chir. degli org. di mov.*, 1924.

M. Leriche a soumis jusqu'ici (1) quatre cas de moignons douloureux (trois moignons d'avant-bras et un moignon de cuisse) à des ramisections cervicales ou lombaires. Il en a obtenu trois excellents résultats, dont l'un date de plus de deux ans, et une amélioration sensible. Plus récemment L. Bazy suivant l'exemple de M. Leriche a, lui aussi, débarrassé un amputé de cuisse des violentes douleurs dont il souffrait en lui faisant une ramisection lombaire (2).

Ces résultats sont donc tout à fait encourageants et paraissent meilleurs que ceux de la radicotomie postérieure qui entre les mains de Foerster, lui-même, n'a donné que 50 p. 100 de succès.

3° **Les tumeurs des nerfs périphériques.** — Ces tumeurs peuvent être primaires ou secondaires; parmi les premières les fibromes, soit uniques, soit multiples sont les plus fréquents; ils sont connus sous des dénominations bien diverses telles que : éléphantiasis nervorum, neurofibromatose diffuse, neurofibrome plexiforme, maladie de Recklinghausen, etc. Les douleurs irradiées dans le domaine du nerf affecté en sont souvent l'unique signe; malgré la bénignité habituelle de ces tumeurs leur dégénérescence maligne en sarcome ou myxosarcome s'observe parfois.

En présence d'une tumeur unique l'indication opératoire ne saurait se discuter et il faudra dans tous les cas essayer de faire l'ablation complète de la tumeur en respectant au mieux la continuité du nerf. Cette énucléation sera souvent réalisable. Au besoin le nerf devra être sectionné et sa continuité aussitôt reconstituée.

En présence d'une tumeur maligne, au contraire, l'ablation large du nerf s'impose en dépit des troubles fonctionnels qui peuvent en résulter.

Souvent aussi les nerfs ne sont que secondairement englobés dans un processus tumoral; des douleurs violentes en résultent que la simple neurolyse fera parfois cesser, alors que dans d'autres cas le sacrifice du nerf ou une radicotomie postérieure deviendra indispensable.

Les tumeurs malignes du pelvis sont celles qui donnent le plus fréquemment lieu à des douleurs par compression ou par envahissement des nerfs et les opérations médullaires sont souvent dans ces cas inévitables. La meilleure opération sera alors la cordotomie antérieure qui a donné à Sicard, Beer, Schwab et Frazier des résultats très appréciables, alors que ceux de la simple radicotomie postérieure sont très inconstants. M. Leriche (3) croit toutefois cette opération indiquée chaque fois que « les douleurs sont nettement radiculaires ou tronculaires ou nettement localisées ».

Faisons remarquer d'autre part que M. Leriche a pu démontrer que les douleurs dont souffrent les malades atteints de néoplasmes pelviens inopérables ne proviennent pas toujours de la compression des nerfs mais que bien souvent elles résultent de celle

(1) Voir R. Leriche et R. Fontaine. Section des rameaux communicants cervicaux inférieurs et premier dorsal dans un cas de moignon douloureux d'avant-bras, *Strasbourg méd.*, 10 mars 1925, p. 203-204 ; — Voir aussi R. Leriche. *Groupement belge d'études neuro-chir.*, loc. cit.

(2) P. Bazy et G. Lataix. Causalgie prenant origine au niveau d'un moignon d'amputation de la cuisse droite. Section des rameaux communicants lombaires du tronc du sympathique droit, *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 1926, t. LII, p. 157.

(3) R. Leriche. Loc. cit.; — De la sédation chirurgicale de la douleur dans les compressions radiculo-médullaires des cancéreux, *Lyon méd.*, 25 janv. 1920.

des gros troncs vasculaires. C'est ainsi, qu'en libérant simplement de leur gaine néoplasique la partie terminale de l'aorte et de ses branches principales, il a pu soulager, jusqu'à leur mort, des malades qui, à la suite de cancers utérins ou prostatiques souffraient violemment dans la partie inférieure de l'abdomen et dans les membres inférieurs (1).

Le mécanisme des douleurs s'explique dans ces cas aisément par l'excitation des fibres sensitives péri-artérielles.

4° **De divers processus pathologiques au voisinage des nerfs et plexus périphériques.** — Sous cette rubrique M. Foerster mentionne brièvement un certain nombre d'affections qui soit directement, soit par la cicatrice que laissera leur guérison peuvent irriter des nerfs périphériques.

Nous ne les passerons pas toutes en revue; leur énumération serait fastidieuse; elle irait depuis l'inclusion d'un nerf dans un foyer de fracture jusqu'à la compression dans une cicatrice de phlegmon guéri. Une seule de ces causes mérite une mention particulière; ce sont les douleurs consécutives à une côte cervicale. Elles coexistent souvent avec des phénomènes paralytiques. L'ablation de la côte fait habituellement disparaître tous les symptômes. Parfois pourtant elles résistent à l'intervention et dans ce cas la sympathectomie péri-artérielle peut être efficace, ainsi que le montrent les observations de Lehmann et de Georges Müller.

5° **Les névrites toxi-infectieuses.** — Le traitement chirurgical des névrites toxi-infectieuses est rarement indiqué, le traitement causal étant en général suffisant. Ce n'est qu'en cas d'échec que l'on recourra à l'alcoolisation ou à la formolisation du tronc.

6° **Les névralgies.** — Pour pouvoir être considérées comme caractéristiques d'une « névralgie » les douleurs doivent être limitées, plus ou moins exactement, au territoire d'un seul nerf et n'être accompagnées d'aucun phénomène moteur. Ces névralgies peuvent être symptomatiques ou essentielles; symptomatiques, leur traitement se confondra avec celui de la cause qui leur a donné naissance.

a. Les névralgies essentielles sont moins fréquentes que les autres; on les rencontre surtout au niveau du trijumeau. Foerster n'apporte rien de nouveau au sujet de leur symptomatologie bien connue à présent.

Quant au traitement, à côté de l'alcoolisation dont les résultats sont surprenants surtout lorsqu'il s'agit de névralgies partielles, se placent les interventions sur le ganglion lui-même, soit son extirpation par la méthode de Krause, soit la section de la racine rétrogassérienne, méthode à laquelle actuellement se sont ralliés la plupart des chirurgiens.

Frazier a proposé de ménager au cours de ces sections rétrogassériennes les fibres antéro-internes qui conduisent particulièrement la sensibilité cornéenne, mais cette proposition théoriquement très justifiée, n'est peut-être pas toujours pratiquement réalisable au cours de ces interventions délicates.

En ce qui concerne les sympathectomies cervicales et péricarotidiennes dans la névralgie du trijumeau, M. Foerster pense que ces interventions peuvent se justifier : 1° par le fait que le sympathique cervical contient effectivement des fibres qui sont en relation avec la sensibilité douloureuse de la face; 2° par l'influence bien connue des phénomènes vasomoteurs sur la perception douloureuse en général (1).

La guérison de la névralgie faciale par les sympathectomies soit cervicales, soit péri-carotidienne est donc facilement explicable. Mais les succès que donne cette méthode ne sont de loin pas aussi constants que ceux que l'on obtient par la section rétrogassérienne. C'est donc à cette dernière opération qu'il faudra recourir de préférence. Précisons une fois de plus que pour M. Leriche les sympathectomies ne sont indiquées que dans ces cas de névralgies faciales mal définies qui ne donnent pas l'impression d'une névralgie franche du trijumeau, qui n'occupent pas tout le territoire de ce nerf et qui s'accompagnent de troubles vasomoteurs importants permettant de supposer que le sympathique prend part au syndrome pathologique constaté.

Dans les cas de névralgie franche, typique du trijumeau; au contraire, nous avons toujours vu M. Leriche faire d'emblée la section rétrogassérienne (2).

b. La névralgie du nerf de Wrisberg (syndrome du ganglion géniculé). — Des douleurs dans toute l'oreille, irradiant vers la mastoïde, la trompe d'Eustache et la région des amygdales et coexistant avec un tic facial, tels sont les principaux symptômes de cette variété de névralgie qui le plus souvent symptomatique peut parfois être idiopathique et nécessiter alors la section du nerf.

Celle-ci n'a été faite qu'une fois par Taylor. Foerster recommande d'aller couper la racine entre le conduit auditif interne et le bulbe et de faire au besoin, si l'isolement de l'intermédiaire était impossible, la section de toute la racine faciale.

M. Leriche a proposé dans ces cas l'ablation du ganglion géniculé dont il a étudié avec Wertheimer la possibilité d'exécution. (Voyez : Sur l'ablation du ganglion géniculé, *Lyon chir.*, mars 1922, p. 185.)

c. Névralgie du glossopharyngien. — Cette névralgie est caractérisée par des douleurs localisées au niveau de l'amygdale et de la paroi latérale du pharynx avec irradiation vers la trompe d'Eustache et l'oreille. Ces névralgies sont généralement symptomatiques d'une tumeur ponto-cérébelleuse ou d'une affection de la base; elles font partie intégrante du syndrome du trou déchiré postérieur.

Rarement elles sont idiopathiques comme dans les observations de Doyle, d'Adson, de Robineau et de Sicard. La section du nerf entre alors en ligne de compte. Elle a été réalisée par les auteurs précités

(1) R. Leriche. Résultats de la sympathectomie faite sur les artères hypogastriques en gynécologie, *Presse méd.*, 11 avril 1925, n° 29.

(1) Parfois, au contraire, la sympathectomie cervicale, faite dans un tout autre but, pour une angine de poitrine par exemple, provoque l'apparition d'un tic douloureux de la face, soit limité à une seule branche du trijumeau, soit généralisé à tout le nerf (voir R. Leriche et R. Fontaine. *Journ. de chir.*, fév. 1926).

S'agit-il dans ces cas d'une excitation du bout central du sympathique par de petits névromes de cicatrisation ou ces douleurs sont-elles, elles aussi, consécutives aux modifications circulatoires qu'amène la sympathectomie, il est impossible de se prononcer à l'heure actuelle. Néanmoins certaines constatations opératoires que M. Leriche a pu faire lors de réinterventions rendent la première hypothèse très vraisemblable (voir R. Leriche et R. Fontaine. *Presse méd.*, 20 oct. 1926, n° 84.)

(2) On trouvera les opinions du professeur Leriche sur la névralgie faciale et son traitement chirurgical très clairement exposées dans un article de Wertheimer :

P. Wertheimer. L'orientation actuelle du traitement de la névralgie faciale, *Lyon chir.*, 1923, t. XX, p. 463-488.

qui l'ont associée soit à la section du rameau pharyngé du pneumogastrique (Sicard et Robineau) soit à celle du ganglion cervical supérieur (Sicard). Ces opérations sont délicates; presque toutes jusqu'ici se sont accompagnées de lésions d'importants nerfs voisins (Adson) de sorte que Foerster propose d'essayer dorénavant, la section intracranienne de la racine de ce nerf.

d. Névralgies du vague. — Le pneumogastrique contient un grand nombre de fibres sensitives provenant des organes les plus variés que ce nerf innerve. De multiples processus pathologiques peuvent irriter ses fibres au point de provoquer des douleurs névralgiques. Mais l'importance de l'innervation pneumogastrique étant encore inconnue pour la plupart des organes, il est impossible d'évaluer le rôle exact de ce nerf dans les viscéralgies. On ne connaît bien que certaines névroses du larynx telles qu'on les rencontre dans une foule de maladies, le tabes, par exemple, et telles qu'elles existent parfois au point de vue idiopathique.

La novocaïnisation répétée du vague les fait disparaître rapidement.

La section du pneumogastrique a été réalisée dans l'angine de poitrine et dans l'asthme, ce n'est pas le lieu d'en parler, ici. Avec M. Leriche nous avons ailleurs (1) étudié les résultats que peut donner cette opération dans ces deux maladies et nous nous permettons d'y renvoyer le lecteur.

e. Les névralgies occipitales. — Ces névralgies sont dues soit au grand, soit au petit nerf occipital; elles sont caractérisées par des douleurs postérieures souvent extrêmement rebelles et habituellement symptomatiques d'une lésion soit cérébrale, soit médullaire, soit osseuse. Foerster les a vues souvent déclenchées par un pied plat de sorte qu'il a pris l'habitude d'inspecter toujours la plante des pieds de tous les malades qui souffrent de douleurs occipitales.

L'interruption du nerf peut devenir nécessaire, on la réalisera soit par l'alcoolisation, soit par l'exérèse, soit encore par l'extirpation du deuxième ou du troisième ganglion spinal. Une radicotomie postérieure pourra être indiquée en cas d'échec des autres méthodes.

f. Névralgie des nerfs cervicaux. — Rarement essentielles, les névralgies des nerfs auriculaires, sus-claviculaires ou autres nerfs cervicaux ne nécessitent, en général, qu'un traitement étiologique et leur exérèse doit être limitée à de très rares cas.

g. Névralgie du phrénique. — Elle apparaît surtout sous la forme d'une douleur scapulaire et appartient à un grand nombre de maladies différentes; son traitement se confond avec celui de la cause; des cas isolés de névralgie du phrénique n'ont pu être observés jusqu'ici.

Nous confondrons sous la même description :

h. Les névralgies brachiales,
i. Les névralgies intercostales;
j. Les névralgies lombaires.

Toutes ces névralgies sont habituellement symptomatiques. Il serait trop loin et parfaitement inutile d'en rappeler toutes les causes; qu'il nous suffise de dire qu'il faut la chercher dans chaque cas, qu'elle échappera parfois et qu'il ne faut se résoudre à un traitement symptomatique que lorsque le traitement étiologique ne sera pas possible. Dans les névralgies du génito-crural la cause passe très fréquemment inaperçue.

Le traitement chirurgical, s'il est indiqué, pourra consister dans une exérèse du nerf qui sera sans inconvénient, s'il s'agit d'un nerf sensitif. On pourra également employer l'alcoolisation ou la formolisation qui, malheureusement, entraîne une paralysie motrice.

La radicotomie postérieure et en cas d'échec la cordotomie antérieure seront appliquées aux cas rebelles.

k. Névralgies du sciatique. — Au sujet de l'étiologie des névralgies sciatiques, Foerster n'apporte aucune notion nouvelle; il insiste particulièrement sur la nécessité d'exclure toutes les formes de névralgie symptomatique avant de conclure à la nature essentielle d'une sciatique.

Quant au traitement, il rejette, comme nous le savons déjà, l'opération de Stoffel, et reproche à la radicotomie postérieure un trop grand nombre d'insuccès.

l. Névralgie du nerf honteux interne. — Ces névralgies assez fréquentes sont également plus souvent symptomatiques qu'idiopathiques. Une place particulière doit être faite au prurit anal ou vulvaire et au vaginisme, dont les causes sont multiples. Au point de vue thérapeutique, Foerster préconise les injections épidurales répétées de novocaïne dont il aurait eu plusieurs très bons résultats, et en cas d'échec la section des nerfs périnéaux.

Pour le prurit anal ou vulvaire la section du nerf honteux interne est souvent indispensable (1). Il faudra la compléter parfois par celle du spermatique externe et du nerf iléo-inguinal.

Dans les mêmes conditions, Sicard a fait avec succès la double cordotomie antérieure alors que la radicotomie postérieure au niveau des racines sacrées 2-5 devrait être évitée autant que possible, car elle diminue l'action réflexe des sphincters vésical et anal. A côté des interventions sur les nerfs périphériques et des opérations médullaires il y aurait lieu de faire une place à la sympathectomie hypogastrique grâce à laquelle M. Leriche a obtenu la guérison du kraurosis vulvae (2).

m. La coccygodynie ou la névralgie coccygienne essentielle. — Dans la coccygodynie, à côté des autres causes communes à toutes les névralgies, les malformations congénitales de l'os jouent un rôle très important; l'ablation de l'osselet amène une guérison très rapide.

7° **Les viscéralgies.** — Les viscéralgies, comme toutes les névralgies, sont, soit symptomatiques, soit essentielles; il est certain toutefois que plus on analyse ces cas, que plus on étudie leurs manifestations cliniques, plus le groupe des viscéralgies symptomatiques s'étend aux dépens des essentielles.

(1) R. Fontaine. Les résultats actuels du traitement chirurgical de l'angine de poitrine, *Th. de Strasbourg*, 1925. — R. Leriche et R. Fontaine. Sur le traitement chirurgical de l'asthme, *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 1926, t. LII, p. 748.

(1) Rappelons que Rochet a bien réglé la technique de la section de ce nerf et qu'il a appliqué cette méthode au traitement de certaines cystalgies douloureuses à point de départ du col de la vessie et de l'urètre postérieur. Voir : Rochet. Traitement des cystites douloureuses, *Lyon chir.*, 1921, t. XVIII, p. 462-480.

(2) R. Leriche. Loc. cit., *Presse méd.*, 11 avril 1925.

Le traitement, en conséquence, s'en trouve modifié et devient de plus en plus causal.

Il n'en reste pas moins un grand nombre de cas pour lesquels, en raison de la prédominance des douleurs sur tous les autres symptômes ou en raison de l'impossibilité d'atteindre la cause du mal, un traitement symptomatique, une intervention dirigée contre les douleurs elles-mêmes restent indiqués (1).

Foerster voit dans le sympathique le principal nerf sensitif des viscères, mais accessoirement le vague et le phrénique entrent également en ligne de compte.

Après ces quelques considérations générales, M. Foerster envisage plus en détail les diverses viscéralgies et leur traitement :

Au sujet du traitement chirurgical des cardialgies, c'est-à-dire de l'angine de poitrine, n'ayant pas d'expérience personnelle, il n'apporte rien de nouveau. Nous pensons qu'il est inutile de rappeler les notions bien connues sur l'anatomie, la pathologie et la symptomatologie de cette affection. Au point de vue opératoire, on sait que plusieurs méthodes sont à la disposition des chirurgiens :

1° Les interventions sur le sympathique cervical ;
2° Les interventions sur le nerf dépresseur;
3° Les interventions sur le vague.

Les chirurgiens qui s'adressent aux opérations sur le sympathique se divisent en deux camps, ceux qui comme Jonnesco enlèvent la totalité du sympathique cervico-thoracique, d'un ou des deux côtés, ceux enfin qui, ne pratiquant que des interventions partielles, ménagent toujours le ganglion étoilé, ainsi que le recommandent Daniélopolu et notre maître M. Leriche.

Foerster se borne à enregistrer ces deux tendances chirurgicales; n'ayant pas d'expérience pratique il ne peut prendre parti ni pour les uns ni pour les autres. Mais il est d'accord avec MM. Daniélopolu et Leriche en ce que l'opérateur doit se proposer de sectionner les fibres afférentes conduisant la sensibilité cardio-aortique et non, ainsi que le pensent Jonnesco et Ionesco, les fibres descendantes, motrices.

Il pense qu'une section aussi complète que possible de toutes ces fibres afférentes est absolument nécessaire, aussi propose-t-il de sectionner celles qui passent par le vague tout aussi bien que celles qui cheminent dans le sympathique. Ces dernières traversent les rameaux communicants D1-D4, selon Head peut-être aussi D5-D8, mais aucun filet afférent n'entre dans le sympathique central plus bas que le premier ganglion dorsal; l'extirpation du ganglion étoilé serait donc théoriquement suffisante pour enlever la totalité des fibres cardio-aortiques sensitives qui passent par le sympathique ; la section du dépresseur compléterait cette opération après laquelle seul le phrénique pourrait encore renfermer de ces fibres cardiaques sensitives.

On voit que la conception théorique de Foerster sur le traitement chirurgical de l'angine de poitrine est la même que celle de Daniélopolu et de M. Leriche ; tous les trois se proposent la section des seules fibres sensitives; mais le désir de ménager les fibres motrices dont la section n'est pas sans inconvénient a poussé Daniélopolu et M. Leriche à chercher des méthodes qui permettent d'éviter l'ablation du ganglion étoilé tout en interrompant le plus radicalement possible les fibres sensitives.

(1) Voyez sur ce sujet la conférence de M. Forgue. La douleur des viscères, *Gaz. des hôpit.*, 13 nov. 1926.

Nous avons suffisamment insisté ailleurs sur ces sympathectomies partielles pour ne pas avoir à y revenir ici (1).

Les autres états douloureux d'origine vasculaire ont également profité de l'essor pris par la chirurgie du sympathique au cours de ces dernières années sous l'influence des recherches de M. Leriche. Foerster n'y apporte aucune contribution nouvelle ; comme tout le monde, il reconnaît dans l'angiospasme la meilleure indication pour les sympathectomies péri-artérielles qui, par contre, échouent dans les artérites. A cette occasion nous voudrions faire remarquer, une fois de plus, que M. Leriche a toujours considéré les artérites oblitérantes comme une contre-indication à sa méthode et l'a toujours déconseillé (2).

Parmi les affections des voies respiratoires l'étude du traitement chirurgical de l'asthme bronchique est à l'ordre du jour. M. Foerster pense que la section du vague est physiologiquement plus justifiée que celle du sympathique, car, si la présence de fibres sensitives pour les poumons est à peu près sûrement établie en ce qui concerne le vague, elle est bien plus douteuse pour le sympathique (3). D'autre part, le pneumogastrique est certainement le nerf broncho-constricteur, alors que l'action broncho-dilatatrice du sympathique est très discutée. Mais en pratique ces deux méthodes donnent un nombre égal de succès et d'échecs : Kümmell, Kaess, M. Leriche (4) et bien d'autres ont guéri des asthmatiques par des sympathectomies, alors que Kappis et Fründ ont obtenu les mêmes résultats avec les vagotomies; aussi ne peut-on qu'approuver Foerster lorsqu'il dit que de nouvelles recherches sont indispensables et que la question mérite d'être étudiée à fond.

Les douleurs viscérales provenant des organes intraabdominaux ont rarement jusqu'ici donné lieu à des interventions nerveuses si l'on excepte quelques cures de gastralgies par l'opération de Latarjet-Wertheimer et quelques essais infructueux d'ailleurs de Latarjet, de Rochet et de Papin de traiter des cystites rebelles par l'ablation du ganglion hypogastrique.

Des énervations rénales suivant la technique de Legueu et de Flandrin ont plus fréquemment été réalisées; leurs résultats sont bons, mais ces interventions entraînent souvent une atrophie rénale.

Mais toutes ces viscéralgies sont en train de fournir à la méthode des injections paravertébrales sur laquelle nous avons plus haut insisté, suivie en cas d'échec ou de récidive de la section des rameaux communicants suivant la technique de v. Gaza, un champ d'application fécond en beaux résultats qui sont susceptibles encore d'être améliorés.

Aussi M. Foerster regrette-t-il que les troubles douloureux de la sphère génitale n'aient pas jusqu'ici été soumis à des interventions nerveuses. Qu'il nous permette de lui signaler qu'en France nous possédons depuis quelques années dans la sympathectomie périhypogastrique qui fut introduite en gynécologie par M. Leriche (5) et dans la section du

(1) Voir R. Fontaine. Loc. cit.
(2) Voyez R. Leriche. *Ann. of surg.*, 1921 (loc. cit.).
(3) Dans un cas récent aggravé par l'ablation du ganglion étoilé, M. Leriche a obtenu un résultat remarquable se maintenant depuis plusieurs mois, par la section du pneumogastrique droit.
(4) R. Leriche et R. Fontaine. Loc. cit.
(5) R. Leriche. Loc. cit.

nerf présacré suivant la technique de Cotte (1), deux méthodes qui entre les mains de bien des chirurgiens ont donné d'excellents résultats dans le traitement des troubles douloureux d'origine ovarienne.

II. **Les maladies des ganglions spinaux.** — Les affections des ganglions spinaux ne sont pas très nombreuses en dehors du zona herpétique.

Celui-ci soit spécifique, dû alors au virus herpétique, soit non spécifique accompagne souvent d'autres maladies telles que le tabes, etc. Un herpès très persistant peut parfois donner lieu à un traitement chirurgical; pour M. Foerster la radicotomie postérieure ne serait pas suffisante dans ces cas et il estime qu'il vaudrait mieux s'adresser d'emblée à la cordotomie antérieure. Jamais toutefois jusqu'ici cette intervention n'a été faite pour un zona.

(*A suivre.*)

REVUE DES THÈSES

Fracture du cotyle et rupture de la ceinture pelvienne (2), par le docteur Le Conte des Floris

La cavité cotyloïde peut se fracturer, soit au niveau du sourcil cotyloïdien, soit au niveau de son fond. C'est cette dernière variété de fracture qui fait l'objet de ce travail.

On en distingue trois modalités :

A. Fractures isolées du fond du cotyle. — La lésion n'interrompt point la continuité de la ceinture pelvienne et demeure limitée au cotyle.

La classification de ces fractures est basée sur l'étendue des dégâts et le degré de déplacement de la tête fémorale. Elles comprennent :

I. *Les fractures fissulaires* dans lesquelles le fond du cotyle est parcouru par de simples fissurations. Il n'y a pas de fragments à proprement parler, et la tête fémorale conserve sa position anatomique normale.

II. *Les fractures par enfoncement sans irruption de la tête du fémur dans le pelvis.* — Dans ce cas des esquilles sont projetées plus ou moins loin, mais la tête fémorale n'est pas déplacée.

III. *Les fractures par enfoncement avec irruption partielle ou totale de la tête du fémur dans le pelvis.*

B. Fractures transcotyloïdiennes de la ceinture pelvienne. — Le trait de fracture traverse la cavité cotyloïde et sépare l'os iliaque en deux fragments; suivant sa direction quatre types s'individualisent :

I. Le trait descend de la crête iliaque, traverse le cotyle et se poursuit dans la gouttière sous-pubienne.

II. Parti de l'éminence ilio-pectinée ou de l'échancrure ilio-pubienne, le trait sectionne le cotyle de haut en bas pour atteindre le trou obturateur.

A cette lésion peut s'ajouter une fracture de l'extrémité interne de la branche horizontale du pubis. Parfois le trait transcotyloïdien se poursuit au delà du trou obturateur sur la branche ischio-pubienne, séparant de l'ilion et de l'ischion réunis toute la moitié antérieure de l'os iliaque qui bascule vers le bassin.

III. Le trait traverse horizontalement l'os iliaque en passant par la partie supérieure du fond du cotyle.

III. La solution de continuité s'étend de la grande échancrure sciatique au trou obturateur et à la branche ischio-pubienne isolant la tubérosité de l'ischion de la cavité cotyloïde.

C. Fractures étoilées de l'os iliaque. — Les lésions irradient du cotyle sur le bassin.

On distingue :

I. *Les fractures à quatre fragments.* — L'os iliaque est parcouru par quatre traits qui se dirigent vers la crête iliaque, la racine de la branche horizontale du pubis, le trou obturateur, l'épine sciatique.

II. *Les fractures à trois fragments* où l'os iliaque est partagé en ses trois pièces constitutives.

III. *Les fractures étoilées atypiques.*

Après avoir dressé cette classification, l'auteur étudie les complications viscérales concomitantes. Il semble qu'elles s'observent surtout dans les variétés transcotyloïdiennes et étoilées. Elles sont rares dans les fractures isolées du fond du cotyle qui, pour cette raison, conservent souvent la physionomie clinique des fractures du col du fémur.

Un aperçu thérapeutique rapide montre que ce sont les variétés transcotyloïdiennes qui guérissent le plus aisément.

La remise en bonne place de la tête fémorale s'obtient toujours par des manœuvres logiques. Elle entraîne d'ordinaire celle du fragment pelvien basculé. La consolidation commence au niveau des portions extraarticulaires et se poursuit progressivement vers le cotyle.

S'il existe une luxation centrale avec irruption dans le pelvis de la tête du fémur, la consolidation est difficile et l'on doit toujours craindre une luxation secondaire.

Dariau.

L'acétylarsan dans le traitement de la syphilis (1), par André Moulinie.

Les nombreuses études consacrées récemment à l'acétylarsan envisagent exclusivement l'application du traitement à des localisations particulières de l'infection syphilitique : syphilis nerveuse, oculaire, laryngée et pharyngée (thèses de Martin, Ossipoff, Hamon, etc.).

L'auteur a repris la question dans son ensemble en étudiant l'action de l'acétylarsan sur les diverses manifestations de la syphilis acquise ou héréditaire. Son travail fort documenté apporte une entière confirmation aux conclusions formulées par Mahoux, dès 1923 (*Thèse de Toulouse*).

L'auteur a réuni cinquante-trois observations caractéristiques se rapportant à des sujets traités exclusivement à l'acétylarsan de manière à éliminer toute cause d'incertitude sur l'origine des résultats obtenus. Ceux-ci concordent exactement avec ceux obtenus précédemment par de nombreux expérimentateurs (Laurent, Bouche, Tribet, Montpellier, etc.) : dans la *syphilis primaire*, cicatrisation rapide des lésions, épidermisation des chancres dès la cinq ou sixième injection; dans la *syphilis secondaire*, plaques muqueuses disparaissant au bout de quinze à vingt jours, roséoles vers la dixième injection; dans la *syphilis tertiaire*, cicatrisation des gommes et ulcérations dans le premier mois, lésions osseuses améliorées et guéries au bout d'un mois; dans la *syphilis nerveuse*, amélioration dans la plupart des cas traités; dans l'*hérédo-syphilis* résultats très intéressants et presque immédiats, « le poids augmente, l'anorexie, l'asthénie disparaissent rapidement; on assiste à une véritable résurrection ».

Ce qui donne une valeur particulière aux observations rapportées, c'est que la réaction de Bordet-Wassermann a été systématiquement pratiquée.

Dans la plupart des cas, un traitement bien conduit avec des doses suffisantes, généralement seize injections de 3 centimètres cubes de la solution pour adultes, rend la réaction négative.

Dans quelques cas où la réaction restait positive, une nouvelle série d'injections, faite au bout d'un mois provoquait la négativation du Bordet-Wassermann.

Il est donc bien établi que si l'acétylarsan a une action sur les accidents cliniques aussi nette, aussi profonde, aussi rapide que les arsénobenzènes, il modifie aussi favorablement l'état sérologique. D'autre part, la facilité du traitement exclusivement sous-cutané ou intra-musculaire, l'indolence absolue des injections sont de précieux avantages de l'acétylarsan dont l'action thérapeutique contrôlée par la clinique et affirmée par le laboratoire ne peut être mise en doute.

L. G.

---

(1) Cotte et Dechaume. Technique et indications opératoires d'interventions sur le sympathique pelvien (sympathectomie péri-artérielle hypogastrique, section du nerf présacré) en gynécologie, *Journ. de chir*, juin 1925, t. XXV, n° 6, p. 653-664.

(2) *Thèse d'Alger*, 1926.

(1) *Thèse de Montpellier*, 1926.

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF RADIAL[1]

III. **Loge postérieure du bras.** — C'est la région anatomique la plus importante pour lui. En effet :

C'est là où les fractures l'atteignent le plus souvent en le tiraillant, le cisaillant ou le comprimant par un cal.

C'est donc la région où l'on a à l'aborder le plus fréquemment.

A. **La loge du radial.** — 1° En avant. — C'est l'os, la gouttière radiale de la face poste de l'humérus, oblique en bas et en dehors, et située en dessous de la gouttière dite de torsion.

Le rapport entre le nerf et l'os est intime et le radial est doué d'une certaine mobilité dans sa gouttière.

2° En arrière. — Dans la majeure partie de son trajet, le plaquant contre l'os, c'est l'aponévrose profonde qui tapisse la face profonde de la longue portion.

Tout à fait en dehors et sur une toute petite surface : l'arcade d'insertion du vaste externe qui enjambe le nerf pour se terminer au bord inférieur de sa gouttière.

3° En haut et en dehors. — Loge encadrée par la surface, insertion du vaste externe.

4° En bas et en dedans. — Surface d'insertion du vaste interne que la longue portion et le vaste externe accolés viendront recouvrir.

5° Dans cette gouttière en même temps que le nerf :

L'artère humérale profonde, flanquée de ses deux veines satellites, située au-dessus du nerf après l'avoir croisé, comme nous l'avons vu, à la fente huméro-tricipitale.

Elle abandonne des rameaux vasculaires au vaste interne qui croiseront le nerf sur sa face postérieure.

IV. **Point de passage à la loge antérieure du bras.** — Il perfore la cloison intermusculaire externe à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de l'humérus, à cinq travers de doigt au-dessus de l'épicondyle. Cette situation précise est importante pour la localisation du nerf au cours de l'abord d'un humérus.

Il enjambe là le bord externe de l'humérus, gardant le contact osseux, directement au-dessus des origines du long supinateur, recouvert par les fibres externes du brachial antérieur qui naissent de la gouttière de torsion et de la cloison intermusculaire.

A ce niveau l'humérale profonde se divise :

La branche antérieure, au-dessus de lui, va lui devenir interne.

La branche postérieure le surcroise.

V. **Loge antérieure du bras.** — *A.* **C'est la gouttière bicipitale externe.** — *Limitée par :*

En dehors : long supinateur qui se tord sur son axe pour recouvrir le nerf.

Les deux radiaux :

En dedans : le bord externe du biceps et de son tendon.

En arrière : le brachial antérieur plaqué sur l'os et la cloison intermusculaire.

En avant : le bord antérieur du long supinateur qui recouvre complètement le nerf.

L'aponévrose et la sortie du musculo-cutané.

B. **Dans cette gouttière**, en même temps que le nerf et en dedans de lui, la branche antérieure de l'humérale profonde.

Le paquet ainsi formé est très profond dans la gouttière.

VI. **Bifurcation au coude.** — Partie basse de la gouttière bicipitale externe.

En arrière :

L'articulation huméro-radiale.

Le ligament latéral externe.

Le court supinateur.

C'est juste au niveau de la tête radiale que le nerf se bifurque.

En dedans : biceps.

En dehors : long supinateur et radiaux.

En avant : la médiane céphalique et le musculo-cutané sus-aponévrotique.

Avec le nerf dans cette gouttière : la récurrente radiale antérieure qui monte s'anastomoser avec la branche antérieure de l'humérale profonde.

BRANCHES COLLATÉRALES.

I. **Rameau cutané interne.** — Origine : creux de l'aisselle devant le tendon du grand dorsal.

Trajet : d'abord devant le long triceps, puis contourne son bord interne.

Terminaison : peau de sa partie moyenne de la face interne du bras.

II. **Rameau de la longue portion.** — Origine : haut dans le bras, presque à l'aisselle.

Trajet : sur le bord interne de la longue portion.

Terminaison : se divise en :

Filets de la longue portion qui descendent,

Le filet récurrent donne des rameaux à l'insertion de la longue portion et se termine dans l'articulation scapulo-humérale.

III. **Rameau du vaste interne.** — Origine : directement en dessous du précédent.

Trajet, terminaison : se divise tout de suite en :

Filets directs : courts.

Filets longs : ne pénétrant le muscle que plus bas.

L'un d'eux, le rameau collatéral cubital de Krauss s'accole au cubital : c'est la fausse anastomose.

IV. **Rameau du vaste externe et de l'auconé.** — Origine : à la naissance de la gouttière du radial.

Se divise en deux rameaux :

Supérieur : surcroise le nerf et l'artère humérale profonde et va au vaste externe;

Inférieur : très long, traverse le vaste interne (classiquement : sans rien lui donner) et se termine dans l'auconé.

V. **Rameau cutané externe.** — Origine : quand le radial enjambe le bord externe de l'humérus.

Trajet : sort de la gouttière bicipitale externe, perfore l'aponévrose au-dessus de l'épicondyle et donne :

Des rameaux antérieurs : transversaux, pour la peau de la face externe du bras;

Des rameaux postérieurs : descendants pour la face postéro-externe de l'avant-bras jusqu'au poignet.

VI. **Nerf du long supinateur.**

VII. **Nerf du premier radial.**

VIII. **Nerf du deuxième radial.**

IX. **Rameaux accessoires.** — Périostiques, articulaires, et du brachial antérieur.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 70, p. 1162.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 73. — SAMEDI 10 SEPT. 1927. 100e ANNÉE. SAMEDI 10 SEPT. 1927. — N° 73.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE, ... 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pa s.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Traitements et classes des médecins des sanatoriums publics. — Par décret en date du 26 août, le décret du 29 septembre 1922 portant fixation des traitements et des classes des médecins des sanatoriums publics, modifié par les décrets des 15 avril 1926 et 29 décembre 1926, est de nouveau modifié ainsi qu'il suit :

Médecins directeurs :

1re classe	30.000 fr.
2e classe	28.500
3e classe	27.000
4e classe	25.500
5e classe	24.000

Médecins adjoints :

1re classe	22.000 fr.
2e classe	19.660
3e classe	17.330
4e classe	15.000

Les nouveaux traitements fixés par le présent décret sont exclusifs de toute gratification. Aucune indemnité ou avantage accessoire, de quelque nature que ce soit, ne peut être attribué aux médecins des sanatoriums publics que dans les limites et conditions fixées par un décret contresigné par le ministre des Finances et publié au *Journal officiel*.

Il n'est apporté aucune modification à la répartition actuelle des médecins entre les différentes classes. Les nouveaux traitements seront attribués aux médecins suivant leur classe respective.

L'attribution des nouveaux traitements est exclusive de la majoration provisoire de 12 p. 100 sur le traitement prévue par le décret du 29 août 1926. Elle ne sera pas considérée comme un avancement et l'ancienneté des médecins dans leur nouveau traitement comptera du jour de leur dernière promotion.

Sous réserve des mesures spéciales qu'entraîne l'application des lois des 1er avril 1923 (art. 7), 17 avril 1924 et 31 mars 1924, la répartition des médecins entre les différentes classes doit être telle que la dépense totale pour l'ensemble du personnel ne dépasse pas celle qui résulterait de l'application du traitement moyen dans chaque emploi.

Les améliorations de traitement résultant de l'application du présent décret auront leur effet à partir du 1er août 1926.

Sont abrogées, à compter de la même date, toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret. (*J. O.*, 2 sept. 1927.)

[Les décrets modifiant les traitements des professeurs de l'Université de Paris et des départements ont été publiés dans le n° 71 et le n° 72 de la *Gazette des hôpitaux*.]

VIIIe Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux civils. — L'Association professionnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France, fondée le 8 octobre 1919, tiendra à Paris, à la Faculté, le 5 octobre prochain, son VIIIe Congrès annuel.

L'ordre du jour comprendra d'importantes questions : Syndicalisation de groupements hospitaliers. — Assurances du personnel médical hospitalier contre accidents ou maladies en service. — Représentation du Corps médical des hôpitaux dans les Commissions administratives. — Accidentés du travail : le « tout compris ». — Réglementation d'honoraires pour payants et droits communs dans les hôpitaux. — Répercussion de la loi des assurances sociales dans les hôpitaux publics. — Entente avec les groupements médicaux.

Pour ces diverses questions, d'une actualité aiguë, plusieurs orateurs sont inscrits, dont le docteur Paul Boudin, conseiller médico-juridique de l'Association.

Pour tous autres renseignements ou propositions, s'adresser au secrétaire général professeur J.-L. Rocher, à Bordeaux; au trésorier professeur Patel, à Lyon, ou au président professeur Reynès, à Marseille.

Faculté de médecine de Lyon. — Clinique médicale infantile et hygiène du premier age. (Professeur : M. G. Mouriquand.) — *Cours de perfectionnement 1927.* — Un cours de perfectionnement aura lieu du 3 au 16 novembre 1927, sous la direction de M. le professeur Mouriquand, avec la collaboration de MM. Péhu, Gardère, Dufourt, Bertoye, médecins des hôpitaux; Bernheim, chef de clinique infantile, et Sédallian.

Il sera exclusivement pratique et comprendra des leçons, des examens cliniques, radioscopiques et microscopiques.

Les horaires seront combinés de façon à permettre aux auditeurs de suivre le cours de perfectionnement de la Clinique de chirurgie infantile (professeur Nové-Josserand) qui aura lieu à la même époque.

Leçons et démonstrations, tous les jours, à 3 h. 1/4, à la Clinique médicale infantile.

Les examens cliniques auront lieu à la Clinique médicale infantile les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 1/2.

Les mardis, jeudis et samedis, à la même heure, les auditeurs pourront se rendre à la Clinique chirurgicale infantile de M. le professeur Nové-Josserand.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Le droit d'inscription est de 150 fr. pour le cours de médecine infantile et de 200 fr. pour les deux cours de médecine et de chirurgie infantiles.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine, quai Claude-Bernard, jusqu'au 25 octobre 1927. Dans le cas où le nombre des inscriptions n'atteindrait pas le chiffre de 10, le cours pourrait être remis à une date ultérieure et les intéressés seraient prévenus en temps utile.

PRATIQUE MÉDICALE

LE POLYPE MUQUEUX DE L'UTÉRUS ET SON TRAITEMENT (1)

Par le docteur M. Derville,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les polypes fibreux et sarcomateux, qui ressortissent à la chirurgie, ne trouvent pas place dans ce travail, qui n'a en vue que le polype muqueux, très fréquent, et dont la thérapeutique, de petite chirurgie, est actuellement à la portée de tous les praticiens.

La symptomatologie du polype muqueux est bien connue; il importe de le différencier des myomes pédiculisés qui nécessitent l'intervention d'un gynécologue spécialisé.

Tout polype muqueux impose son ablation chirurgicale. Elle se fait à la pince, par torsion du pédicule, jusqu'à rupture de celui-ci. Curettage consécutif et pansement bien serré à la gaze. Pas d'anesthésie générale pour une si petite intervention, pas d'injections analgésiques non plus ; insensibiliser toute la région vagino-pelvienne par l'hémypnal, dont on administre deux suppositoires, l'un une heure, l'autre une demi-heure avant d'intervenir. Ainsi on peut opérer en toute tranquillité et sans aide, sans avoir les ennuis d'une anesthésie générale par inhalation, ou locale par piqûres. C'est un procédé simple et extrêmement satisfaisant.

Le polype muqueux supposant une muqueuse enflammée, la métrite causale doit être traitée secondairement.

(1) *Bull. méd.*, 5 janv. 1927, n° 2.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de physiologie normale et pathologique (1), publié sous la direction de MM. G.-H. Roger, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, doyen de la Faculté, secrétaire général, et Léon Binet, professeur agrégé de physiologie à la Faculté de médecine de Paris.

Viennent de paraître :

Tome VII : *Les Humeurs. Sang et lymphes. Réactions d'immunité.* Un volume de 520 pages avec 58 figures dans le texte. — Prix : broché, 50 fr.; relié fers spéciaux, 65 fr.

Tome XI : *Reproduction et croissance.* Un volume de 156 pages avec 93 figures dans le texte. — Prix : broché, 50 fr.; relié fers spéciaux, 65 fr.

Aujourd'hui paraissent les deux premiers volumes de cet important ouvrage, — important par son étendue matérielle, — important par la contribution qu'il apporte à l'évolution des sciences médicales et biologiques.

C'est la première fois que, conçu sous une forme aussi large, paraîtra un *Traité de physiologie normale et pathologique.*

Tout l'esprit de cette publication tient dans ces deux épithètes : ouvrage médical qui déborde le cadre habituel des livres de médecine — ouvrage de biologie générale qui, à l'inverse des autres, est rattaché par des liens étroits à l'application clinique.

L'ouvrage sera complet en onze volumes. Deux paraissent aujourd'hui; quatre autres sont sous presse et paraîtront en 1927; quatre paraîtront en 1928 et les derniers en 1929.

L'ensemble des volumes comportera environ 6.000 pages.

Volumes à paraître :

I. *Physiologie générale.* — II. *Digestion.* — III. *Fonctions hépatiques et excrétions.* — IV. *Les Sécrétions internes.* — V. *Respiration.* — VI. *Circulation.* — VIII. *Physiologie musculaire, chaleur animale.* — IX et X. *Physiologie nerveuse.*

L. G.

Précis d'éducation physique et respiratoire (2), par le docteur P. Kouindjy.

Les 154 pages du *Précis d'éducation physique et respiratoire* comprennent des notions indispensables à la pratique journalière du médecin praticien. Exposées avec une précision concise, d'un style sommaire et sans périphrases inutiles, ces notions sont présentées de façon à donner aux médecins praticiens, non seulement la possibilité d'appliquer dans leur clientèle les préceptes de la culture physique, mais aussi à leur fournir les moyens de les utiliser dans un but purement thérapeutique. A ce double point de vue, ce livre devient un aide précieux à l'exercice quotidien de la profession médicale.

L. G.

(1) Paris, Masson et Cie.
(2) Un volume de 154 pages et 44 figures. — Prix : 12 fr. — Paris, L'Expansion scientifique française.

REVUE GÉNÉRALE

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE A DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
Directeur : Professeur R. Leriche.

SUR LA DOULEUR

ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL[1]

d'après le Professeur O. FOERSTER *(de Breslau)*

Par René FONTAINE, assistant.

III. **Les affections des racines spinales.** — 1° **Les affections traumatiques.** — Au sujet des affections traumatiques de la colonne vertébrale qui par compression peuvent donner lieu à des douleurs radiculaires, M. Foerster ne se montre interventionniste que lorsque les rayons X permettent de découvrir la cause de la compression soit sous la forme d'un éclat métallique, d'une esquille ou d'un séquestre au contact des racines, soit sous la forme de difformités osseuses résultant de la guérison d'une fracture compliquée. Dans ces cas, en effet, l'indication opératoire ne saurait être discutée. Lorsque au contraire, les rayons X ne permettent pas de déceler la cause de la compression, Foerster préconise l'abstention n'admettant l'intervention qu'en cas de douleurs intolérables.

L'opération décidée, la suppression de la compression doit être le but de l'acte chirurgical. Dans les fractures anciennes et les luxations invétérées une laminectomie suivie de greffe osseuse est souvent suffisante. M. Foerster cite l'exemple remarquable d'un homme chez lequel trois mois après l'accident qui avait consisté en un choc violent contre le front, apparut subitement une tétraplégie avec accidents bulbaires et des douleurs radiculaires violentes. Foerster fit une laminectomie portant sur les deux premières vertèbres cervicales et sur l'arc postérieur du grand trou occipital. Il plaça ensuite un greffon péronier entre l'occiput et la septième apophyse épineuse cervicale. Le blessé guérit complètement (2).

A cette occasion nous voudrions ajouter quelques mots sur le traitement des fractures de la colonne vertébrale sans symptômes nerveux immédiats. L'abstention dans ces cas est la règle, mais est-ce prudent de se limiter dans tous ces cas à une simple immobilisation dans un corset plâtré? M. Leriche, frappé par le grand nombre d'accidents nerveux secondaires et souvent très tardifs qu'il a observés dans de pareils cas, se le demande et pense que l'on pourrait les éviter en faisant systématiquement et d'emblée à ces malades une greffe osseuse et c'est ainsi que, plusieurs fois, au cours de ces dernières années il a consolidé, dans des cas de fracture de la colonne vertébrale sans symptômes nerveux, le foyer de fracture par des greffes soit de Delagenière, soit d'Albee.

En cas de douleurs post-traumatiques qui ne sont pas en rapport avec des déformations osseuses, la radicotomie postérieure rentre dans ses droits. Ses résultats sont dans ces cas meilleurs que dans les autres états douloureux; Foerster sur cinq cas lui doit cinq guérisons. Dans trois autres cas, par contre, où à la suite d'un traumatisme des douleurs survinrent dans le domaine des racines lombo-sacrées, Foerster sectionna avec succès le cordon antérieur.

2° **Les affections des racines dans les spondylites et difformités vertébrales.** — Toutes les spondylites peuvent donner lieu à des douleurs radiculaires, mais le plus souvent le mal de Pott est en cause. Ces douleurs peuvent être dues à plusieurs causes :

1° Elles peuvent provenir d'une compression des racines à la suite d'une déformation osseuse;

2° D'une compression intrarachidienne par un abcès froid ou par une arachnoïdite fibro-kystique;

3° Rarement elles sont la conséquence de l'extension du processus tuberculeux aux méninges.

Les douleurs peuvent être suffisamment violentes pour justifier une intervention : la greffe d'Albee peut souvent suffire à faire cesser la compression et à faire disparaître les phénomènes nerveux qui en résultent. Foerster rapporte l'exemple d'un mal de Pott sous-occipital avec phénomènes nerveux importants qui fut guéri de cette façon. M. Leriche, lui aussi, vit disparaître rapidement une quadriplégie accompagnée de douleurs intenses à la suite d'une greffe d'Albee pour mal de Pott cervical, et la guérison fut durable. Deux ans après l'opération, le malade a été revu guéri.

Mais cette méthode, à elle seule, ne peut être suffisante que si la compression est d'origine extra-rachidienne; elle ne saurait prétendre à améliorer des douleurs provenant d'une compression intra-rachidienne des racines par un abcès froid. Pour Foerster la laminectomie serait alors indiquée. Dans le mal de Pott cette intervention ne jouit pas en France d'une grande faveur depuis que Ménard a démontré que les paraplégies pottiques sont *toujours* dues à des abcès antérieurs. Un cas récent vient pourtant de nous apprendre, que l'opinion de Ménard, vraie dans la majorité des cas, ne l'est cependant pas pour tous. Nous avons, en effet, eu l'occasion de disséquer la colonne vertébrale d'un jeune garçon de dix-neuf ans atteint d'une paralysie pottique, chez lequel un abcès froid postérieur était la seule cause de la compression médullaire; une laminectomie aurait certainement été efficace dans ce cas (1).

M. Foerster recommande de faire une laminectomie très étendue, en empiétant largement sur les apophyses transverses pour pouvoir accéder à la face antérieure de la dure-mère.

La costo-transversectomie de Ménard ne lui a donné que des échecs.

3° **Les tumeurs de la colonne vertébrale.** — Les tumeurs de la colonne vertébrale peuvent être primitives ou secondaires, métastases d'un lymphosarcome, d'un cancer du sein, d'un hypernéphrome, etc.

Les tumeurs primitives peuvent prendre nais-

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 71, p. 1169, et n° 72, p. 1185.

(2) Dans un cas analogue, le professeur Leriche a tout récemment obtenu un résultat tout aussi satisfaisant; il s'agissait d'un adjudant qui, quelques mois après avoir reçu un ballon de football sur le front, présentait des douleurs radiculaires dans les membres supérieurs avec paralysie progressive; radiologiquement on reconnut une luxation cervicale qui avait passé inaperçue. La laminectomie amena une guérison rapide. (R. Leriche et Folly. Laminectomie de la colonne cervicale pour des compressions médullo-radiculaires graves, *Réunion neurol. de Strasbourg*, 15 mars 1927.)

(1) V. Draganesco et R. Fontaine. A propos d'un cas de paraplégie pottique, *Réunion neurol. de Strasbourg*, 15 janv. 1927.

sance soit aux dépens de la colonne vertébrale, soit aux dépens des racines ou des ganglions spinaux, soit enfin aux dépens des organes voisins, ces tumeurs ne pénétrant que secondairement dans le rachis. Mais quelle que soit leur origine, les douleurs radiculaires sont très fréquentes et s'accompagnent généralement d'autres phénomènes nerveux. Foerster en a opéré huit, dans sept cas les douleurs radiculaires furent très intenses. Ces huit cas se départagent comme suit :

Deux fibromes (colonne dorsale et lombaire), un neurofibrome de la colonne cervicale; ces trois cas furent guéris par l'ablation totale de la tumeur.

Un fibrosarcome partant des IIIe et IVe vertèbres cervicales ne put être complètement opéré et la récidive paraît certaine.

Un angiosarcome partant de l'arc de la VIe vertèbre dorsale fut opéré radicalement; ce cas restait sans récidive trois ans et demi plus tard.

Un ostéosarcome à point de départ de l'arc de la IVe vertèbre dorsale fut lui aussi radicalement opéré et reste guéri au bout de quatre ans.

Enfin dans deux cas de sarcome spinocellulaires l'opération resta incomplète et les malades moururent rapidement.

Dans les cas de tumeurs secondaires la libération des racines peut suffire contre les douleurs, mais M. Foerster préfère la cordotomie antérieure à laquelle Frazier et Martin doivent de très beaux succès.

4° **Les tumeurs extramédullaires.** — Classiquement les douleurs extramédullaires intra-durales s'accompagnent habituellement de violentes douleurs radiculaires. Ce signe n'est pas constant : sur vingt et un cas Foerster l'a vu manquer neuf fois.

Au point de vue anatomo-pathologique, il divise les tumeurs en :

1. Tumeurs d'origine durale :
   - Psammome.
   - Endothéliome.
   - Fibrome.
   - Fibrosarcome.
2. Tumeurs d'origine radiculaire :
   - Neurinome.
   - Neurofibrome.
   - Angio-neurofibrome.

Au point de vue clinique pour la localisation de ces tumeurs il faut savoir que souvent les douleurs ne correspondent pas au siège de la tumeur, elles peuvent donc induire en erreur; c'est ainsi que Foerster a observé avec une tumeur entre C2 et C3 de violentes viscéralgies qui auraient fait songer à une tumeur située bien plus bas.

L'indication thérapeutique est nette; l'ablation s'impose; voici la statistique personnelle de M. Foerster.

20 cas ont été opérés :

18 fois la tumeur fut complètement enlevée :

Ces 18 cas donnèrent : 16 guérisons totales ou subtotales, un échec (1) et une mort six semaines après l'opération à la suite d'une maladie intercurrente. Dans 2 cas enfin, la tumeur ne put être enlevée.

5° **Les affections radiculaires consécutives aux méningites.** — Toutes les affections des méninges peuvent donner lieu à des douleurs radiculaires, mais au point de vue de la chirurgie celles dues à la méningite séreuse ou à l'arachnoïdite sérofibreuse adhésive kystique sont les plus intéressantes.

L'arachnoïdite séro-fibrineuse kystique peut avoir une origine multiple : souvent post-traumatique, elle est d'autres fois une suite éloignée d'une ancienne méningite infectieuse ayant en apparence guéri sans laisser de séquelles importantes. Des années plus tard seulement apparaissent des douleurs et des troubles paralytiques qui progressent lentement.

Enfin cette maladie peut être accompagnée d'autres processus méningés ou médullaires tels que les tuberculoses méningées ou les affections syphilitiques de la moelle et des méninges, la syringomyélie ou les tumeurs médullaires.

Parfois aussi la cause de l'arachnoïdite kystique nous échappe et elle paraît constituer à elle seule toute la maladie.

Parmi les autres affections méningées pouvant donner lieu à des douleurs radiculaires, bornons-nous à mentionner la pachyméningite externe post-traumatique essentielle.

Le diagnostic d'arachnoïdite kystique ne peut qu'exceptionnellement être posé avec certitude. Il peut pourtant fréquemment être soupçonné si l'on pense à cette cause en présence de tout syndrome radiculaire. Mais habituellement l'arachnoïdite kystique constitue une trouvaille opératoire. Lorsque l'on rencontre au cours d'une intervention de ces cloisonnements arachnoïdiens au contenu citrin il faut en rechercher les causes parmi lesquelles la syphilis et la tuberculose ne devraient jamais être oubliées. Pour ces deux dernières variétés d'arachnoïdite l'intervention ne donne en général aucun résultat. Il n'en est pas de même pour les autres formes pour lesquelles l'opération devra se borner à enlever les membranes kystiques. La résection des racines devient nécessaire lorsqu'elles montrent d'importantes altérations macroscopiques. En présence d'une arachnoïdite accompagnant une tumeur médullaire il y a lieu de ne pas se contenter de l'extirpation de la tumeur et de se comporter comme si l'arachnoïdite existait à elle seule sans toutefois se laisser aller à une laminectomie trop étendue dans le but de réséquer toutes les membranes kystiques.

De même que M. Foerster, M. Leriche s'est borné dans plusieurs cas d'arachnoïdite kystique consécutive à d'anciennes méningites infectieuses à l'ablation aussi complète que possible des membranes kystiques sans sectionner aucune racine. Dans un de ces cas caractérisé par un début de paralysie spasmodique et des douleurs radiculaires violentes l'amélioration fonctionnelle et l'atténuation des douleurs suivirent rapidement l'opération; alors que, dans un autre cas très ancien où la moelle était complètement détruite par de multiples kystes arachnoïdiens et limitée à un cordon extrêmement mince, l'opération échoua complètement.

6° **Les radiculites syphilitiques.** — Les causes des douleurs radiculaires syphilitiques sont multiples. D'une part, les racines tant des nerfs spinaux que des nerfs craniens peuvent être comprimées par des ostéites ou des périostéites syphilitiques, d'autre part une pachyméningite ou leptoméningite peuvent affecter directement les racines qui, enfin, peuvent être comprimées par une arachnoïdite kystique consécutive, elle-même, à une affection syphilitique du

(1) Dans ce cas, d'autres chirurgiens avaient auparavant à deux reprises essayé inutilement l'ablation de la tumeur; Foerster la réussit, mais ne put soulager son malade.

cerveau ou de la moelle alors que d'autres fois le spirochète attaque les racines elles-mêmes. Le traitement antisyphilitique s'impose; une intervention ne pourrait être indiquée qu'exceptionnellement en cas de douleurs extrêmement violentes rebelles à la cure. M. Foerster a fait opérer un pareil cas par Küttner qui réséqua toutes les racines postérieures lombo-sacrées; le résultat fut nul; une cordotomie antérieure aurait peut-être mieux réussi. Dernièrement, M. Leriche est intervenu dans les mêmes conditions par radicotomie postérieure pour des douleurs radiculaires intercostales rebelles chez un syphilitique avéré auquel un traitement antiluétique très prolongé n'avait procuré aucun soulagement; malheureusement le malade ne souffrant presque plus succomba brusquement à un œdème aigu du poumon au bout de quelques jours.

7° **Les radiculites idiopathiques.** — Parfois l'origine des douleurs radiculaires nous échappe; la ponction lombaire est dans ces cas indispensable; elle nous prouvera, si le liquide montre une augmentation des albumines, l'origine intradurale des douleurs; des ponctions lombaires répétées suffisent fréquemment pour amener la guérison.

8° **Le traitement chirurgical du tabes.** — Les deux raisons pour lesquelles nous pouvons être amenés à intervenir chirurgicalement au cours d'un tabes sont d'une part l'existence de douleurs lancinantes, celle de crises gastriques tabétiques, d'autre part. Nous allons successivement envisager ces deux cas.

1. Le traitement chirurgical des douleurs fulgurantes. — Pour pouvoir établir un traitement rationnel des douleurs tabétiques du type fulgurant, il serait indispensable de connaître l'endroit exact d'où elles proviennent. Pour les uns, la maladie serait localisée au niveau des racines postérieures alors que d'autres pensent davantage au cordon postérieur. La répartition radiculaire fréquente, non constante toutefois, des douleurs parle pour leur origine radiculaire, de sorte que, à priori, l'idée de Mingazzini qui le premier proposa de soulager les malades par une radicotomie postérieure, apparaît comme tout à fait justifiée. On sait que la proposition de Mingazzini fut réalisée par Hildenbrand en 1910. Deux ans plus tard, Foerster réunissait sept cas où cette intervention avait été pratiquée; elles donnèrent des résultats désastreux. Un seul cas avait bénéficié de l'opération. Les raisons de ces échecs peuvent être diverses. Foerster pense que les douleurs lancinantes souvent très étendues peuvent intéresser un nombre tel de segments médullaires qu'il devient impossible de sectionner toutes les racines postérieures qui sont en cause. Mais même dans un cas où les douleurs étaient limitées à la seule malléole externe et où n'intervenaient donc que fort peu de racines, Foerster et Gottstein ont eu un échec. La diffusion des douleurs n'est donc pas la seule cause d'insuccès des radicotomies postérieures. Le fait que toute la sensibilité douloureuse ne passe pas par les racines postérieures entre certainement aussi en ligne de compte.

Quoi qu'il en soit, il est certain que les radicotomies postérieures ne sauraient être recommandées contre les douleurs lancinantes d'origine tabétique contre lesquelles M. Foerster propose la cordotomie antérieure. M. Leriche est exactement du même avis. Il ne lui semble pas, à en juger par un seul cas, que la ramisection soit efficace.

2. Les crises gastriques tabétiques. — Pour bien comprendre le mécanisme des crises gastriques tabétiques, il est indispensable de connaître parfaitement l'innervation des viscères en général et de l'estomac en particulier. Trois nerfs y contribuent: le principal est le splanchnique et les autres nerfs sympathiques; les deux autres sont formés par le pneumogastrique et accessoirement par le phrénique. Si l'on analyse bien la symptomatologie de ces crises on reconnaîtra facilement que toutes ne sont pas pareilles et qu'il existe trois variétés différentes dont chacune correspond à l'un des trois nerfs qui innervent l'estomac.

La forme la plus commune serait celle résultant de l'excitation du sympathique, c'est la crise classique caractérisée par des viscéralgies comme symptôme principal et des hyperesthésies qui, tantôt strictement localisées aux dermatomes dorsaux D5-D9, diffusent d'autres fois sur tout le thorax.

Dans une seconde forme dont l'irritation du pneumogastrique serait responsable, la nausée formerait le signe primordial lorsque les viscéralgies ne seraient jamais très considérables et que les hyperesthésies cutanées feraient régulièrement défaut.

La troisième forme enfin; elle aussi caractérisée par des nausées se différencierait des autres crises vagales par une douleur scapulaire très intense et une hyperesthésie uniquement cervicale correspondant aux segments C3-C5. Le phrénique serait responsable de cette forme.

Envisageons d'abord le traitement des crises d'origine sympathique.

L'innervation sympathique de l'estomac provient des segments D6-D10, peut-être aussi D5-D12. Mais à quel niveau de son parcours le sympathique est-il touché dans les crises gastriques?

Théoriquement il peut l'être, soit au niveau de ses terminaisons intragastriques, soit au niveau du ganglion solaire, soit au niveau des rameaux communicants, ou enfin seulement au niveau des racines. Pour des raisons qu'il serait trop long d'exposer ici, Foerster penche en faveur de l'origine radiculaire de ces douleurs.

De toute évidence, une neurotomie pour être efficace doit porter au-dessus de l'origine du mal. Or, voici les opérations qui ont été proposées contre ce type de crises gastriques tabétiques. Nous les diviserons avec M. Foerster en :

1° *Opérations périphériques.* — Ce groupe comprend :

L'énervation de l'estomac suivant Latarjet-Wertheimer.

L'extirpation du ganglion solaire [Leriche (1)], son élongation (Jaboulay-Leriche), son isolement (Delbet-Mocquot).

La splanchnicotomie transpleurale (Jean), prévertébro-extrapleurale (Foerster).

L'exérèse des nerfs intercostaux (Franke).

La ramisection dorsale (v. Gaza, Leriche).

2° *Les opérations centrales.* — La radicotomie postérieure (Foerster, Küttner).

La radicotomie totale antérieure et postérieure (Foerster, Küttner, Thornburn, Shawe).

La cordotomie antérieure (Foerster, Schueller, Souttar et Sicard).

(1) M. Leriche m'a fait remarquer qu'il n'avait jamais fait l'ablation du ganglion solaire. Cette opération a été faite pour la première fois par Gomoiu (de Bucarest) en 1914.

Il est évident que si l'opinion de Foerster était exacte, seules ces dernières interventions seraient justifiées, car elles seules s'attaquent au mal en amont de son origine; mais si l'on considère les résultats pratiques, on s'aperçoit que toutes les interventions que nous venons d'énumérer donnent à peu de choses près le même pourcentage de bons et de mauvais résultats.

L'opinion de Foerster au sujet du siège de la cause de ces douleurs serait-elle donc erronée? Il ne le pense pas et explique les succès que les opérations périphériques ont donné par une action indirecte. Pour lui ces interventions agissent en supprimant en partie l'innervation sensitive de l'estomac et en diminuant ainsi l'hypersensibilité de cet organe. En même temps elles lèsent une partie des fibres motrices et font cesser ainsi les nausées et vomissements, alors que la section des nerfs sécréteurs réduit l'hypersécrétion toujours très abondante au cours des crises gastriques tabétiques.

M. Foerster ne donne pas de chiffres précis concernant les résultats de ces différentes méthodes thérapeutiques; mais il ne les trouve guère satisfaisants en général. Ceux des interventions centrales ne sont d'ailleurs pas meilleurs et la radicotomie postérieure a été très rapidement abandonnée par Foerster lui-même, ses résultats étant trop inconstants (1). Il est vrai que les résultats sont d'autant meilleurs que les radicotomies sont plus étendues; mais même les plus larges ne mettent pas à l'abri d'échecs fréquents, pas plus d'ailleurs que la résection simultanée des racines antérieures et postérieures au niveau des segments dorsaux D6-D10. La cordotomie antérieure, que Foerster a fait trois fois avec au moins deux échecs, ne semble pas plus efficace. Cependant Souttar et plus récemment Sicard ont rapporté d'excellents résultats.

Parmi les méthodes plus récentes, il y en a deux que selon la conception de M. Foerster nous avons dû ranger parmi les opérations périphériques : l'injection paravertébrale suivant Laewen, Kappis et Mandl, et la ramisection dorsale suivant v. Gaza-Leriche, et qui sont en ce moment à l'ordre du jour.

Jusqu'ici les résultats que Mandl a obtenu par des injections paravertébrales dans des crises gastriques tabétiques ne sont guère encourageants (2). Sur quatorze cas qu'il a traités de cette façon il n'eut aucune amélioration notable. Parfois les crises disparurent aussitôt que l'injection était faite, mais aucun succès durable ne fut obtenu.

Les injections furent faites des deux côtés au niveau des segments D6-D8.

La ramisection dorsale, suivant la technique de v. Gaza, a été appliquée sur le conseil du professeur Leriche par Verbrugge [d'Anvers] (3) à deux cas de crises gastriques tabétiques; les résultats furent très satisfaisants. Auparavant M. Leriche était intervenu une fois dans les mêmes conditions; chez un tabétique en crise les rameaux communicants D5-D9 furent coupés du côté gauche; le malade refusant l'intervention du côté opposé l'intervention unilatérale resta sans effet.

Jusqu'ici les résultats du traitement chirurgical des crises gastriques tabétiques sont donc encore bien décevants. Les échecs paraissent plus nombreux que les succès. Pour les ramisections nous ne connaissons pas encore les résultats éloignés. Nous ne savons donc pas si cette intervention acquerra droit de cité dans la thérapeutique des crises gastriques tabétiques. Mais, quoi qu'il en soit, devant l'inconstance des résultats de toutes les autres opérations, M. Leriche pense que c'est elle qui est, à l'heure actuelle, l'opération la plus justifiée, celle qu'il faudrait essayer chaque fois que l'on se décide à recourir à un traitement chirurgical. L'avenir nous fixera sur la valeur exacte de cette méthode.

Pour les crises gastriques d'origine pneumogastrique, M. Foerster situe également au niveau des racines de ce nerf le siège du mal. Théoriquement l'opération la plus sûre serait, en conséquence, la section de la racine de ce nerf. Elle a été faite une seule fois par Küttner, mais le malade mourut d'infection méningée; ce cas ne permet donc aucune conclusion.

Par contre un certain nombre de vagotomies sous-diaphragmatiques ont été faites : les résultats furent tout aussi médiocres que ceux des opérations sympathiques.

IV. **Les maladies de la moelle.** — Abstraction faite de toute arachnoïdite et de toute autre méningite concomitante, les affections médullaires peuvent donner d'elles-mêmes lieu à des douleurs plus ou moins violentes, soit par irritation des cornes postérieures ou du cordon antérieur, soit par destruction des cordons postérieurs qui renferment les fibres inhibitrices de la douleur.

L'hématomyélie post-traumatique donne des douleurs par irritation des cornes postérieures; l'évacuation du sang les fait cesser très vite. Dans la syringomyélie, la sclérose en plaques ou l'hydromyélie les douleurs proviennent des cornes postérieures ou des cordons antérieurs. Ces maladies ne donnent jamais lieu à des interventions chirurgicales.

Il en est autrement dans les tumeurs intramédullaires. Autrefois l'absence de douleurs était considérée comme caractéristique des tumeurs intramédullaires, alors qu'au contraire, les tumeurs extramédullaires s'accompagneraient de violentes souffrances. Mais M. Foerster a toujours observé des douleurs plus ou moins intenses dans tous les cas de tumeurs intramédullaires qu'il a eu l'occasion de voir. Sur sept cas elles n'ont jamais manqué. Elles s'expliquent plus par la compression des fibres douloureuses que par la paralysie des filets inhibiteurs, le traitement de ces tumeurs est particulièrement difficile; une tentative d'extirpation s'impose dans tous les cas, à moins que l'affection ne soit par trop avancée; Foerster sur ses sept cas a réussi six fois à enlever la tumeur, mais la mortalité est très élevée. Deux morts immédiates et deux morts précoces sur six cas traités radicalement, dont un seul peut être considéré comme complètement guéri, alors que le dernier est en voie d'amélioration; les tumeurs enlevées furent de nature gliomateuse ou fibromateuse.

V. **Maladies de la protubérance, des pédoncules et du thalamus.** — Les affections de cette partie du névraxe qui peuvent s'accompagner de douleurs sont multiples; elles peuvent être :

1° *D'origine radiculaire :* intéressant les racines des nerfs craniens comme le trijumeau ou les

(1) M. Leriche, lui aussi, a eu plus de mauvais résultats que de bons avec la radicotomie postérieure dans les crises gastriques du tabes (voir R. Leriche. Loc. cit.).

(2) Mandl. Loc. cit.

(3) J. Verbrugge et L. v. Bogaert. Deux cas de neuroramisection pour crises gastriques du tabes, *Lyon chir.*, janv.-fév. 1927, t. XXIV, n° 1, p. 32-39.

nerfs VI, IX et X, qui seuls jusqu'ici sont opératoirement accessibles.

2° Elles peuvent avoir leur siège dans la substance gélatineuse ou le noyau solitaire comme la syringobulbie et se superposer ainsi aux douleurs médullaires ayant leur origine dans les cornes postérieures de la moelle.

3° Enfin elles peuvent provenir d'une altération pathologique du faisceau spino-thalamique qui continue à travers le bulbe et la protubérance le cordon antérieur de la moelle. Une hyperalgésie et une hyperpathie caractérise ce genre de lésions; la même exagération des douleurs se retrouve d'ailleurs dans les affections du thalamus proprement dit.

VI. **Les affections du cerveau.** — Parmi les affections du cerveau toutes celles qui léseront à un titre quelconque les zones sensitives dont nous avons parlé dans la première partie de cette étude, peuvent naturellement s'accompagner de douleurs plus ou moins intenses.

Ce n'est pas le lieu ici de faire une énumération de toutes les causes, traumatiques, infectieuses ou néoplasiques qui d'une façon ou d'une autre peuvent arriver à réaliser une compression corticale portant sur les centres sensitifs. Nous sommes d'accord avec Foerster quand il dit que l'accès aisé de ces régions cérébrales donne en général une facilité opératoire plus grande que pour les autres parties du névraxe et permet dans un grand nombre de cas de faire une thérapeutique étiologique très satisfaisante : l'ablation de projectiles, l'extirpation de foyers infectieux ou de kystes échinococciques; l'ablation fréquemment complète de tumeurs.

Parmi les douleurs d'origine cérébrale, la céphalée par sa fréquence et la complexité de son origine mérite une mention spéciale. Foerster l'étudie dans le dernier chapitre de son livre.

La céphalée. — La céphalée, syndrome extrêmement fréquent, peut être superficielle ou profonde. Profonde elle est due à l'excitation des récepteurs sensitifs de la dure-mère, de la pie-mère ou des vaisseaux cérébraux. Les excitations provenant de la dure-mère passent par le trijumeau, le vague ou le sympathique, celles de la pie-mère peuvent en plus emprunter le trajet des nerfs craniens III, IV, VI, VII, IX et XII, alors que les vaisseaux cérébraux ne sont uniquement innervés que par le sympathique. L'excitation de ces récepteurs sensitifs peut être directe ou indirecte par l'intermédiaire soit des modifications vasomotrices, soit des changements de la constitution physico-chimique du sang lui-même.

Les céphalées superficielles sont habituellement dues à des affections du cuir chevelu ou des organes de la face; elles se traduisent par des douleurs superficielles localisées qui prennent souvent le caractère de névralgies des nerfs sensitifs de la face, du trijumeau donc de préférence.

Mais dans beaucoup de cas les malades ne peuvent pas faire la différence entre les céphalées superficielles et profondes et souffrent diffusément dans toute la tête et cela d'autant plus que les douleurs sont plus violentes et durent depuis plus longtemps.

Ce fait s'explique aisément si l'on se rappelle que dans le bulbe les centres du trijumeau, du pneumogastrique, du facial et du glossopharyngien voisinent de près et qu'ainsi très facilement l'irritation d'un de ces nerfs peut, à cet endroit, retentir sur les nerfs voisins. Ce voisinage des différents centres bulbaires explique également qu'une affection d'un viscère abdominal ou thoracique arrive à provoquer de violentes céphalées. Il suffit de savoir que le pneumogastrique, nerf sensitif des viscères prend part à l'innervation des méninges et que son centre bulbaire se trouve à proximité de celui du trijumeau et des autres nerfs sensitifs de la face.

Par l'intermédiaire du sympathique avec ses vastes anastomoses des excitations à distance peuvent également arriver à produire des douleurs céphaliques, peut-être grâce aux variations vasculaires qu'elles déclenchent.

En somme, les céphalées peuvent avoir trois sources différentes. Elles peuvent être :

1° *De cause autochtone* : et sont déclenchées alors par l'irritation soit directe, soit indirecte des récepteurs douloureux du cerveau et de ses méninges, soit :

2° *Dues à une affection du cuir chevelu ou des organes de la tête*,

et enfin :

3° Elles peuvent être provoquées par *des affections des organes thoraciques ou abdominaux*.

Dans ces deux derniers cas la céphalée est une douleur d'irradiation.

L'état psychique du malade modifiant la sensibilité générale a une influence sur l'acuité des douleurs soit directement en augmentant l'émotivité du sujet, soit indirectement en provoquant des modifications circulatoires.

Après ces considérations générales, M. Foerster passe en revue les différentes causes des céphalées et envisage :

1° **Les céphalées dans les affections traumatiques du cerveau et de ses enveloppes.** — Que les traumatismes du crâne puissent être une source de céphalées, personne n'en doute. Mais pour fréquentes qu'elles soient, elles ne sont pas constantes et n'apparaissent souvent que très tardivement. Bien des blessés du crâne n'en ont jamais souffert. Nous envisagerons très brièvement, mais séparément, les céphalées comme symptôme immédiat et les céphalées comme symptôme tardif des traumatismes craniens.

Lorsque les maux de tête apparaissent aussitôt après l'accident ils s'expliquent soit par la lésion des récepteurs sensitifs qui peuvent être comprimés par un fragment osseux, ou un hématome ou simplement contusionnés, soit par les troubles circulatoires qu'engendre le traumatisme.

Si les céphalées ne surviennent qu'au bout de quelques jours les abcès cérébraux en sont souvent la cause, alors que dans d'autres cas il s'agit d'une méningite infectieuse ou simplement séreuse.

Par contre, les céphalées tardives sont généralement dues à l'une ou à l'autre des causes suivantes : un cal exubérant, un abcès chronique, une ostéomyélite résiduelle, une pachyméningite externe, une pachyméningite hémorragique, une arachnoïdite kystique ou une leptoméningite ou enfin à un hydrocéphalus traumatique.

Quant au traitement, il variera avec la cause, nous ne pouvons les passer systématiquement toutes en revue, bornons-nous donc à signaler quelques points qui nous ont particulièrement frappé dans l'étude de Foerster.

Nous avons été étonné que M. Foerster n'opère

les fractures non ouvertes de la voûte que lorsqu'il y a une « forte dépression ou une dissémination des fragments osseux sous la voûte ou sous la dure-mère ou dans le cerveau ». Même dans ces cas il préfère attendre quelques heures pour laisser passer le choc initial, à moins que des crises convulsives ou d'autres signes traduisant une irritation corticale nécessitent une intervention immédiate. Nous pensons être d'accord avec la plupart des chirurgiens en préconisant une conduite un peu plus interventionniste, celle que toute embarrure, qu'elle s'accompagne de symptômes cérébraux ou non, justifie d'emblée une trépanation exploratrice.

En cas d'hémorragie, par contre, Foerster comme tout le monde propose d'intervenir sans tarder pour tarir la source de l'hémorragie.

D'autre part, si la méningite est en cause un drainage de la grande citerne suivi de lavage peut être utile; la trépanation large permettant l'écoulement du pus s'est parfois montrée salutaire et a certainement sauvé quelques vies. Une thérapeutique plus active qu'on ne la faisait jusqu'ici, serait peut-être indiquée dans ces cas.

Il nous paraît inutile d'insister sur le traitement des céphalées post-traumatiques tardives; la thérapeutique de ces accidents étant bien connue à l'heure actuelle. Seule l'hydrocéphalie post-traumatique mérite une mention spéciale.

M. Foerster en distingue trois formes :

1° L'hydrocéphalus fermé, par oblitération des communications ventriculo-sousarachnoïdiennes;

2° L'hydrocéphalus par absence de résorption du liquide céphalo-rachidien;

3° L'hydrocéphalus par hypersécrétion de ce même liquide.

Nous aurons l'occasion de revenir un peu plus loin sur l'hydrocéphalie lorsque nous parlerons des formes congénitales de cette maladie, nous indiquerons à cette occasion les idées de Foerster sur le traitement de cette affection.

Mais parmi les nombreuses causes des céphalées post-traumatiques que Foerster énumère dans son travail, nous avons en vain cherché les modifications de la pression du liquide céphalo-rachidien consécutives au traumatisme, comme unique source de céphalées souvent très intenses. Il y a quelques années pourtant déjà que M. Leriche a pu montrer que parfois les traumatismes craniens entraînent une hypotension aiguë du liquide céphalo-rachidien qui se traduit cliniquement par un état de torpeur, par de très violents maux de tête et quelquefois de la température. La pression du liquide est très basse. Il suffit de la relever par quelques injections intraveineuses d'eau distillée pour voir *immédiatement* le malade sortir de son état de somnolence et se déclarer débarrassé de ses douleurs. M. Leriche (1) lui-même, et ses élèves Stulz et Stricker en ont rapporté plusieurs exemples très démonstratifs (2).

2° Les céphalées dans les cas de disproportion osseuse entre le volume du cerveau et celui de la boîte cranienne. — Dans ce groupe entrent les cas de cranio-ostéosténose congénitale, d'oxycéphalie, puis tous les cas où le crâne étant de volume normal le cerveau est trop volumineux. L'image que présentent ces malades est celle d'une hypertension cranienne considérable qui explique les céphalées.

Certaines exostoses volumineuses et congénitales des os du crâne, du frontal en particulier, réalisent la même image clinique.

Lannelongue avait autrefois proposé comme traitement de la microcrânie la circoncision cranienne; M. Foerster lui préférerait une large trépanation sous-temporale et bilatérale à la manière de Cuhsing. Dans un cas d'exostoses frontales bilatérales il a pu faire cesser des maux de tête remontant à la première enfance et dus à une hypertension cranienne de 320 millimètres par une large résection de cet os.

3° La céphalée dans les tumeurs cérébrales et les autres affections analogues. — Les céphalées forment l'un des principaux symptômes des tumeurs cérébrales et ne manquent que rarement. Souvent localisées à l'endroit ou au même côté que la tumeur elles sont d'autres fois diffuses, ne correspondant nullement au siège de la néoformation. Elles peuvent donc induire en erreur en ce qui concerne la localisation de la tumeur.

Le traitement de ces céphalées se confond avec celui des tumeurs elles-mêmes. Avec la plupart des neuro-chirurgiens actuels, Foerster pose l'ablation systématique en principe, chaque fois qu'elle est possible.

En cas de tumeurs inopérables la trépanation décompressive au niveau de la tumeur, si elle a pu être localisée, se montrera efficace contre les douleurs; si aucune localisation n'a pu être faite une petite trépanation sous-temporale à la Cushing sans ouverture de la dure-mère sera pratiquée du côté opposé au côté présumé malade; elle sera suivie un peu plus tard d'une trépanation large avec ouverture dure-mérienne de l'autre côté.

En cas de tumeurs inopérables de la fosse cérébelleuse la décompression de cette fosse est absolument nécessaire; elle devra toujours être précédée d'une ponction du corps calleux, car l'hydrocéphalie est la règle dans ces cas.

4° La céphalée dans l'abcès cérébral. — Que les abcès cérébraux sont d'origine traumatique, otogènes ou métastatiques, tout le monde le sait; que les céphalées en constituent un symptôme constant c'est tout autant une banalité. Quelques points pourtant de l'étude de M. Foerster sont intéressants à signaler. D'abord au point de vue étiologique le fait que Foerster a observé un grand nombre d'abcès cérébraux chez des malades qui, quelque temps auparavant, avaient subi, soit une cranioplastie, soit la réparation d'une perte de substance dure-mérienne à l'aide d'un transplant graisseux.

Le nombre de ces malades est tellement important que M. Foerster se refuse à croire à une simple coïncidence, mais pense qu'il y a des relations de cause à effet entre l'opération plastique et la formation d'abcès; aussi condamne-t-il les cranioplasties et les plasties de la dure-mère. M. Leriche lui aussi, à plusieurs reprises, a insisté sur l'inutilité de ce genre d'interventions qui ne permettent ni de guérir, ni de prévenir des accidents comme ceux de l'épilepsie bravais-jacksonienne.

(1) R. Leriche. Recherches sur le mécanisme de l'hypotension et de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien chez les jacksoniens de guerre, *Revue de chir.*, 1920, p. 669-679; — Sur l'hypotension du liquide céphalo-rachidien, *Lyon chir.*, janv. 1922, p. 56.

(2) E. Stulz et P. Stricker. Acute hypotension of cerebrospinal fluid following cranial traumatism, *Ann. of surg.*, 1925, t. LXXXII, p. 678-683.

Au point de vue du traitement, M. Foerster attire l'attention sur deux points :

1. En opérant des abcès cérébraux il faut toujours passer par des zones d'adhérences entre la dure-mère et la surface du cerveau et ne jamais mettre à nu les leptoméninges, même si la recherche d'un corps étranger inclus serait plus aisée en zone saine afin d'éviter l'infection si facile des méninges saines.

S'il n'existe pas d'adhérences il vaut mieux opérer en deux temps, la première fois après trépanation et ouverture de la dure-mère on se bornera à un badigeonnage iodé du cerveau qui produira des adhérences ; quatre à cinq jours plus tard on pourra alors, en pleine sécurité, procéder à l'ouverture de l'abcès (1).

2. L'opération faite, il faut absolument empêcher une fermeture trop rapide de la cavité de l'abcès, afin qu'il ne reste pas au fond de la plaie cérébrale des germes d'une nouvelle infection qui, un jour ou l'autre, pourraient pénétrer dans les ventricules en déclenchant une méningite ventriculaire rapidement fatale.

5° La céphalée dans le gonflement cérébral. — M. Foerster désigne sous le nom de « trockene Hirnschwellung » un état particulier d'hyperpression cranienne qui s'observe dans certains cas de tumeurs, d'abcès ou d'hydrocéphalie, mais qui peut également exister à l'état isolé. Les symptômes cliniques sont ceux d'une tumeur sans localisation, et à l'autopsie la surface et la face de section du cerveau apparaissent comme desséchées. Il n'y a pas de traitement particulier de cette affection.

6° La céphalée dans l'hydrocéphalie. — Dans ce chapitre spécialement destiné à l'hydrocéphalie, Foerster étudie cette maladie sous les trois aspects sous lesquels elle se présente :

1. *Hydrocéphalie fermée.* — Elle est due à l'arrêt de la circulation du liquide céphalo-rachidien à un niveau quelconque de son trajet. Les affections qui le plus fréquemment la produisent sont : l'atrésie congénitale de l'aquèduc de Sylvius, les kystes congénitaux du plancher du IIIe ventricule, les tumeurs du thalamus, ou des tubercules quadrijumeaux, ensuite les tumeurs de la fosse rhomboïde, de l'épiphyse, celles du cervelet ou de l'angle ponto-cérébelleux. L'arrêt de la circulation peut donc se faire soit au niveau du trou de Magendi ou de Luschka (arrêt dans tous les ventricules), soit au niveau du plancher du IIIe ou du IVe ventricule, soit enfin au niveau du trou de Monro (hydrocéphalie unilatérale).

Le diagnostic de cette forme se fera à l'aide de la ventriculographie : si l'air injecté dans la région lombaire ou par ponction sous-occipitale pénètre dans les ventricules il ne s'agit pas d'hydrocéphalie fermée ; si, au contraire, ceux-ci ne s'éclairent pas, la preuve en est faite ; il s'agit alors de savoir si l'occlusion est absolue ou relative ; une injection intraventriculaire d'iodure de sodium sera faite : pénètre-t-elle des ventricules dans les espaces sous-arachnoïdiens l'occlusion n'est que relative ; elle est absolue dans le cas contraire.

Dans les deux autres formes d'hydrocéphalie les ventricules restent en communication normale avec les espaces sous-arachnoïdiens ; mais dans l'une :

2. *Hydrocéphalie par hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien.* — Le liquide est formé en trop grande quantité et dans l'autre :

3. *Hydrocéphalie par absence de résorption.* — Le liquide n'est plus résorbé.

Le traitement ne sera pas le même pour ces trois variétés d'hydrocéphalie.

En cas d'hydrocéphalie fermée, M. Foerster recommande comme procédé de choix la ponction du corps calleux qu'il propose d'exécuter sous le contrôle de la vue en faisant une trépanation plus grande que ne le recommandaient initialement Anton et v. Bramann. Foerster écarte les deux hémisphères après ligature des veines gênantes et choisit ainsi, sous le contrôle de la vue, la place de la ponction. Dans quelques cas de distension ventriculaire il a enlevé des parties du pallium en se créant ainsi un accès très large sur les ventricules latéraux.

Une autre fois, il passa à travers le corps calleux et put ainsi forer un trou dans la toile choroïde du IIIe ventricule.

Parfois aussi, il débarrasse les trous de Magendie ou de Luschka des membranes qui les obstruent et obtient ainsi la disparition de l'hydrocéphalie.

Dans les hydrocéphalies par absence de résorption, au contraire, il devient nécessaire de drainer les espaces sous-arachnoïdiens dans des tissus voisins ou dans le sang. Bien des procédés ont été imaginés qu'il serait trop long de rappeler ici ; Foerster lui a fait passer plusieurs fois avec de bons résultats la veine faciale à travers les os du crâne et la dure-mère jusque sur la convexité du cerveau ; le drainage fonctionnait efficacement ; mais l'auteur, lui-même, trouve cette méthode délicate et peu pratique et préfère, à présent, le simple drainage dans les muscles de la nuque que l'on fait en réséquant, grand comme une pièce de 5 fr., de l'arc postérieur du trou grand occipital et en enlevant la dure-mère sur la même étendue tout en ouvrant la citerne cérébello-médullaire. Cette opération semble donner d'excellents résultats.

Enfin dans la troisième forme d'hydrocéphalie la résection des plexus choroïdes telle que la propose Dandy est théoriquement la méthode la plus logique, mais jusqu'ici elle est encore d'une difficulté technique telle que M. Foerster préfère appliquer à cette forme la même thérapeutique qu'à la précédente, c'est-à-dire le drainage dans les muscles de la nuque.

7° Les céphalées dans l'encéphalite. — Dans les suites éloignées des encéphalites tant épidémiques qu'infectieuses, les céphalées jouent un rôle important ; M. Foerster les rattache à des méningites séreuses résiduelles et dans certains cas à des arachnoïdites enkystées ; la pression du liquide céphalo-rachidien est souvent considérablement augmentée et les épreuves à l'iodure de sodium dénotent une obstruction des communications ventriculo-sous-arachnoïdiennes. Aussi M. Foerster est-il intervenu plusieurs fois pour désobstruer chirurgicalement ces orifices.

8° La céphalée dans les affections syphilitiques. — La syphilis tant dans la période secondaire que ter-

(1) Dans les abcès cérébraux, M. Leriche enseigne que la partie la plus importante du traitement est la large excision osseuse. Il faut, pour lui, que les méninges puissent s'affaisser et que la cavité même de l'abcès puisse diminuer par affaissement. Le drainage se fait alors facilement et de lui-même. (Voyez Leriche. Traitement des abcès cérébraux par la trépanation large sans drainage et la vaccinothérapie, *Lyon chir.*, juillet 1922, p. 402.)

tiaire est fréquemment la cause de céphalées rebelles, qui proviennent tout autant de processus méningés, que de processus cérébraux proprement dits.

L'hydrocéphalie est souvent la conséquence d'une syphilis héréditaire.

Le traitement, cela va de soi, sera la cure antisyphilitique; le traitement chirurgical ne pourra qu'exceptionnellement être envisagé.

9° **La céphalée dans l'artério-sclérose et les autres troubles circulatoires du cerveau.** — Selon Foerster les artério-scléreux qui souffrent de maux de tête sont ceux qui ont une forte hyperpression du liquide céphalo-rachidien. Parfois aussi des foyers de méningite localisée ou des kystes arachnoïdiens expliquent ses douleurs.

La migraine est, au contraire, un excellent exemple de céphalées provoquées par des modifications vasomotrices momentanées.

10° **La céphalée dans les méningites.** — Toutes les affections méningées s'accompagnent de douleurs plus ou moins intenses qui prennent naissance au niveau des nombreuses terminaisons sensitives dont sont munis ces organes. Aussi les douleurs se rencontrent-elles aussi bien dans les méningites infectieuses aiguës que dans les formes chroniques.

On les observe également dans ces états méningo-cérébelleux passagers que M. Foerster a décrits chez les enfants à la suite de la plupart des affections éruptives.

Parmi les affections chroniques des méninges, les méningites séreuses et les arachnoïdites enkystées occupent la première place dans l'étiologie des céphalées.

*
* *

Ainsi se termine l'étude de Foerster dont on voit le plan, la nouveauté et l'intérêt.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 JUILLET 1927)

Deux cas d'ulcérations tuberculeuses de la peau traitées par le vaccin de Vaudremer. — MM. SÉZARY et BENOIST rapportent deux observations de malades atteints d'ulcérations tuberculeuses de la peau. L'un de ces malades a guéri par le vaccin de Vaudremer. L'autre, après une phase d'amélioration, a repris son état antérieur. Rapprochant ces résultats de ceux qu'on a obtenus dans la sporotrichose cutanée et insistant sur ce fait qu'il s'agit dans tous les cas de lésions ne guérissant pas spontanément et dont l'évolution est facile à suivre sur les téguments, les auteurs concluent que la vaccinothérapie dans les maladies chroniques peut être indiscutablement efficace, que cette efficacité n'est pas constante, que rien cliniquement ne peut faire prévoir dans chaque cas le résultat qu'on obtiendra et que l'action du vaccin dépend non seulement de son mode de préparation, mais encore de la réaction individuelle des malades.

Accidents articulaires multiples avec endocardite et pyohémie mortelle. — MM. L. BABONNEIX et A. DURUY rapportent le cas d'une jeune femme chez laquelle des accidents articulaires multiples s'accompagnèrent d'endocardite ulcéro-végétante, d'infarctus, et, finalement, d'une pyohémie mortelle. A l'autopsie, végétations de la grande valve mitrale, en grande partie détruite par le processus ulcéreux, infarctus de la rate, gros infarctus pulmonaire, peut-être lié à une artérite de l'artère pulmonaire. Les recherches bactériologiques de M. Guy autorisent à se demander si, dans ce cas, le tétragène n'était pas en cause.

Importance de la constatation d'un souffle systolique du creux sus-claviculaire pour le diagnostic des artérites incomplètement oblitérantes de la sous-clavière. — MM. C. LIAN, GILBERT-DREYFUS et P. PUECH rapportent huit observations personnelles montrant que la recherche et la constatation d'un souffle systolique à foyer maximum sus-claviculaire sont de la plus grande importance pour conduire au diagnostic d'artérite incomplètement oblitérante de la sous-clavière. Ce souffle est également perçu mais bien plus faiblement à la base du cœur. Parfois une carotide est également touchée. Exceptionnellement cette atteinte des gros troncs artériels de la crosse aortique est bilatérale.

Il est donc très important d'ausculter systématiquement les creux sus-claviculaires dans tous les cas où l'on entend un souffle, si minime soit-il, à la base du cœur, ainsi que dans tous ceux où l'on constate une inégalité du pouls, de la pression artérielle maxima ou de l'indice oscillométrique aux deux membres supérieurs. En procédant ainsi, il n'est pas rare d'être amené à porter le diagnostic d'artérite incomplètement oblitérante d'une sous-clavière, en raison de la double constatation suivante : souffle systolique intense ayant très nettement son maximum dans le creux sus-claviculaire et diminution de la pression artérielle maxima ainsi que de l'amplitude du pouls huméral du même côté. Cette constatation conduira du même coup, dans certains cas, à dépister la syphilis chez le malade.

La recherche du souffle systolique du creux sus-claviculaire est aussi un moyen facile pour éviter des erreurs dans le diagnostic de l'hypotension artérielle. Dans certains cas, en effet, elle invitera le médecin à mesurer la pression artérielle dans les deux humérales et l'aidera à ne pas prendre pour un hypotendu un sujet qui a une pression artérielle générale normale ou élevée et une artérite d'une sous-clavière. Enfin, la constatation de ce souffle empêchera de tomber dans l'erreur suivante, qui paraît presque inévitable, et qui consiste à croire atteint d'hypotension artérielle permanente un malade ayant, comme les auteurs en rapportent deux observations, une artérite incomplètement oblitérante du tronc artériel brachio-céphalique et de la sous-clavière gauche. Dans des cas de ce genre, la recherche et la découverte d'un souffle systolique du creux sus-claviculaire met le médecin sur la voie du diagnostic. Elle le conduit à mesurer la pression artérielle aux deux chevilles où il trouve une pression normale ou élevée et découvre ainsi l'atteinte bilatérale des artères sous-clavières.

Intoxication fébrile par le dial. Fièvre barbiturique. — MM. Paul JACQUET et DELARUE insistent au cours de l'état subcomateux terminé favorablement sur l'ascension en flèche de la température à 39°5 indépendamment de toute complication viscérale.

Les auteurs insistent sur cette fièvre probablement toxique et dont la pathogénie exacte et la valeur pronostique seraient à préciser.

Hypertension paroxystique. Guérison. — M. LAUBRY présente un malade atteint d'hypertension paroxystique chez lequel une double série de quatorze, puis vingt-quatre séances de radiothérapie profonde sur la région surrénale a amené la guérison, qui persiste depuis six mois, des crises douloureuses paroxystiques.

Tumeur pleuro-pulmonaire chez un jeune sujet. — MM. AMEUILLE et TACQUET présentent un cas de tumeur pleuro-pulmonaire dont le diagnostic ferme a été établi grâce à la

biopsie d'une adénopathie axillaire et qui présente comme caractéristiques d'être apparue chez un sujet de onze ans, d'être très radiosensible et de simuler à s'y méprendre, au point de vue stéthacoustique et radiologique, un gros épanchement pleural.

Cordotomie latérale antérieure dans une algie paroxystique des moignons. Guérison. — MM. SICARD, HAGUENAU et WALLICH.

Diurétiques mercuriels. — MM. F. RATHERY et MAXIMIN étudient les effets diurétiques du novasurol et du 440 B. Ils rapportent les observations de quatre malades chez qui a été recherchée l'action réciproque de ces deux diurétiques. L'effet thérapeutique a été plus marqué avec le 440B qu'avec le novasurol. La diurèse hydrique est fréquente et intense, elle ne semble pas constante. Il n'en est pas de même de l'excrétion du chlorure de sodium. On constate, en effet, d'une façon constante une augmentation considérable de l'excrétion chlorurée qui se juge par une élévation de la concentration urinaire en NaCl. Il y a aussi parfois une véritable dissociation entre l'excrétion aqueuse et l'excrétion chlorurée.

Plaidoyer en faveur de l'examen de sang total. — M. HAYEM insiste sur les renseignements diagnostiques de l'examen du sang total, notamment dans les lésions inflammatoires et le rhumatisme.

Le traitement par l'ingestion du foie de veau cru dans l'anémie splénique. — MM. N. FIESSINGER et CASTÉRAN rapportent un cas guéri. A la dose de 250 grammes de foie par jour pendant quatre mois, l'anémie et la splénomégalie disparurent.

Septicémie streptococcique mortelle à localisations articulaires multiples et primitives. — MM. LE NOIR et LIÈGE citent un cas. Sans l'hémoculture qui décela un streptocoque hémolytique, cette septicémie en eût imposé pour une forme grave de la maladie de Bouillaud.

Un nouveau colorimètre. — M. ZIZINE présente l'appareil.

Acidose et collapsus cardiaque diabétique. Rôle du rein. — MM. F. RATHERY et MAXIMIN rapportent l'observation d'un malade atteint de diabète consomptif qui fit, sous l'influence d'excès divers et de la cessation brusque de la médication insulinique, des accidents caractérisés par de l'oligurie, de l'hypotension artérielle, du collapsus cardiaque et de l'acidose. Au moment de la période la plus grave de la complication, on constatait une baisse de la glycosurie et de l'excrétion des corps acétoniques, en même temps que de l'hyperglycémie considérable et une chute très marquée de la réserve alcaline.

La guérison s'est jugée par une élimination surabondante urinaire de sucre et de corps acétoniques, une baisse de la glycémie et un relèvement de la réserve alcaline. Il est probable que le bloquage du rein, sous l'influence du collapsus cardiaque, a amené une rétention sanguine avec exagération des phénomènes d'acidose. Il faut toujours associer, dans le traitement des accidents acidosiques diabétiques la médication toni-cardiaque à l'emploi de l'insuline.

Septicémie à bacille perfringens d'origine bucco-dentaire. — MM. CAUSSADE et GLÜCK. De l'observation relatée par les auteurs découlent les faits suivants :

1° Une carie dentaire bien tolérée pendant plusieurs années détermine assez rapidement une stomatite ulcéro-membraneuse, une adénopathie sous-maxillaire et une septicémie qui fut d'autant plus apparente qu'au bout de quatre jours la stomatite était guérie et la dent extraite; et, qu'ultérieurement, pendant vingt jours, cette septicémie évolua avec, au début, une fièvre qui persista et qui même augmenta (38°8, oscillations au-dessus de 39 degrés), avec une rate légèrement hypertrophiée, une anémie à 3.000.000, une hémolyse à 50-35, des troubles gastriques, des vomissements, de la confusion mentale et un léger ictère. Mais il n'y eut aucune complication, ni cardiaque, ni rénale, ni pulmonaire, ni hépatique. Guérison après une longue convalescence.

2° L'hémoculture, faite dans les premiers jours, fut positive et donna un bacille qui fut identifié au perfringens : forme classique, gram positif, culture en anaérobie positive, coagulation du lait, dégagement de gaz à odeur butyrique, inoculation donnant un petit abcès gazeux.

3° Le perfringens qui, d'ordinaire, détermine des infections graves sous forme d'hépato-néphrite ou d'anémie pernicieuse n'a, dans le cas présent en portant seulement son action sur les globules rouges, provoqué qu'une anémie légère et un certain degré d'hémolyse avec un ictère peu prononcé.

En pratiquant systématiquement des hémocultures au cours des septicémies d'origine bucco-dentaire, il est probable que les chercheurs trouveront à l'avenir d'autres microorganismes que ceux qui sont ordinairement signalés (streptocoques et diplocoques).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 18 MARS 1927)

Extrait tuberculeux colloïdal. — M. GRIMBERT.

Les troubles moteurs traités à Lamalou. — M. CAUVY.

Localisation des points douloureux. — M. FILDERMAN.

(SÉANCE DU 15 AVRIL 1927)

Toxhémie variqueuse. — M. FILDERMAN. Dans une première phase de cette affection, l'auteur conseille l'auto-hémothérapie avec du sang prélevé dans les veines du membre inférieur; dans une deuxième phase, fréquente aux environs du retour d'âge, au moment des troubles endocriniens, M. Filderman injecte aux malades un mélange de leur sang variqueux et de produits opothérapiques appropriés. Il constitue ainsi des dépôts endocrino-sanguins abondants qui se résorbent lentement agissant à la manière de véritables petites greffes éphémères et physiologiques. Les résultats indiqués sont tout à fait favorables. Parmi ces observations, il faut mentionner des cas de guérison d'eczémas rebelles à tout traitement précédent.

Cystocèle inguinale. — M. Raymond PETIT.

Traitements du psoriasis. — M. THIBAULT.

Présentation d'appareil. — M. S. BAQUÉ (de Luchon).

(SÉANCE DU 20 MAI 1927)

Calcul corelliforme du rein. Le contrôle radiographique et radioscopique dans le traitement des fractures du membre supérieur. — M. Raymond PETIT.

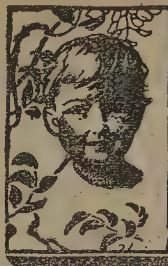
Un cas de sporotrichose. — M. THIBAULT.

Au sujet de l'emploi d'ampoules d'eau glucosée à 35 p. 100 pour injections intraveineuses de substances irritantes pour les parois des veines (quinine, salicylate de soude, etc.). — M. Georges ROSENTHAL.

Les conceptions anciennes et modernes de la dent saine et malade, par le professeur agrégé Ed. RETTERER. Une brochure in-8 de 31 pages avec figures. — Editions de la *Semaine dentaire*, 12, rue de Hanovre, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Le Maroc par Marseille. — La voie de Marseille offre les avantages les plus appréciables aux voyageurs désireux de se rendre de France au Maroc.

Marseille est en effet desservie par des trains à marche rapide composés du matériel le plus confortable, avec voitures directes en provenance ou à destination des grandes villes de France et des capitales du Continent.

De Marseille à Tanger et à Casablanca, c'est la traversée assurée par les paquebots rapides et luxueusement aménagés de la Compagnie de navigation Paquet dont les départs de Marseille ont lieu en été tous les samedis.

Les principales gares P.-L.-M. délivrent des billets directs avec enregistrement direct des bagages pour Tanger et Casablanca.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — *Concours pour la nomination d'internes des hôpitaux.* — Le lundi 19 septembre 1927, s'ouvrira un concours public pour la nomination d'internes des hôpitaux.

Concours pour la nomination d'externes des hôpitaux. — Le lundi 10 octobre 1927, s'ouvrira un concours public pour la nomination d'externes des hôpitaux.

La date de clôture du registre d'inscription a été irrévocablement fixée au samedi 1er octobre 1927, à 11 h.

Pour toutes les autres conditions d'admission au concours, consulter l'affiche ou s'adresser à l'Administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 44, bureau du personnel.

A PROPOS DE L'AGRÉGATION. — Les docteurs en médecine des diverses Facultés de France, déclarés aptes aux fonctions d'agrégés à la suite de l'examen de 1926, émus des projets de modification au mode actuel de recrutement des agrégés, se sont réunis le 12 juin 1927. Ils ont décidé de présenter à M. le ministre de l'Instruction publique et à MM. les doyens de Faculté le vœu suivant :

« Etant donné qu'aux termes des articles 18 à 26 de l'arrêté ministériel du 14 mars 1924, les docteurs en médecine déclarés aptes aux fonctions d'agrégé ont acquis le droit d'être candidat aux places d'agrégé sans avoir à passer aucune nouvelle épreuve, ce privilège doit être respecté de toute façon. Il serait désirable, au cas où ce mode de recrutement serait modifié, que les Facultés de médecine, avant de mettre au concours une place d'agrégé, provoquent la candidature des titulaires du certificat d'aptitude suivant les dispositions de l'article 23 de l'arrêté de mars 1924. Les candidatures seraient ensuite soumises au vote du Conseil de Faculté et de la Commission compétente du Comité consultatif de l'Enseignement public et d'appréciation ministérielle (art. 25, 26). Si aucune des candidatures n'était retenue, les Conseils de Faculté seraient alors conduits à proposer au ministre la mise au concours de la place vacante ».

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — Un concours pour une place d'aide d'anatomie, s'ouvrira à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes, le 31 octobre 1927.

— Poitiers. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie pathologique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira, le 23 décembre 1927, au siège de ladite Ecole.

— Tours. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours s'ouvrira au siège de ladite École, le 19 décembre 1927.

Un concours s'ouvrira, le 6 avril 1928, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — Ordre du jour de l'Assemblée générale du mercredi 5 octobre 1927, à la Faculté de médecine de Paris.

I. — Nouveau régime des études médicales. L'enseignement de l'anatomie en un an (professeur Rouvière). L'enseignement de toutes les spécialités (professeur Jacques). Diplômes spéciaux délivrés par les professeurs de spécialités (professeur Jacques).

II. — Nouveau régime de l'agrégation.

III. — Assimilation des agrégés pérennisés aux maîtres de conférence des Facultés des lettres et des sciences.

IV. — Péréquation des traitements.

V. — Le baccalauréat nécessaire pour commencer les études de médecine.

VI. — Questions diverses.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Guérin, agrégé près la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, est nommé professeur de botanique à la même Faculté.

M. Tassilly, chargé de cours à la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, est nommé professeur de physique à la même Faculté.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promu ou nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

INSTRUCTION PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — M. le professeur Lecène (de Paris).

Au grade de chevalier. — M. le professeur Forster (de Strasbourg).

GUERRE. — M. le médecin-inspecteur Rouvillois, directeur du Service de santé de la 10e région, a été nommé directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, à Paris, à compter eu 6 septembre 1927.

M. le médecin-inspecteur Dopter, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, a été nommé chef supérieur du Service de santé de l'armée du Rhin, à compter du 6 septembre 1927 (*J. O.*, 3 sept. 1927).

— Liste de classement, par ordre de mérite, des médecins et pharmaciens-majors de 2e classe et aides-majors de 1re classe ayant effectué nn stage à l'Ecole d'application du Service de santé militaire en 1926-1927 :

Médecins. — 1. MM. Carrot, Carillon (Raymond), Loustric, Leboucq, Tournadre, Hamon, Meidinger, Frejaville, Idrac. Le Renard, Carillon (René), Robert, Carrat, Gurriero, Fonta, Fort, Raynaud, Franchimont, Thabourin, Laur.

21. MM. Valette, Cosnier, Courrier, Rone, Cazalas, Gelard, Rollet, Friess, Steullet, Moulènes, Chausset, Calmet, Marty, Dufloz, Roussel, Sempe, Carrère, Cavailles, André, Foures.

41. MM. Lesbats, Moulines, Matinier, Cassou, Fouquet. Donon, Griolet, Martin, Dérennes, Sacaze, Raganeau, Labrousse, Koehren, Crebassa, Valla, Authier, Lerich, Rouanet, Martinet, Dosdat.

61. MM. Combescot, Guérin, Vernhet, Henry, Drayet, Carite, Rey, Kieffer. Gensout, Couillard.

71. MM. Marteau, Eloin.

Pharmaciens. — 1. MM. Meesmaecker, Bertrand, Rey, Rouche, Larroque, Bordes, Boneil, L'Azou.

SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Liste, par ordre de mérite, des médecins et pharmaciens aides-majors sortant de l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales, à Marseille :

Médecins. — 1. MM. Bordes, Freyche, Long, Labbe, Sainz, Bonnet (René), Nicolas, Mondain, Taleo, Gourmelon, Lieurade, Alain, Dumas, Kervingant, Bigot, Le Tallec, Buquet, Gruvel, Gabiran, Bonnetblanc.

21. MM. Moreau, Pieri, Saint-Etienne, Grinsard, Favre, Vallé, Durand, Courtier, Vialard-Goudou, Palud, Le Bouar, Fournier, Guitton, Coussin, Lanzalavi, Hochstetter, Blocquaux, Renaud, Passerieux, Besson.

41. MM. Huchon, Balzeau, Morvan.

Pharmaciens. — 1. MM. Provost. Bonnet (Pierre), Cornec, Costéou.

MARINE. — M. le médecin général de 2e classe Barrat a été placé dans la 2e section (réserve) du cadre des officiers généraux du corps de santé de la marine pour compter du 7 septembre 1927.

A été promu dans le corps de santé de la marine, pour compter du 20 août 1927 :

Au grade de médecin principal : M. le médecin de 1re classe Larroque.

M. le médecin général de 2e classe Brugère (M.-J.-P.-L.-J.), nommé directeur de l'École principale du Service de santé de la marine à Bordeaux, prendra ses nouvelles fonctions le 20 septembre 1927.

M. le médecin en chef de 1re classe Auregan (P.-M.), promu médecin général de 2e classe pour compter du 7 septembre 1927, est désigné pour remplir les fonctions de directeur du Service de santé de la 4e région maritime.

JOURNÉES MÉDICALES D'ÉGYPTE. — Nous recevons le communiqué suivant :

« Les Journées médicales d'Égypte, organisées par le Comité de la *Revue des maladies des pays chauds* et auxquelles de nombreuses personnalités égyptiennes ont bien voulu accorder leur patronage et promettre leur collaboration, auront lieu du 15 au 24 décembre 1927 au Caire.

Le Comité a accepté d'envisager la proposition faite au nom du Gouvernement égyptien, il y a deux mois, par un délégué officiel, de faire coïncider les Journées médicales avec le Centenaire de l'hôpital Kasr-El-Aïni, fondé en 1825, et était disposé à établir une relation étroite entre ces deux manifestations.

Une réunion des représentants des Journées médicales et du Centenaire devait avoir lieu le 25 juillet à la Légation d'Egypte à Paris, pour arrêter les détails définitifs. Cette réunion n'a pu avoir lieu par suite de l'absence des délégués officiels du Gouvernement égyptien.

Le Comité rappela à plusieurs reprises la réponse promise.

Le 10 août, les notes des Légations égyptiennes de Londres, Paris, Bruxelles annonçaient à sa très grande surprise qu'il n'existait aucun rapport entre « ce qu'on appelle les Journées médicales » et le Centenaire.

Malgré son vif désir de donner satisfaction à la demande du Gouvernement égyptien et en raison des nombreuses protestations de ses adhérents et des engagements pris, joints au retard de la réponse promise, le Comité ne put à grand regret que maintenir la date précédemment fixée de ces Journées. Aussi a-t-il proposé, pour assurer néanmoins, cette coïncidence désirable, d'avancer plutôt à décembre 1927 le Centenaire, projeté provisoirement pour 1928 et qui, d'ailleurs, est en retard de deux ans déjà.

Il maintient sa promesse d'assurer sa plus large participation pour faciliter de son mieux la célébration du Centenaire, lui réservant le cas échéant une part dans le programme des Journées médicales de décembre 1927.

Une note prochaine fera connaître les facilités de voyage qui seront consenties aux adhérents.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général, 32, rue Gay-Lussac, Paris (Ve). »





LA ZONE RÉFLEXOGÈNE CAROTIDIENNE

(NOTE PRÉLIMINAIRE)

Par D. DANIELOPOLU,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bucarest,
Directeur de l'Institut clinico-médical B, hôpital Filantropia,

et A. ASLAN, I. MARCU, G. G. PROCA et E. MANESCO,
Assistants de l'Institut.

Lorsqu'on comprime chez l'homme le paquet vasculo-nerveux du cou au-dessous de l'angle de la mâchoire, il se produit une série de phénomènes réflexes caractérisés par des modifications de la respiration (1), de la motilité viscérale (2) et de la circulation (3).

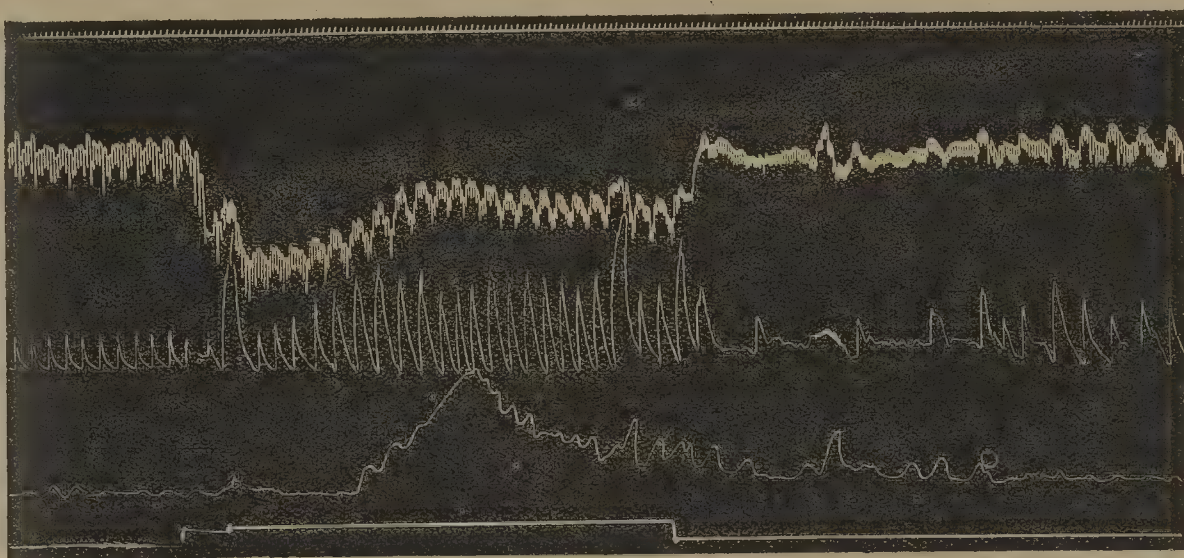
Les recherches sur le chien nous démontrent que tous ces phénomènes sont d'origine réflexe, dus à l'existence des filets centripèdes du *sinus carotidien* (c'est-à-dire du point de bifurcation de la carotide primitive en carotide externe et carotide interne). En dehors de cette région, un autre point produit chez le chien certains réflexes; ce point est situé sur la *carotide externe* au niveau de l'origine de la faciale.

Mais cette deuxième région a une importance moindre.

Nous appelons ces deux points : *zones réflexogènes carotidiennes*.

1° *Phénomènes respiratoires.* — La compression du sinus carotidien produit chez l'homme comme chez le chien une modification nette dans le rythme respiratoire. Cette modification prend naissance aussi lorsque l'on excite mécaniquement la paroi interne du sinus à l'aide d'une pince. Le phénomène respiratoire pouvait être provoqué aussi dans quelques-unes de nos expériences en comprimant la carotide externe à l'origine de la faciale.

2° *Phénomènes circulatoires.* — La compression digitale ou l'excitation de l'endartère du sinus carotidien produit une baisse de la pression sanguine et un ralentissement du rythme suivi d'accélération Mais quelquefois le ralentissement n'existe pas ou



Chien. — Morphine-uréthane. — Temps : 1 seconde.
Haut : pression sanguine. — Milieu : respiration. — Bas : intestin grêle.

est peu marqué et remplacé par une accélération du cœur. Chez l'homme nous avons trouvé quelquefois un ralentissement avec une élévation de la pression; d'autres fois une baisse de la pression avec ralentissement du rythme, suivie d'une hausse de la pression sanguine; d'autres fois enfin, une simple élévation de la pression sanguine.

Nous appelons ce réflexe, considéré par Hering comme exclusivement dépresseur, réflexe presseur-dépresseur carotidien.

3° *Phénomènes viscéraux.* — La compression du sinus produit chez l'homme une inhibition de l'estomac. D'autres fois, la phase d'inhibition est suivie d'une phase d'exagération de la contractilité.

Sur l'estomac du chien, nous avons obtenu une inhibition, suivie ou non d'exagération. Sur l'intestin, nous avons obtenu une exagération, mais il n'est pas exclu que dans d'autres expériences, nous obtenions une inhibition.

La figure qui accompagne cette note montre les effets circulatoires, respiratoires et sur la motilité intestinale de l'excitation du sinus carotidien.

4° *Phénomènes moteurs.* — Pendant la compression l'on remarque quelquefois des convulsions généralisées de l'animal.

5° *Phénomènes douloureux.* — La compression est souvent douloureuse, malgré que l'animal est anesthésié. Mais tous les phénomènes décrits plus haut ne sont pas dus à la douleur, car ils se produisent même lorsque cette dernière ne prend pas naissance.

6° Chez le chien, nous avons trouvé une grande abondance de nerfs qui vont au sinus et qui sortent du vague, du ganglion cervical supérieur et du glosso-pharyngien.

(1) D. Danielopolu. *C. R. Soc. de biol.*, Paris, 1925, t. XCII. — D. Danielopolu, Simici et C. Dimitiu. *C. R. Soc. de biol.*, 1925, t. XCII.

(2) D. Danielopolu, C. Simici et C. Dimitiu. *C. R. Soc. de biol.*, 1925 et *Arch. internat. de physiol.*, 1925.

(3) D. Danielopolu et G.-G. Proca. *Arch. des maladies du cœur.*

7° *Rôle physiologique des zones réflexogènes carotidiennes.* — Tout se passe comme si ces régions étaient des zones réflexogènes qui régularisent de nombreuses fonctions végétatives et peut-être même cérébro-spinales.

8° *Certaines déductions thérapeutiques dans la chirurgie végétative.* — L'existence d'une zone réflexogène qui régularise les fonctions du système végétatif, nous fait penser à une série de méthodes de traitement par l'intervention sur les nerfs de la carotide.

Nous parlerons pour le moment de trois genres d'affections :

a. Epilepsie. — Nous avons signalé le fait que l'excitation du sinus produit quelquefois des convulsions généralisées de l'animal. Les phénomènes végétatifs (respiratoires et circulatoires) qui apparaissent dans le courant de l'accès d'épilepsie essentielle, les modifications du tonus végétatif que nous avons trouvées pendant l'accès et dans leurs intervalles chez les épileptiques, le rôle indubitable de certains réflexes dans la production de l'accès d'épilepsie, nous conduisent à nous demander si, en sectionnant les nerfs qui vont au sinus carotidien et peut-être aussi le filet nerveux qui longe la carotide externe au niveau de la faciale, l'on ne pourrait pas modifier les accès ou les faire disparaître. L'on pourrait peut-être aussi dénuder ces artères.

b. Nous pensons de même à toute une série de *névroses végétatives*, aux malades appelés névropathes, qui présentent un état d'hypotonie et des troubles végétatifs intenses, analogues sur beaucoup de points aux phénomènes que nous obtenons en excitant le sinus. Ces névroses pourraient être modifiées par la section de ces nerfs ou la dénudation des zones réflexogènes carotidiennes.

c. Le traitement de l'hypertension et de l'hypotension permanente pourrait de même profiter de l'étude de ces réflexes et de l'application de ses résultats au traitement chirurgical.

Nous ne faisons naturellement jusqu'à présent que des suggestions, nous réservant de revenir avec détail dans des travaux ultérieurs.

EMPOISONNEMENTS PAR LES CHAMPIGNONS SECS

Par D. OLMER,

Professeur à l'École de médecine de Marseille,
Médecin des hôpitaux.

L'expérimentation et la clinique ont depuis longtemps prouvé que la dessiccation ne diminue pas à coup sûr la nocivité des champignons vénéneux.

Les champignons secs sont surtout utilisés dans le Midi de la France, mais leur consommation tend actuellement à se répandre : aussi n'est-il pas sans intérêt d'attirer l'attention des médecins et des consommateurs sur les intoxications qu'ils peuvent occasionner et d'obtenir des Pouvoirs publics les mesures destinées à éviter leur renouvellement et aussi à rassurer le public et à ne pas nuire à la vente de cette denrée très recherchée dans certaines régions et dont la valeur alimentaire n'est pas négligeable.

C'est à la suite de l'observation dans trois familles de sept cas d'empoisonnement que j'ai signalé ces faits au Comité médical des Bouches-du-Rhône (1), puis au Conseil départemental d'hygiène. Mes observations ne sont pas restées isolées : des intoxications analogues ont été publiées dans cette même période par Silvan et par Lop; d'autres m'ont été communiquées par divers médecins.

Données expérimentales. — Les premières expériences remontent à 1793 et sont dues à Paulet (2) qui a fait une série d'essais sur la toxicité des champignons en se servant d'amanites : le champignon, desséché au four au point qu'il avait perdu le 7/8 de son poids, fut donné à un chien et « produisit le même effet que lorsqu'il est frais, c'est-à-dire la mort ».

Boudier (3) a donné à de petits animaux de la poudre d'amanite bulbeuse et toujours ils ont succombé. Il a également constaté chez les russules et les lactaires que le principe qui détermine l'âcreté « n'est ni détruit ni volatilisé, mais bien seulement modifié et qu'on peut toujours le retrouver ».

Letellier et Speneux (4) ont tué ou engourdi des chats et des lapins par l'infusion de 3 à 6 grammes d'amanite bulbeuse desséchée depuis plusieurs années.

De Krapt a montré que les propriétés de la russule émétique n'étaient altérées ni par l'ébullition, ni par la dessiccation.

Planchon (5) a fait sécher au soleil de fausses oronges; il les a données ensuite à deux chiens qui n'ont fait que goûter à la soupe et qui pourtant ont eu, peu après, des vomissements, sans trouble plus important.

Par contre, Harnach (6) pense qu'il existe dans la fausse oronge un poison qui lui est propre, qui disparaît ou se détruit par la dessiccation, alors que la muscarine subsiste dans les échantillons desséchés.

De même Inoko (7) a constaté que la dessiccation fait perdre à l'A. pantherina une partie de sa toxicité.

Ces diverses expériences sont relatées par Cordier (8) qui a étudié en détail dans sa thèse l'influence de la dessiccation sur la toxicité des champignons. Il a montré que les amanites vénéneuses sont toxiques après comme avant la dessiccation, que les russules et les lactaires âcres perdent, suivant les espèces, tout ou partie de leur âcreté, et, la russule émétique exceptée, peuvent être consommés

(1) Olmer et Rougon. *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, janv. 1927.

(2) Paulet. *Traité des champignons*, t. II, p. 330.

(3) Boudier. *Des Champignons au point de vue de leurs caractères usuels chimiques et toxicologiques*, 1865.

(4) Letellier et Speneux. *Expériences nouvelles sur les champignons vénéneux*, 1866.

(5) Planchon. *Th. de Montpellier*, 1883.

(6) Harnach. *Arch. f. exper. Path. und Pharm.*, 1875; — Harnach et Schniedeberg. *Id.*, 1877.

(7) Inoko. Action toxique de Am. panth. japonaise, *Arch. f. exper. Path.*, t. XXVII.

(8) Cordier. Essai sur la toxicité de quelques champignons avant et après leur dessiccation, *Th. de Lyon*, 20 janv. 1899.

sans danger; les bolets, dont aucun n'est peut-être réellement dangereux, deviennent inoffensifs; de même le principe toxique volatil des helvelles disparaît à la dessiccation, mais il n'est pas certain qu'il ne leur en reste pas un autre probablement beaucoup moins dangereux.

Des expériences très précises de Radais et Sartory (1) ont également établi pour les amanites que, si l'amanite citrine perd sa toxicité, des espèces très vénéneuses comme A. phalloïdes, A. verna, ainsi que Volvaria gloiocephala, restent des poisons à peu près aussi actifs après avoir été desséchés.

On peut résumer de la façon suivante les résultats fournis par l'expérimentation :

Certaines espèces, comme les amanites à l'exception de l'amanite citrine, conservent leur poison sans atténuation notable.

D'autres, comme les helvelles et peut-être les morilles, renferment un principe toxique volatil qui est soluble dans l'eau et qui disparaît à la dessiccation : aussi ne sont-ils nocifs qu'à l'état frais et peuvent-ils être consommés sans danger après avoir été bouillis ou séchés.

D'autres encore, comme les lactaires, les bolets et presque toutes les russules, se débarrassent à peu près complètement de leurs principes toxiques par la dessiccation. Une fois secs, ces champignons, la russule émétique exceptée, peuvent être mangés impunément. Peut-être faudrait-il faire quelques réserves pour les russules où l'expérimentation n'a encore porté que sur un petit nombre d'espèces (R. perninata, R. Queletii et R. pucata).

Faits cliniques. — Les empoisonnements par champignons secs, qui étaient exceptionnels autrefois, puisque Cordier n'en a en 1899 retrouvé aucune observation dans la littérature médicale, deviennent actuellement de plus en plus fréquents.

Azoulay (2) a rapporté en 1921 un cas d'empoisonnement observé à Vence (Alpes-Maritimes) en 1917; en 1924 il a publié deux empoisonnements survenus à Gannat, dans l'Allier, et ayant intoxiqué neuf personnes.

Offner (3) a observé à Grenoble sept cas d'intoxication à la suite d'un repas où furent servis dans un restaurant des champignons conservés par dessiccation.

Des faits analogues ont été signalés, en particulier à Vienne (Isère) par Offner, à Condrieu (Rhône) à la suite de l'ingestion de champignons secs achetés à Lyon par Azoulay.

J'ai observé, pour ma part, trois empoisonnements qui ont frappé sept personnes.

I. — Mme B..., quarante ans, est prise soudain dans la nuit du 15 octobre, vers 23 heures, de vomissements incessants et extrêmement douloureux, alimentaires, puis bilieux. Elle est angoissée, dyspnéique; elle se plaint de fourmillements dans les membres, de crampes pénibles; et elle présente des lipothymies avec sueurs profuses.

On pense aussitôt à une intoxication alimentaire et on apprend que la malade a mangé au repas du soir des champignons secs. M. B... et leur fils les ont trouvés amers et en ont peu mangé; ils ont eu quelques malaises sans gravité, des vertiges, des nausées, deux ou trois vomissements; puis tout est rentré dans l'ordre.

Mais Mme B..., qui a fait un repas plus copieux, a été plus gravement atteinte. Dans l'intervalle des vomissements, elle se plaint de douleurs violentes à l'épigastre et de coliques avec diarrhée. Elle a des vertiges très pénibles qui l'obligent à garder les yeux fermés dans son lit et à éviter tout mouvement.

Les vomissements et les vertiges persistent toute la nuit; le lendemain la malade ne vomit plus; puis, peu à peu les douleurs abdominales s'estompent, la diarrhée s'atténue. Les vertiges et les fourmillements subsistent seuls pour disparaître le troisième jour, et il ne reste plus pendant une semaine qu'un peu de fatigue et de faiblesse dans les jambes.

Les champignons avaient été achetés dans une épicerie du voisinage; le commerçant prévenu en a aussitôt suspendu la vente.

II. — Trois semaines après, le 6 novembre dernier, Mme L. H... est gravement atteinte quelques heures après avoir mangé à son repas du soir une fourchettée de champignons secs en omelette. Son mari les a trouvés amers et les a laissés; cependant il a eu un vomissement dans la nuit.

Le tableau est extrêmement dramatique. La malade est très pâle et prostrée; elle ne répond pas aux questions ou ses réponses sont inintelligibles; elle gémit sans cesse; les vomissements sont continuels et il y a aussi des coliques et de la diarrhée. Le pouls est petit. Le corps est couvert de sueurs profuses.

Le début des accidents remonte à vingt-trois heures.

Les troubles s'atténuent le lendemain; les vomissements se calment et il semblait que tout allait rentrer dans l'ordre. Cependant la malade restait toujours un peu prostrée et indifférente, se plaignant seulement par intervalles de souffrir du ventre et d'avoir quelque difficulté à uriner.

Après cette rémission, qui a duré plus de deux jours, la malade est prise brusquement dans la nuit d'une agitation extrême; elle se jette violemment en arrière, s'arrache les cheveux, pousse des cris, ne reconnaît pas ses proches. Mais elle ne tarde pas à tomber dans le coma; ses membres sont en résolution complète et les téguments sont insensibles à la piqûre; les réflexes sont exagérés.

De temps en temps la malade porte la main à sa tête et pousse de longues plaintes; mais il est impossible d'obtenir la moindre réponse. Les pupilles sont paresseuses; les cornées sont insensibles. Vers 6 heures du matin le pouls est mieux frappé et on pratique une saignée de 300 grammes environ qui amène quelque amélioration. Dans la matinée le coma est moins profond. Mais l'état reste grave le 9 et le 10 novembre. La torpeur et la parésie des membres inférieurs persistent encore, mais la malade recouvre peu à peu sa connaissance; elle se plaint surtout de céphalées et de vertiges et il lui est impossible de s'asseoir dans son lit.

Peu à peu les signes s'amendent, et le 15 novembre, c'est-à-dire neuf jours après le début des accidents, la malade est en état de se lever, mais elle marche en titubant et la faiblesse persiste encore pendant quelques jours.

Les champignons avaient été achetés dans une épicerie du quartier.

III. — M. et Mme B..., âgés de cinquante et de cinquante-deux ans, mangent le 24 janvier 1927, à 13 heures, des pâtes

(1) Radais et Sartory. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 26 déc. 1911 et 8 juillet 1912. — Sartory. *Les Champignons vénéneux*, Barbier, Nancy 1914.

(2) Azoulay. *Soc. de path. comparée*, 5 août 1921; — *Revue et Soc. de path. comparée*, juin 1922; — *Bull. de la Soc. mycol. de France*, 1924, t. XL, p. 190.

(3) Offner. *Bull. de la Soc. mycol. de France*, 1922, t. XXXVIII, p. 106.

préparées avec des champignons secs (100 grammes environ pour tout le plat) provenant d'un marchand du voisinage.

Mme B... commence à être indisposée deux heures après : elle vomit, a des lipothymies, un pouls filiforme. Puis, vers 17 heures, la diarrhée commence. Vomissements et diarrhée persistent une partie de la nuit.

M. B... est pris de vomissements et de diarrhée (trois ou quatre selles avec coliques) six à sept heures après l'ingestion.

L'un et l'autre ont rapidement guéri, sans incident.

Presque tous les cas signalés reproduisent le même tableau clinique : quelques heures après l'ingestion, ce sont des nausées, des vomissements, puis des coliques et de la diarrhée ; ces troubles s'accompagnent de malaises pénibles, souvent de lipothymies avec accélération du pouls. Les accidents durent quelques heures, se prolongent exceptionnellement un jour ou deux. La convalescence est plus ou moins rapide, ne dépassant guère une ou deux semaines dans les cas les plus sérieux.

Il s'agit, en somme, de troubles gastro-intestinaux, pénibles et quelquefois impressionnants, mais au demeurant sans véritable gravité.

Il n'en a pas été de même pour la malade dont l'observation est rapportée au paragraphe II. L'évolution s'est faite dans ce cas en trois périodes :

1° Au début, les troubles gastro-intestinaux ont prédominé : vomissements, coliques, diarrhée, s'accompagnant de lipothymies, de sueurs profuses, de prostration.

2° Dès le lendemain, ces troubles s'atténuent, mais la malade reste déprimée et indifférente et a encore quelques coliques. Les choses vont ainsi tant bien que mal pendant quarante-huit heures.

3° Brusquement, le tableau s'aggrave; des accidents nerveux apparaissent : délire, coma, parésie des membres inférieurs. Puis la malade reprend connaissance, mais conserve de la céphalée, des vertiges. Ce n'est que neuf jours après l'ingestion du repas dangereux que la malade peut commencer à se lever, mais elle marche en titubant. La convalescence dure plusieurs jours encore.

C'est l'évolution, ce sont les rémissions trompeuses et les troubles nerveux caractéristiques de l'empoisonnement muscarinien, dont la terminaison est du reste en général favorable.

Par contre, les autres cas observés rappellent plutôt l'empoisonnement par les russules et les lactaires qui déterminent des gastro-entérites et se comportent comme des purgatifs drastiques.

Espèces identifiées dans les expertises. — Il n'est pas toujours facile de reconnaître les champignons toxiques lorsqu'ils ont été desséchés et surtout lorsqu'ils ont été réduits en poudre.

Dans les cas d'Offner, les champignons consommés appartenaient à trois espèces servies en mélange : des cèpes et deux russules qu'il n'a pas pu déterminer avec certitude, mais auxquelles il attribue l'empoisonnement.

Azoulay, pour les cas de Gannat, n'a pas pu retrouver d'espèces toxiques dans les échantillons examinés.

Maheu (1) a examiné pour le service de la répression des fraudes de nombreux échantillons de champignons secs; il n'a, en 1926, retenu que deux observations. Le premier échantillon provenait de Marseille et était constitué en presque totalité par des bolets, mais il put identifier un fragment qui lui a paru pouvoir être rapporté à l'amanita vaginata, considéré partout comme comestible, et des fragments de russules dont nous connaissons, dans certains cas, l'action nocive sur le tube digestif.

La deuxième observation n'a pas permis une détermination précise, et l'auteur se demande si les accidents constatés doivent être attribués à une altération putride des cèpes ou à la présence d'une amanite vénéneuse, comme semblerait l'indiquer l'examen d'un petit fragment d'une espèce à lames.

A Marseille, diverses recherches ont été pratiquées par M. le professeur Gabriel qui a pu identifier une russule, la russule rouge, dans un cas où l'on avait constaté des accidents comparables à ceux que j'ai observés.

En règle générale, je le rappelle, ces accidents rappellent les troubles provoqués par l'ingestion de certaines russules. Dans un cas cependant, où l'espèce n'a pas été identifiée, la symptomatologie a reproduit le syndrome dit muscarinien. Il n'est pas impossible que certaines russules contiennent des poisons de type muscarinien; mais il est peut-être plus logique d'admettre que plusieurs espèces nuisibles ont pu se mélanger dans le lot dangereux livré à la consommation.

Il ne faut pas oublier, d'autre part, que des champignons avariés, mal récoltés et desséchés dans de mauvaises conditions, peuvent contenir des cryptomaïnes dues à la putréfaction et déterminer des intoxications.

Mesures a prendre pour éviter les empoisonnements. — A la suite du cas d'empoisonnement collectif communiqué par Offner, la Société dauphinoise d'études biologiques, dans sa séance du 22 décembre 1921, a émis le vœu « qu'un contrôle soit exercé sur la vente de ces produits alimentaires..... Il serait à désirer que la vente des espèces faciles à reconnaître sur le sec fût seule autorisée, et que, d'autre part, la vente d'espèces différentes en mélange fût interdite, afin que la vérification en soit plus aisée ».

Martin-Claude (2) avait en 1921 attiré l'attention sur les champignons séchés provenant du Rouergue et vendus sur le marché de Paris, et il réclamait un contrôle analogue à celui qu'exercent les services sanitaires dans les fabriques de conserves de viande.

Des vœux dans ce sens ont été également émis par la Société mycologique de France le 1er juin 1922, par la section de la Société linnéenne de Lyon à Vienne, et tout récemment le Conseil départemental d'hygiène des Bouches-du-Rhône, sur ma

(1) Maheu. *Bull. de la Soc. mycol. de France*, 1926, t. XLII, p. 139.

(2) Martin-Claude. Les champignons séchés sur le marché de Paris, *Bull. de la Soc. mycol. de France*, 1921, t. XXXVII, f. 4, p. 148.

proposition, a décidé de transmettre un vœu analogue à M. le Préfet des Bouches-du-Rhône, à M. le Maire de Marseille et aussi à M. le Préfet de la Lozère, d'où proviennent en majeure partie les champignons secs.

Pour l'institution du contrôle, il conviendrait de s'inspirer de l'arrêté pris à la date du 10 février 1922 par le maire de la ville de Grenoble et du projet très complet rédigé par Azoulay (1).

1. Le contrôle devrait s'exercer d'abord à l'origine dans les pays de production. Le centre le plus important paraît être le Rouergue, mais il y a un peu partout, et dans le midi de la France plus spécialement, des particuliers qui préparent des champignons secs pour leur consommation personnelle ou même pour la vente : ils sont plus difficiles à atteindre. Si le commerce des champignons secs continue à se développer, il faudra exiger la déclaration et le contrôle : seront seuls autorisés au même titre que les fabricants de conserves les industriels ou les vendeurs offrant toute garantie.

2. Certains champignons secs peuvent provenir de l'étranger, de l'Italie en particulier; par une réglementation appropriée, il faudrait exiger un contrôle sévère à la frontière, comportant la déclaration et la vérification en douane.

3. Les mesures à prendre par les municipalités ont été bien précisées par Azoulay et sont du reste susceptibles d'être modifiées suivant les conditions locales. Elles s'appliquent aux champignons secs et aux conserves. En voici les points essentiels :

1° Déclaration de fabrication ou de vente.

2° Limitation et désignation des espèces autorisées. On n'autorisera qu'un petit nombre d'espèces, choisies parmi les plus communes, les plus faciles à distinguer à l'état frais et sec. Il serait préférable de proscrire la vente de champignons en poudre, dont la vérification est malaisée.

3° Séparation des espèces pour faciliter le contrôle.

4° Vérification par des inspecteurs expérimentés ayant appris, par un stage préalable dans un marché important, à distinguer les espèces comestibles des champignons frais et des champignons secs.

5° Ecriteau apposé sur les espèces mises en vente et indiquant qu'elles ont été vérifiées.

4. Pour les champignons recueillis pour la consommation personnelle, recommander de limiter la cueillette à trois ou quatre espèces parfaitement connues, et instituer, si possible, la vérification gratuite par les municipalités.

5. D'une façon générale, indiquer les précautions pour la bonne récolte et la bonne conservation. En effet, comme le remarque Azoulay, les champignons secs, même bons, peuvent empoisonner si, à l'état frais, ils étaient trop âgés, véreux, en mauvais état ou gâtés, ou s'ils ont été séchés trop lentement. Une fois séchés, les champignons doivent être conservés par les récoltants ou les marchands dans des lieux secs et aérés, à l'abri des poussières et des souillures; les morceaux altérés et moisis doivent être jetés.

(1) Léon Azoulay. Les empoisonnements dus aux champignons secs. Mesures à prendre par les municipalités, *Revue* et *Soc. de path. comparée*, juin 1922.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 AOUT 1927)

Transmission expérimentale du spirochète de la récurrente espagnole par l' « ornithodorus moubata » et mécanisme de cette transmission. — MM. Charles Nicolle et Charles Anderson.

(SÉANCE DU 29 AOUT 1927)

Contribution à l'étude des tumeurs spontanées. — MM. F. d'Hérelle et E. Peyre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 JUILLET 1927)

Sur les diurétiques mercuriels. — M. Pasteur Vallery-Radot rapporte un cas où le novasurol eut une action des plus remarquables. Il s'agit d'un malade avec insuffisance cardiaque et insuffisance rénale, foie cirrhotique, ascite, œdèmes considérables des membres inférieurs. Les diurétiques, les toni-cardiaques étaient sans action. On était obligé d'appliquer sur les membres inférieurs des tubes de Southey et de faire des ponctions d'ascite répétées. Une première injection intramusculaire de 2 centimètres cubes de novasurol augmenta la diurèse, mais cette action ne se maintint pas. Deux injections ultérieures furent inefficaces. Pensant que l'inefficacité de ces dernières injections s'expliquait du fait qu'elles avaient été pratiquées dans l'œdème de la région fessière et non en plein muscle, une nouvelle injection fut faite dans la région deltoïdienne où il n'y avait pas d'œdème. Dans les vingt-quatre heures qui suivirent, le malade qui n'urinait plus que 200 à 300 centimètres cubes, urina quatre litres et les jours suivants la diurèse, sans rester aussi élevée, se maintint bonne, les œdèmes diminuèrent ainsi que l'ascite, la dyspnée s'amenda. Depuis, on fait presque toutes les semaines une injection de novasurol. L'action du médicament ne s'épuise pas. Le mamalade urine, les œdèmes ont presque complètement disparu, l'ascite persiste mais en faible quantité et l'on n'a plus jamais besoin de recourir aux ponctions évacuatrices. Cet homme a repris une vie des plus actives.

Il est peu de cas où l'action d'un diurétique se soit manifestée d'une façon aussi remarquable que dans cette observation.

Aspects radiographiques au cours du cancer du poumon. Image en cadre. — MM. Garnier, Cathala, Ourmansky et Chêne présentent les pièces d'un cancer primitif du poumon creusé d'une volumineuse poche suppurée ayant donné lieu à une vomique. La cancérisation secondaire des parois d'un abcès paraît le plus vraisemblable. Les images radioscopiques de la lésion ont présenté des variations assez déconcertantes, puisque dans le délai d'un mois, on a pu voir la même lésion s'extérioriser par une opacité diffuse du lobe supérieur avec attraction et ascension de la scissure, puis par une sorte de cadre opaque juxta-hilaire, enfin par une masse obscure ponctuée de taches plus claires donnant dans l'ensemble un aspect mie de pain.

Sur un cas de septicémie à pneumobacille de Friedlander et à staphylocoque doré survenue après l'accouchement. —

MM. Ribadeau Dumas et Chabrun rapportent un cas ayant évolué sans localisation. Le trypaflavine semble avoir eu une heureuse influence sur la chute de la température.

Syndrome de Stokes Adam passager au cours d'accidents sériques à la convalescence d'un érysipèle. — M. de Lavergne.

Sarcomatose osseuse. Généralisation à la colonne vertébrale. Syndrome méningo-radiculaire. — MM. Gaté, Dechaume, Paufique et Exaltier insistent sur l'absence de signes de compression et le syndrome méningo-radiculaire.

Cancer du foie secondaire à évolution rapide. — MM. Lenoble et Bertho (de Brest) publient un cas de néoplasme secondaire du foie à hypertrophie rapide et décès en trois semaines. Le point de départ de la tumeur est resté obscur (déroulement du tractus digestif sans lésion). Ils attribuent la tumeur à un accident survenu en 1925, qui a entraîné la perte de l'œil. Le sarcome mélanique ainsi observé a évolué sans signe et sans douleur.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 8 avril 1927)

L'infection gonococcique génitale d'emblée chez l'homme (sans urétrite blennorragique préalable). — M. Charles David attire l'attention sur les infections gonococciques qui traversent l'urètre chez l'homme sans y déterminer de réaction inflammatoire, ni d'écoulement et qui, passant totalement inaperçues, vont se loger d'emblée dans la prostate et les vésicules séminales. Une fois installé dans ces organes, le gonocoque peut y sommeiller pendant un temps variable, allant jusqu'à plusieurs années, sans y déterminer aucun trouble apparent; il peut se réveiller à un moment quelconque avec ou sans cause occasionnelle et déterminer, soit une complication locale (vésiculite ou prostatite suppurée, orchite), soit un écoulement urétral, véritable urétrite descendante. Ces porteurs de germes sont très dangereux parce qu'inconscients ils peuvent être contagieux; seule, la spermo-culture permet d'éclairer le diagnostic. Il convient de traiter ces malades par les massages de la prostate et des vésicules séminales, ainsi que par la vaccinothérapie.

La fièvre d'invasion bacillaire et la dissociation des progrès du laboratoire et de la clinique. — M. Georges Rosenthal.

Valeur du pH urinaire. — M. R. Goiffon montre que le pH ne mesure pas la totalité des acides émis par l'urine; c'est une qualité chiffrée qui est fonction de la quantité des acides neutralisés par des bases minérales ou l'ammoniaque. Cette mesure physico-chimique doit être complétée par le dosage chimique des constituants de l'acidité. Elle ne constitue qu'un progrès sur le papier de tournesol.

Le traitement du vertige d'origine intestinale par l'auto-vaccination par voie buccale. — M. Gaehlinger rapporte les bons effets de l'auto-vaccination par voie buccale dans l'infection intestinale, dans ses symptômes primaires (colites, constipation infectée et spasme) et dans ses symptômes secondaires (pyélonéphrites, urticaires, troubles nerveux, certaines hypertensions, etc.). Il se sert d'un vaccin bouillon, riche en exotines, en endotoxines et en produits de lyse spontanée (procédé Gaehlinger-Bécart).

On obtient une vaccination biliée par la propre bile du malade en faisant ingérer une demi-heure auparavant, un cholagogue actif, tel que l'eau de Châtel-Guyon prise à la source. Cette vaccination est toujours bien tolérée et ne donne jamais lieu à aucun incident. L'auteur rapporte notamment deux observations de vertiges graves d'origine intestinale guéris par cette méthode nouvelle.

(Séance du 23 avril 1927)

Un cas de syphili-tuberculose pulmonaire. — M. Jacques Sédillot.

Un cas typique de syphili-tuberculose du poumon. — M. Melamet.

Effets modificateurs de la cure de Saint-Honoré sur la circulation pulmonaire éclairée par l'étude de la tension veineuse. — M. du Pasquier (de Saint-Honoré) a étudié la tension veineuse comme moyen d'exploration de la circulation pulmonaire en connexion avec la tension artérielle au cours de la cure de Saint-Honoré. Il en tire d'intéressantes déductions sur l'état de la circulation du poumon chez les emphysémateux, scléreux et bronchiteux, et conclut que la cure thermale de Saint-Honoré a une action spéciale de stimulation sur la circulation du poumon chez ces malades même très âgés, qui, elle, aboutit finalement à un soulagement du cœur droit, et que les troubles cardio-pulmonaires au début constituent une indication spéciale pour la station de Saint-Honoré.

La naissance et la mort dans leurs rapports avec le sommeil et la nuit. — M. Laignel-Lavastine communique ses réflexions résultant d'une statistique poursuivie pendant un an sur la naissance et la mort dans leurs rapports avec le sommeil et la nuit. Il résulte de la statistique horaire des naissances relevées à la Pitié, dans le service du professeur Jeannin, que chaque mois le nombre des naissances a été plus grand de minuit à midi que de midi à minuit.

Relativement à la mort pendant la période du sommeil de 16 heures à 6 heures, il est mort en un an, dans le service de M. Laignel-Lavastine, 113 malades contre 83 qui sont morts dans la période de veille de 6 heures à 16 heures; de plus, 59 morts de 18 heures à minuit, répondant à la première période du sommeil. Il semble donc que cette étude horaire met, d'une part en évidence l'influence cosmique de la nuit sur les naissances, et, d'autre part, au point de vue des décès, montre non seulement l'influence cosmique de la nuit finissante, mais encore, et peut-être surtout, l'influence du sommeil. L'une et l'autre augmentant l'excitabilité du pneumogastrique, on conçoit que leur action se conjuguant prédispose à la mort.

Syphilis conjugales. — M. Galliot.

A propos de l'emploi de l'iode colloïdal par ingestion. — M. L. Lematte, répondant aux objections faites par MM. Delalbre et Baqué à propos de l'emploi de l'iode colloïdal par ingestion, appelle l'attention des praticiens sur l'emploi de préparations qui ne sont colloïdales que sur l'étiquette. Etant données les difficultés de préparation de l'iode colloïdal, M. Lematte aurait été heureux de trouver dans leur communication le mode de préparation du produit. M. Lematte rappelle, enfin, que les auteurs qui ont utilisé les métalloïdes ou les métaux à l'état colloïdal en injections hypodermiques ou intraveineuses signalent les échecs obtenus par ingestion. Il faut enregistrer avec intérêt que l'iode colloïdal des auteurs leur a donné d'excellents résultats pris par la bouche.

Quelques réflexions sur la statique abdominale et la pathologie : les dysstasies. — M. Mazeran (de Châtel-Guyon).

Essai de doctrine sur les cures thermales. — M. Lévy-Darras.

(Séance du 13 mai 1927)

Le baccalauréat médical. — M. Georges Rosenthal conclut que, par application des techniques cliniques modernes, la santé des enfants et adolescents doit être contrôlée à tous points de vue à des dates fixes, dont la plus importante

est la date correspondant au contrôle intellectuel du baccalauréat.

Technique opératoire d'une greffe testiculaire animale sur l'homme dans un cas atypique. — M. DARTIGUES.

Rhumatisme blennorragique tardif et à étapes éloignées. — MM. Mathieu-Pierre WEIL et GAUCHER.

Radiumthérapie du cancer de l'œsophage et du pharynx. Résultats immédiats et résultats éloignés. — M. Jean GUISEZ.

(SÉANCE DU 28 MAI 1927)

Rhumatisme blennorragique tardif. — M. Georges LUYS pense que le traitement local articulaire du rhumatisme blennorragique n'est que secondaire, tandis que la thérapeutique efficace à effectuer doit être dans la sphère génitale. La gravité du rhumatisme blennorragique et ses récidives dépendent, au moins dans 80 p. 100 des cas, d'infection gonococcique des voies génito-urinaires.

Chez l'homme, ce sont les vésicules séminales qu'il faut désinfecter pour prévenir le rhumatisme blennorragique ou en faciliter la guérison. Le lavage des vésicules séminales rend dans ces cas les plus signalés services.

Désintoxication arthritique. — M. Jacques SÉDILLOT présente quatre malades arthritiques guéris par la cure de désintoxication arthritique. Le premier, atteint d'un asthme rebelle et d'un eczéma généralisé effroyablement prurigineux et rebelle. Le second, de migraines intenses et fréquentes datant de l'enfance et, dix-huit mois plus tard, d'une grave sciatique-névrite. Ces guérisons se maintiennent depuis plus de deux ans. Le troisième malade présentait chaque jour depuis douze ans une céphalée tenace. Guérison en deux mois. Enfin, une jeune femme de trente-cinq ans a vu sa tension artérielle tomber en un an de 15-24 à 11-18 (hypertension probablement par hyperépinéphrie chez une grande neuro-arthritique).

Traitement du paludisme par la quinine sucrée intraveineuse. — M. Georges ROSENTHAL en s'appuyant sur les travaux antérieurs du professeur Carnot et sur les recherches du professeur Marchoux, montre que le vrai traitement du paludisme repose sur l'injection intraveineuse de quinine-uréthane en milieu sucré. La dilution doit être suffisante : 5 à 10 centimètres cubes par injection de 0,30 de bichlorhydrate de quinine. La dose quotidienne est de une à quatre injections. La dragéification de l'injection assure l'intégrité de la paroi veineuse, comme il l'a montré dès 1918, et comme les beaux travaux de R. Bénard l'ont confirmé pour le salicylate de soude. Toutefois, il insiste sur l'utilité d'employer des solutions sucrées fortes, en raison du rôle physique de l'excipient. Une solution sucrée à 10 p. 100 serait pour le paludisme d'une efficacité relative.

Apparition et évolution des adénites cervicales chez les glossoptosiques. — M. Pierre ROBIN.

Antipéristaltisme duodénal. — M. Roger RENAUX.

L'inquiétude, symptôme d'alarme dans les affections psychiatriques acquises. — M. Pierre KAHN.

Photo-sensibilisation. — M. FOVEAU DE COURMELLES.

Etiologie de quelques douleurs plantaires. — M. ROEDERER.

(SÉANCE DU 10 JUIN 1927)

Congrès de l'arthritisme. — M. LÉOPOLD-LEVI rend compte de la participation de la Société de médecine au Congrès de l'arthritisme de Vittel qui a été un grand succès et auquel ont pris part treize membres de la Société.

Apophysite calcanéenne postérieure de la dixième année. — M. PETIT DE LA VILLÉON décrit tout le tableau clinique d'une affection de la petite adolescence trop peu connue des médecins et même des chirurgiens. Ce sont les troubles inflammatoires qui se développent au niveau du cartilage de conjugaison qui soud le point d'ossification postérieur du calcanéum à la masse de l'os. Il s'agit de phénomènes larvés d'ostéomyélite, d'ostéochondrite auxquels s'ajoute une action traumatique, tendance à l'arrachement sous l'influence du puissant triceps sural à chaque pas, à chaque saut. En réalité, le pronostic est bénin. La guérison s'obtient en trois semaines par le repos et l'immobilisation dans une petite botte plâtrée fenêtrée, permettant l'application de pointes de feu en couronne sur l'apophyse calcanéenne postérieure.

Les diverticulites. — M. Victor PAUCHET signale qu'un grand nombre d'obèses et de sujets aux mésos gras, présentent des petits culs-de-sac échelonnés le long du côlon, et dans lesquels s'accumulent les matières fécales; ces culs-de-sac peuvent s'infecter et produire des accidents aigus comme l'appendicite. C'est ainsi que s'observent des abcès pelviens ou iliaques gauches, des fistules vésico-stercorales avec émission de gaz par la vessie, des poussées inflammatoires du côlon gauche qui, temporairement, font penser à une tumeur. Ces diverticulites sont plus fréquentes qu'on ne le croit et doivent être recherchées systématiquement à la radiographie chez les sujets présentant un syndrome intestinal vague. Les cas graves sont à traiter chirurgicalement soit par l'extériorisation de l'anse malade, soit par la résection.

Lymphogranulomatose localisée. — M. BÉCART présente une jeune fille de dix-huit ans atteinte de cette affection. Il rappelle à ce propos les différents diagnostics à envisager en cas d'adénopathie (syphilis, tuberculose, leucémie). Il montre la valeur de la biopsie qui apporte la certitude, en mettant en évidence les cellules de Sternberg, et insiste dans le cas particulier sur la co-existence d'une constipation invétérée avec stase du transverse à la soixantième heure, dont le traitement amena une diminution de la masse ganglionnaire, avec régression des symptômes de compression et amélioration de l'état général.

Présentation de deux groupes d'enfants glossoptosiques, avant et après le traitement eumorphique. — M. Pierre ROBIN. Le premier groupe est composé de cinq frères et sœurs, tous glossoptosiques, malingres et chétifs étagés entre douze et six ans d'âge. Ils ont tous été opérés deux fois des végétations adénoïdes sans résultats durables, sont restés des respirateurs par la bouche et présentent des troubles du développement physique et intellectuel.

M. Pierre ROBIN se propose de les traiter par sa méthode eumorphique et de les représenter dans un an très améliorés et en voie de devenir semblables à ceux du premier groupe. Ces enfants du second groupe chez lesquels la glossoptose est réduite, respirent maintenant uniquement par le nez sont également développés normalement au point de vue physique et psychique et jouissent d'une santé parfaite.

Diagnostic et traitement de la ptose du côlon transverse. — M. DUPUY DE FRENELLE expose que la chute du côlon transverse qui est sans importance par elle-même, n'entraîne des troubles graves que lorsqu'elle détermine une fermeture de l'angle hépatique du côlon droit. Lorsque cette fermeture est fixée par des adhérences, elle entraîne de la stase stercorale dans cæco-côlon ascendant; la stase détermine de la dilatation et de l'entérocolite. Ainsi, se trouve créée la dilatation douloureuse du côlon droit, souvent prise en clinique pour de l'appendicite. Lorsque l'angle hépatique est maintenu fermé, le seul traitement de cette affection paraît être l'opération qui supprime les adhérences et fixe la moitié droite du côlon transverse en position horizontale à la paroi abdominale anté-

rieure. L'auteur décrit la technique qu'il emploie et qui permet un large affrontement de l'intestin à la paroi.

(SÉANCE DU 25 JUIN 1927)

A propos des apophysites du calcanéum. — M. ROEDERER attire l'attention sur ce fait que la douleur est souvent extra-talonnière, polymorphe, ce qui donne lieu à bien des erreurs de diagnostic. Le plâtre n'est pas indispensable au traitement, et la durée est souvent fort longue et coupée de rechutes.

M. André TRÈVES. Les apophysites, bien connues maintenant, se présentent non seulement à l'épiphyse calcanéenne, mais aussi à la tubérosité tibiale, aux épiphyses vertébrales, etc. Avec Froelich, M. Trèves pense qu'il s'agit d'une infection atténuée. Le plâtre est en général inutile, mais il est parfois nécessaire d'intervenir chirurgicalement dans les cas aigus.

A propos des diverticules. — M. JOLY rappelle un aspect radiologique qu'on retrouve presque constamment dans les images des diverticules : c'est l'existence au-dessus de la matière opaque accumulée dans le diverticule, d'une zone claire traduisant une aéro ou pneumocolie lorsqu'on examine le malade debout.

Plexalgie brachiale après luxation de l'épaule et de son traitement. — M. GOMMES présente une malade, soixante-dix ans; compression du plexus brachial, à la suite de la réduction d'une luxation sous-coracoïdienne de l'épaule gauche, se manifestant par des douleurs persistantes de tout le membre supérieur, à forme périphérique multitronculaire. Emploi de la technique de ponction de Reding, plus prudente que celle de Kulenkampf. Injections de solutions isotoniques salines, diluant du chlorhydrate de cocaïne et du bromhydrate de scopolamine. Guérison.

Traitement des fractures récentes du col de fémur. — M. André TRÈVES relate dix observations; huit extra-capsulaires et deux cervicales ou sous-capitales. Deux extra-capsulaires, pour des raisons spéciales, ont été traitées par l'extension, avec d'assez bons résultats, mais un peu de raccourcissement. Les huit autres, après réduction sous anesthésie, ont été plâtrées à la Whitman sur la table orthopédique de l'auteur avec des résultats parfaits ou très bons. L'opéré est chaque jour couché sur le côté et levé dans un fauteuil pour éviter hypostase et escarres. L'immobilisation sera de cinquante jours pour les extra-capsulaires, de soixante jours pour les intra-capsulaires. Le lever sera autorisé une quinzaine de jours plus tard, après vérification clinique et radiologique de la consolidation. Lorsque la réduction est parfaite, la consolidation se fait presque constamment.

Arrêt d'une chute abondante de cheveux par le traitement thyroïdien à petites doses. — M. LÉOPOLD-LÉVI. Chez une malade de trente-sept ans, en état d'instabilité thyro-ovarienne, le traitement tyroïdien amène une transformation d'emblée. En ce qui concerne le sujet, dès la deuxième semaine du traitement, entre le quatrième et le cinquième cachet de poudre de thyroïde à un milligramme, la quantité de cheveux pesée par un pharmacien est passée, par jour, de 1g08 à 0g98; à 0g28; à 0g11; à 0g05, puis à zéro. C'est la confirmation de la notion établie par l'auteur dès 1907 de l'action trichogène du corps thyroïde.

Troubles angiocriniens. Effets transformateurs des injections du lobe postérieur de l'hypophyse. — M. LÉOPOLD-LÉVI.

Traitement des fistules ostéotuberculeuses par les courants gazeux antiseptiques. — M. LE FAGUAYS rappelle sa technique des courants gazeux antiseptiques qu'il a appliquée aux fistules ostéotuberculeuses et dont les observations montrent la guérison. Il est important : 1° que l'arrivée des gaz se fasse au niveau même du foyer osseux, 2° de ne laisser aucun séquestre. Les résultats sont rapides sans que le traitement exige une immobilisation prolongée.

Nouvelle terminologie biochimique. — M. L. LEMATTE. Il est impossible de comprendre un mémoire si on n'est pas au courant des décisions prises dans divers Congrès internationaux. Le protide désigne les matières albuminoïdes et leurs produits d'hydrolyse. Les glucides sont les hydrates de carbone. La glycérine, la cholestérine deviennent le glycérol, le cholestérol, etc. Le mot lipoïde est supprimé. M. L. Lematte prie les biochimistes de s'entendre pour exprimer la composition des aliments et des organes par les mêmes symboles rapportés à cent parties de matière fraîche, à cent parties de matière sèche.

Un cas de néphrite chronique azotémique d'origine intestinale amélioré par la vaccination par voie buccale. — MM. BECART et GAEHLINGER.

PRATIQUE MÉDICALE

INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES ET ENDOVEINEUSES DE SOMNIFÈNE (1).

Par M. le docteur H. BEAUDOUIN,
Médecin chef des asiles.

Par voie buccale, sous forme de gouttes, le somnifène est largement utilisé dans la pratique médicale, dans tous les cas où la médication hypnotique est indiquée. Sous forme d'injections intramusculaires et endoveineuses, il est surtout employé dans les cas d'urgence et en pratique neuro-psychiâtrique, d'après les travaux de MM. Crouzon et Lemaire (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 12 et 19 décembre 1924), de MM. Claude, G. Robin et Pavlovitch (*Soc. de psychiâtrie*, 20 nov. 1924), de MM. Cestan et Riser (*Paris méd.*, 1924, n° 40), de MM. Cestan et Pérès (*Soc. de méd. et chir.*, Toulouse, 20 avril 1926), de M. Anglade (*Soc. de méd.*, Bordeaux, 20 mars 1926), de M. Courbon (*La médecine*, 1925, n° 5), de M. Levet (*Ann. médico-psych.*, nov. 1924), de M. Laignel-Lavastine (*Soc. de psych.*, 20 nov. 1924 et *Soc. médico-psych.*, 26 janv. 1925, etc.).

M. H. Beaudouin vient de publier, à son tour, des observations très intéressantes sur l'importance des injections endoveineuses de somnifène dans l'excitation épisodique, l'agitation maniaque intense, les transferts, la nécessité d'interventions courantes chez des sujets agités, etc. Il a pu contrôler le bon effet du médicament ainsi injecté, mais il souligne l'obligation où l'on peut se trouver de recourir aux injections intra-musculaires et l'action rapide et complète qu'il a obtenue, chez un épileptique, au cours d'une période d'excitation post-paroxystique. Cette observation mérite de retenir l'attention et de la diriger sur l'usage du somnifène en injections au cours des paroxysmes comitiaux. C'est une confirmation du travail si intéressant de MM. Rimbaud, Boulet et Chardonneau sur l'utilisation du somnifène dans l'état de mal épileptique (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 21 janv. 1926), de la thèse de M. Amat (Montpellier, 1925) et des observations de MM. Sorel et Vieu, Cestan et Pérès, Riser, Trampol, etc. C'est également une étude à mettre à côté de celle de M. Pasgrimaud, sur le traitement du tétanos par le somnifène (*Concours médical*, 1927, n° 3). Enfin et surtout cette note clinique si documentée de M. Beaudouin incite à relire les divers travaux si importants de M. Ramond (*Monde médical*, 1er nov. 1926), de MM. Ramond, Laporte et Quénée (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 14 mai 1926) et de M. Quénée (*Th. de Paris*, 1926), sur le traitement du délirium tremens par le somnifène.

(1) *Pratique médicale française*. Paris, fév. 1927.

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF RADIAL[1]

BRANCHES TERMINALES.

I. Postérieure, motrice, profonde. — *A.* **Origine** : devant la tête du radius.

B. **Trajet** : contourne en spirale le col du radius, en contact direct avec l'os sur une zone dépourvue de toute insertion musculaire.

Il est là entre les deux chefs épicondylien et cubital du court supinateur.

C'est le danger à éviter au cours de la résection de la tête radiale. Se rappeler qu'étant un peu mobile il se trouve :

A 2 c a 5 de l'interligne en supination, à 5 centimètres de l'interligne en pronation forcée.

C. **Terminaison** : Le plus souvent cette branche est courte et dès qu'elle sort du court supinateur, elle est déjà épanouie en son bouquet terminal.

Quelquefois plus longue, elle présente un court trajet entre les deux couches musculaires de la loge postérieure de l'avant-bras.

D. **Branches**. — 1° Collatérales. — Rameau du IIe radial.

Rameaux nombreux au court supinateur pendant sa traversée et à l'entrée.

2° Terminales. — a. *Filets postérieurs* destinés à la couche musculaire superficielle de la loge postérieure de l'avant-bras, c'est-à-dire :

Cubital postérieur,
Extenseur du Ve,
Extenseur commun.

b. *Filets antérieurs*. Pour les muscles de la couche profonde :

Long abducteur du pouce,
Court extenseur du pouce,
Long extenseur du pouce,
Extenseur propre de l'index.

c. *Nerf interosseux postérieur*. — Origine : semble continuer le tronc de la branche postérieure.

Trajet : d'abord entre le long abducteur et le court extenseur, en dehors, et le long extenseur, en dedans.

Puis vraiment interosseux, passe entre le court et le long extenseur pour s'appliquer sur la membrane interosseuse.

Enfin, sur le radius dans la gouttière de l'extenseur commun qui le recouvre.

L'artère interosseuse postérieure reste constamment sur son flanc interne, séparée de lui à la partie moyenne par le long extenseur, elle le rejoint en bas.

Terminaison : Dans la gouttière des extenseurs en :

Nerfs interosseux dorsaux ; ceux-ci innervent la face dorsale des articulations du poignet jusqu'à la racine des doigts, en descendant sur la face dorsale des espaces interosseux.

Parmi eux le nerf interosseux du Ier espace serait plus gros et se diviserait en sept rameaux pour :

Artère interosseuse dorsale,
Ligaments dorsaux du carpe,
Articulations métacarpo-phalangiennes du pouce et de l'index,
Périoste du Ier métacarpien,
Un rameau anastomotique,
L'articulation trapézo-métacarpienne.

II. Antérieure, sensitive. — *A.* **Trajets. Rapports** :

1° Au tiers supérieur de l'avant-bras. — En dedans : biceps.

En dehors : long supinateur (le nerf est dans la gaine du muscle), Ier radial.

En arrière : le court supinateur et le rond pronateur, dans le gaine duquel se trouve l'artère qui est ainsi en dedans du nerf.

2° Au tiers moyen. — Le nerf est toujours dans la gaine du long supinateur dont le bord interne le recouvre.

En arrière, c'est le flanc externe du fléchisseur commun superficiel.

Le nerf s'est rapproché de l'artère, toujours en dehors d'elle.

3° Au tiers supérieur. — Il arrive à la gouttière du pouls, quitte l'artère pour croiser le bord externe du radius sous le long supinateur à 5 centimètres de la styloïde et devenir dorsal. Il perfore l'aponévrose et descend sous-cutané à la face dorsale du poignet.

B. **Terminaison** : se termine en ses trois rameaux :

1° Rameau externe : deux branches :

Le rameau thénarien de Lejars, pour la peau de l'éminence thénar et quelquefois pour le court abducteur du pouce.

Le collatéral dorsal exteene du pouce qui franchit superficiellement la tabatière anatomique.

2° Rameau moyen : croise les tendons du long abducteur et du court extenseur et donne :

Le nerf digital dorsal du Ier espace qui se divise en :
Collatéral interne du pouce,
Collatéral externe de l'index.
Le nerf digital dorsal du IIe espace qui se divise en :
Collatéral interne de l'index,
Collatéral externe du médius.

Ces cinq collatéraux dorsaux ainsi nés du radial, sauf pour le pouce, ne dépasse jamais la première phalange (les deux dernières étant innervées par le médian).

3° Rameau interne, anastomotique, donne des filets à la peau dorsale de la main et s'anastomose avec le cubital.

ANASTOMOSES.

Sont exclusivement sensitives, le territoire moteur étant strictement réservé et suffisant à l'extension.

Elles se font avec :

Le circonflexe : rameau cutané de l'épaule et rameau cutané interne.

Le brachial cutané interne. — Au bras, par le cutané interne.

A l'avant-bras, par le cutané externe.

Le musculo-cutané. — Au bras et à l'avant-bras par le cutané externe,

A l'éminence thénar par le rameau thénarien.

Le cubital. — Au dos du poignet et de la main.

Le médian. — A l'éminence thénar et au dos des doigts.

VOIES D'ABORD.

Nerf essentiellement exposé aux traumatismes, et relativement favorable à la suture : elles sont importantes à connaître :

I. Il est rare que l'on ait à intervenir sur lui **dans l'aisselle**. On prendrait alors l'incision de ligature de l'artère que l'on ferait un peu plus basse.

II. **Au bras**, il en est tout autrement puisque c'est là qu'il est le plus fréquemment lésé.

La voie oblique postérieure de Gosset est la plus pratique.

Elle passe dans l'interstice longue portion-vaste externe en partant d'en haut, et, suivant que l'on rejettera la longue portion en dehors ou le vaste externe en dedans, on aura en plus vue sur la fente huméro-tricipitale ou la sortie du nerf de la loge.

Une autre voie d'accès a été décrite par Schwartz et Kuss.

Enfin, la voie rétro-deltoïdienne tranche le vaste interne.

III. **Dans la gouttière bicipitale externe** on découvre facilement le nerf. Il suffit de le chercher profondément.

IV. **Sa branche postérieure à l'avant-bras**. S'aborde par une incision sur la ligne épicondylo-styloïdienne. On traverse l'interstice extenseur commun — radiaux — et on aperçoit le nerf qui émerge du court supinateur.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 72, p. 1194.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'imp. et d'édit., 17, rue Cassette.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les héros sans gloire, par Mme A. René Brouillhet, avec préface de M. le médecin inspecteur général Rouget. In-8 de 440 pages. — Prix : 25 fr. (plus majoration 20 p. 100). — Paris, Charles-Lavauzelle et Cie.

Documents cliniques sur le stovarsol, 1922-1926. — Etablissements Poulenc, 86-92, rue Vieille-du-Temple, Paris.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pa s.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Brest. — L'hôpital civil de Brest demande un interne pour le service chirurgie (docteur Pouliquen), de préférence en fin de scolarité et ayant déjà fait chirurgie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Le *Journal officiel* du 15 septembre publie un décret portant fixation des traitements et des classes du personnel de l'Académie de médecine. Le traitement du chef des travaux chimiques est porté à 9.000 fr,

Les traitements, suivant la classe, varient de 10 à 18.000 fr. pour le bibliothécaire, de 8.000 à 15.600 fr. pour le chef des bureaux, de 7.300 à 13.500 fr. pour les commis, de 6.900 à 9.000 fr. pour les garçons.

MARINE. — Concours pour les emplois de professeur, chef de clinique en prosecteur dans les écoles de médecine navale. — Les concours pour les emplois de professeur, chef de clinique et prosecteur dans les écoles de médecine navale, auront lieu aux dates indiquées ci-après :

1° A Toulon, le 10 octobre 1927 : Prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Rochefort.

Jury d'examen : Président : M. le directeur du Service de santé du port; membres : MM. Guichard et Gouriou, médecins de 1re classe; membre suppléant, M. Carboni, médecin de 1re classe.

2° A Toulon, le 18 octobre et jours suivants : *A.* — Professeur d'anatomie topographique, médecine opératoire et médecine légale à l'école principale du Service de santé de la marine à Bordeaux.

B. — Professeur d'anatomie aux Ecoles annexes de médecine navale de Rochefort et Toulon.

Jury d'examen : Président : M. l'inspecteur général du Service de santé; membres : MM. Oudard, médecin en chef de 1re classe, et Ploye, médecin principal; membre suppléant : M. Viguier, médecin en chef de 1re classe.

C. — Professeur d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'Ecole principale du Service de santé à Bordeaux.

Jury d'examen : Président : M. l'inspecteur général du Service de santé; membres : MM. Marcandier et Brun, médecins principaux; membre suppléant : M. Bideau, médecin de 1re classe.

D. — Professeur de chimie biologique à l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort.

Jury d'examen : Président : M. l'inspecteur général du Service santé; membres : MM. Izambert, pharmacien chimiste en chef de 1re classe, et Salle, pharmacien chimiste principal; membre suppléant : M. Marcelli, pharmacien chimiste de 1re classe.

3° A Toulon, le 25 octobre 1927, et jours suivants : *A.* — Chef de climique médicale à l'Ecole d'application de Toulon.

Jury d'examen : Président : M. l'inspecteur général du Service de santé; membres : MM. Dargein, médecin en chef de 1re classe, et Plazy, médecin principal; membre suppléant : M. Dorge, médecin principal.

B. — Chef de clinique ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique à l'école d'application de Toulon.

Jury d'examen : Président : M. l'inspecteur général du Service de santé; membres : MM. Viguier, médecin en chef de 1re classe, et Lestage, médecin en chef de 2e classe; membre suppléant : M. Souloumiac, médecin de 1re classe.

Les noms des médecins et pharmaciens chimistes candidats à ces emplois devront être parvenus au département dix jours au moins avant les dates respectivement fixées pour chacun de ces concours. (*J. O.*, 10 sept. 1927.)

UNIVERSITÉ DE LAVAL. — MM. les docteurs Roland Desmeules, médecin de l'Hôtel-Dieu; Georges Audet, orthopédiste et chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et A. Paulin, directeur de laboratoire à Saint-Michel-Archange, ont été nommés professeurs agrégés de la Faculté de médecine de Laval, à Québec (Canada).

SERVICE MÉDICAL DE COLONISATION EN ALGÉRIE. — Un concours en vue du recrutement de huit titulaires pour les circonscriptions rurales de médecins de colonisation sera ouvert le 17 novembre 1927, à Alger (Faculté de médecine), à Paris (Office de l'Algérie) et à la préfecture des villes de France possédant des Facultés ou Écoles de médecine.

Ces médecins recevront un traitement annuel allant de 24.000 à 36 000 fr., majoré de l'indemnité algérienne de 25 p. 100 et de l'indemnité spéciale d'Algérie de 8 p. 100 avec honoraires spéciaux pour les visites dans les douars et pour les vaccinations.

Ils pourront, en outre, faire de la clientèle privée, sous réserve de donner gratuitement leurs soins à toutes les personnes indigentes et à toutes les personnes nécessiteuses inscrites sur des listes dressées par une commission spéciale.

Les candidats devront faire parvenir leurs demandes au Gouvernement général de l'Algérie (service central de l'assistance et de l'hygiène publique) avant le 17 octobre 1927.

Pour tous renseignements, s'adresser au service ci-dessus indiqué.

EXAMENS D'ÉTAT D'INFIRMIÈRES. — Des examens d'État d'infirmières hospitalières auront lieu à Lille le 17 octobre, à Lyon le 20 octobre, à Nantes en octobre.

Des examens d'État d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale auront lieu à Lille le 15 octobre, à Lyon le 20 octobre, à Nantes, en octobre, à Toulouse le 3 octobre 1927.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aules (de Saillans), Paul Pujade (d'Amélie-les-Bains), ancien député; Ernest Boyer (d'Ax-les-Thermes), Arturo Guzzoni degli Ancarani, directeur de la clinique d'obstétrique et de gynécologie de Modène; Assen (de Liége), Charles Fézant (de Bruxelles), Louis Laurentie, professeur d'obstétrique et de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Beyrouth, décédé à Besançon; Théveny, député de l'Aube.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, du 21 au 31 août, pendant la 24ᵉ décade : 925 décès, au lieu de 753 pendant la décade précédente, et au lieu de 913, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 4 pendant la décade précédente (la moyenne est 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 24, au lieu de 16 pendant la décade précédente (la moyenne est 25).

La variole et la varioloïde n'ont causé aucun décès; aucun cas nouveau n'a été déclaré.

COURS DE PRATIQUE CARDIOLOGIQUE, sous la direction de M. le docteur Ch. Laubry, avec la collaboration de MM. les docteurs Daniel Routier et Jean Walser, assistants de la consultation de cardiologie, et avec le concours de MM. les docteurs Marchal, médecin des hôpitaux; Robert Chaperon, chef du laboratoire de radiologie; Louis Deglaude, chef du laboratoire d'électro-cardiographie; de M. Jean Moussoir et de Mˡˡᵉ Thérèse Brosse, internes du service.

Les cours et exercices pratiques auront lieu du 10 au 27 octobre 1927, à l'hôpital Broussais, 96, rue Didot, tous les matins de 10 heures à midi et les après-midi à des heures qui seront fixées au moment du cours.

Les inscriptions se feront le jour de l'ouverture du cours, le 10 octobre à l'hôpital Broussais. Droit d'inscription : 200 fr.

PRATIQUE MÉDICALE

ÉTUDE CRITIQUE DES MÉTHODES DE TITRAGE DE L'HORMONE OVARIENNE (1)

Par le docteur Fr. UHLMANN,
Privat docent à l'Université de Berne.

L'endocrinothérapie sera dépourvue de bases scientifiques tant que par défaut d'isolement pour chaque organe de substances chimiquement définies ou par absence de tests physiologiques sûrs, on restera dans l'ignorance de ses effets réels.

En ce qui concerne l'ovaire, les travaux récents d'Allen et Doisy ont pu donner l'impression que, grâce à une méthode de titrage nouvelle et rigoureuse, basée sur la provocation expérimentale de l'oestrus, l'hormone ovarienne allait pouvoir être identifiée et thérapeutiquement dosée. C'est à la critique de cette méthode que l'auteur s'est attaché au cours de cette longue étude très nourrie de faits. Il établit que, en dépit de nombreuses contradictions plus apparentes que réelles, il faut considérer dans l'ovaire deux substances agissant d'une façon antagoniste l'une vis-à-vis de l'autre : 1° une hormone lipoïdique, stimulant l'apparition des caractères sexuels primaires et secondaires, provoquant un accroissement marqué de l'utérus, des trompes, de la vulve, du vagin et les phénomènes de l'oestrus ; 2° une hormone protéidique déterminant l'hyperémie des organes sexuels, l'augmentation de la sécrétion lactée, etc.

Opérant sur un grand nombre de sujets (rates et lapines) et avec plusieurs extraits, parmi lesquels l'agomensine et la sistomensine, l'auteur montre par de nombreux clichés microphotographiques les résultats de ses recherches, lesquelles l'amènent à conclure que, tout en reconnaissant la réelle valeur scientifique de la méthode d'Allen et Doisy, celle-ci comporte certaines possibilités d'erreur et qu'elle n'est ni si sûre ni si simple qu'elle apparaît à première vue. Pour obtenir un titrage scientifiquement exact des extraits ovariens il faut combiner la méthode d'Allen et Doisy avec celle basée sur la croissance de l'utérus et de ses annexes, car selon Uhlmann et contrairement à l'opinion de Zondeck, l'oestrus n'obéit pas à la loi du tout ou rien. Seul, en tout cas, l'emploi des deux tests permet de déceler les réactions fonctionnelles et les modifications anatomiques.

Pratiquement la réaction oestrienne ne permet pas une indication formelle quant aux applications cliniques des substances qui la déterminent, alors que l'autre méthode offre une base beaucoup plus solide pour l'appréciation de leur efficacité thérapeutique. Cette dernière méthode est donc indispensable; la première, employée seule, n'est pas concluante, mais les deux employées simultanément, se complètent. La sistomensine déterminant les deux phénomènes possède donc une activité intégrale. L'agomensine, par contre, provoque une hyperémie prononcée des organes génitaux sans modifications anatomiques sensibles, ce qui explique que cette dernière substance favorise le déclanchement de l'hémorragie menstruelle par activation de la circulation sanguine au niveau de l'ovaire et de l'utérus.

(1) *La Gynécologie*, fév. 1927.

REVUE GÉNÉRALE

LES PLEURÉSIES A CHOLESTÉRINE

PAR MM.

J. BARBIER, Chef de clinique à la Faculté de Lyon.

G. TRICAUD, Interne des hôpitaux de Grenoble.

Historique. Définition. — Affection relativement rare, la pleurésie à cholestérine n'est individualisée comme entité clinique que depuis un petit nombre d'années.

La première observation semble remonter à Guéneau de Mussy, mais ce sont surtout les travaux de Churton en Angleterre, de Ruppert en Allemagne, de Zung en Belgique, de Mainini en Argentine, d'Izar, de Bignami, d'Angelini en Italie; enfin, en France, ceux de Chauffard, de Coyon et de Fiessinger qui ont permis de dégager les caractères de l'affection et de lui assigner une place à part dans le groupe des épanchements chroniques de la plèvre.

Nous aussi, récemment, avons étudié la question apportant plusieurs observations nouvelles. Nous avons aussi entrepris des recherches expérimentales intéressantes pour essayer de résoudre le problème, très contesté, de l'origine de la cholestérine de ces épanchements. Tous ces travaux ont été rassemblés dans la thèse de l'un de nous (Thèse Tricaud, Lyon 1927). On trouvera également dans cet ouvrage un exposé de tous les travaux antérieurs, ainsi qu'un résumé des trente-quatre observations que des recherches minutieuses nous ont permis de retrouver à travers la littérature médicale.

Tout d'abord, qu'est-ce qu'une pleurésie à cholestérine? Il importe, en effet, de noter que la cholestérine, élément constant des tissus, se trouve aussi à l'état normal dans tous les épanchements pleuraux. C'est, dissoute à l'état d'éthers sels, qu'elle se présente d'ordinaire dans les pleurésies. Son taux dans le liquide est variable et les dosages classiques de Grigaut donnent pour les pleurésies séro-fibrineuses des chiffres variant entre 0,08 et 1,10 p. 1.000; pour les épanchements purulents, 1,14 et 3,80 p. 1.000. Enfin, dans les pleurésies chyliformes, le taux serait souvent encore plus élevé (3 à 5 p. 1.000, nous dit Coyon).

Pour la majorité des auteurs, la pleurésie à cholestérine doit être définie comme l'épanchement remarquablement riche en cette substance, la pleurésie où le taux dépasse largement les chiffres que nous venons d'indiquer. Cette teneur élevée s'accompagne toujours d'une précipitation sous forme cristalline. Par contre, l'inverse n'est pas toujours vérifié, et l'on peut observer des épanchements contenant des cristaux, malgré un taux de cholestérine relativement peu élevé, quelquefois même inférieur à celui de certaines pleurésies purulentes. Doit-on alors, comme le voudraient la majorité des auteurs, éliminer ces épanchements du groupe des pleurésies à cholestérine, et admettre avec Izar et l'Ecole sicilienne qu'il ne s'agit là que de pleurésies « pseudo-cholestériniques » bien différentes des « pleurésies à cholestérine vraies » dans lesquelles il existe simultanément un taux de cholestérine élevé et une précipitation de cette substance sous forme de cristaux. Telle n'est pas notre opinion. Des observations que nous avons pu examiner, il semble bien résulter que toutes les pleurésies à cristaux de cholestérine présentent les mêmes caractères anatomo-cliniques fondamentaux; nous croyons donc qu'il n'est pas possible d'établir une scission au sein de cette variété d'épanchements. Ce qui caractérise pour nous la pleurésie à cholestérine ce n'est pas le taux de cette substance, mais sa présence à l'état cristallin. Ainsi, notre définition se base sur un caractère clinique et non pas sur un élément que des recherches complexes de laboratoire permettent seules de mettre en évidence.

Étude anatomo-clinique. — Etiologie. — Cliniquement, l'affection prédomine chez l'homme et s'observe surtout vers l'époque moyenne de l'existence.

Une notion domine son étiologie : elle semble toujours secondaire à une inflammation chronique de la plèvre. Dans la plupart des cas, elle succède à une pleurésie chronique, quelquefois à un pneumothorax artificiel, mais là encore c'est sans doute dans un de ces épanchements si fréquents au cours de cette méthode thérapeutique qu'il faut probablement voir l'origine de l'affection.

Quelle est donc la nature et l'origine de ces pleurésies prémonitoires qui précèdent le stade de pleurésie à cholestérine confirmée?

Il semble s'agir d'épanchements banaux, le plus souvent séro-fibrineux; quelquefois purulents ou même hémorragiques. Malgré l'absence habituelle d'antécédents bacillaires, c'est presque toujours la tuberculose qui semble à l'origine des accidents, mais il ne faut pas être trop absolu, d'autres infections peuvent aussi, mais plus rarement, être en cause, et ce qui semble constant à l'origine de l'affection c'est la notion d'une inflammation chronique de la plèvre.

Symptômes. — *Début.* — Le début de la pleurésie à cholestérine est extrêmement insidieux; jamais, cliniquement, on n'a noté aucun symptôme qui marque la transition avec le stade de pleurésie banale. Ce n'est souvent que très longtemps après la première atteinte pleurale que l'affection se révèle et il n'est pas rare de l'observer vingt, trente, même quarante ans après la guérison apparente de la pleurésie initiale. Dans quelques cas, la persistance de quelques signes physiques montre bien qu'il s'agit du même épanchement qui est resté dans la plèvre et non pas d'une récidive.

Signes fonctionnels et généraux. — L'affection est remarquablement bien tolérée. La symptomatologie fonctionnelle se résume bien souvent dans la dyspnée, et ce n'est que très tardivement qu'apparaît d'ordinaire le cortège habituel de toutes les affections pleuro-pulmonaires : points de côté, toux, expectoration.

L'état général, lui aussi, reste bon pendant longtemps, l'apyrexie est la règle; tout au plus note-t-on

quelquefois un état subfébrile passager. Quant aux grandes élévations thermiques, elles relèvent, presque toujours, d'une infection coexistante (tuberculose) ou d'une complication.

Signes physiques. — Il importe tout d'abord de noter qu'il s'agit d'ordinaire d'un épanchement volumineux, mais là encore la symptomatologie ne semble pas en rapport avec l'abondance du liquide. Si la matité est en général assez bien perçue, les signes d'auscultation, par contre, sont souvent discrets et le souffle, aussi bien que l'égophonie et que la pectoriloquie aphone ne semblent pas très fréquents.

Un autre point, enfin, est intéressant à signaler : il s'agit très souvent d'un épanchement localisé. Cependant, sur ce point, nous n'allons pas a ussi loin que la plupart des auteurs qui font de lap leurésie à cholestérine un épanchement obligatoirement enkysté. Tout en reconnaissant la fréquence relative de cette éventualité, elle ne nous semble pas obligatoire et nous avons retrouvé, à travers la littérature médicale, des cas indiscutables de pleurésie à cholestérine de la grande cavité.

Ponction. Caractères du liquide. — De tous les symptômes qui précèdent, aucun n'est caractéristique; les seuls signes vraiment importants, permettant le diagnostic, vont être donnés par l'examen du liquide ramené par la ponction.

Tout d'abord, en traversant la plèvre, on constate qu'elle est extrêmement indurée et qu'elle ne se laisse que très difficilement perforer par l'aiguille. Il existe, en effet, toujours un degré marqué de pachypleurite, ainsi que le montrent toutes les vérifications anatomiques.

L'aspect du liquide retiré est variable : clair ou trouble, il est alors le plus souvent teinté en jaune ou en brun et ce sont les expressions de « jaune citrin », de « jaune ambré », de jaune œuf », de « café au lait », de chocolat au lait », qu'emploient les auteurs pour définir sa coloration.

Très souvent, à l'œil nu, on peut constater la présence des éléments caractéristiques de l'affection : les cristaux de cholestérine. Ils sont très visibles dans les liquides transparents où ils apparaissent comme une multitude de points micacés, donnant parfois par leur abondance l'aspect d'une véritable « pluie d'or » (Caussade). On peut aussi, par un examen attentif, reconnaître leur présence dans les liquides plus foncés par les reflets soyeux qu'ils communiquent à la masse de l'épanchement. Cet aspect est si caractéristique qu'il peut suffire à un observateur averti pour poser le diagnostic de pleurésie à cholestérine.

Dans tous les cas, l'examen microscopique permet avec certitude de reconnaître l'affection, car il montre, au simple étalement entre lame et lamelle, les cristaux de cholestérine. Gros éléments rhomboédriques, ceux-ci sont ordinairement très abondants et ils donnent alors par leur juxtaposition l'aspect d'un dallage irrégulier. Très caractéristiques, ils ne peuvent prêter à confusion et imposent le diagnostic.

En dehors de ces éléments, l'examen cytologique montre souvent des leucocytes, polynucléaires pour la plupart et plus ou moins altérés. On trouve aussi fréquemment, des granulations graisseuses; la pleurésie à cholestérine est très souvent un épanchement graisseux. La présence de globules de pus, par contre, est exceptionnelle.

Au point de vue bactériologique, on a pu mettre en évidence la présence d'éléments microbiens (presque toujours le bacille de Koch) d'ordinaire par l'inoculation au cobaye, exceptionnellement par l'examen direct ou par l'intermédiaire de cultures. Il est à noter que dans la majorité des cas, ces recherches ne réussissent pas, le liquide semble aseptique, ce qui semblerait bien montrer que la production de cristaux de cholestérine est le témoin d'une infection peu virulente de la plèvre.

Le taux de la cholestérine de ces épanchements est assez variable. Tantôt, nous l'avons déjà signalé, il ne dépasse pas sensiblement les chiffres que l'on rencontre dans les pleurésies purulentes, tantôt, au contraire, il atteint des proportions relativement considérables (jusqu'à 45 p. 1.000 dans un cas signalé par Hedeströn). Ces épanchements très riches en cholestérine présenteraient, peut-être, quelques particularités spéciales : très grande ancienneté de l'atteinte pleurale primitive, septicité remarquablement faible du liquide. En réalité, ces caractères ne sont ni constants, ni absolus, et il n'est pas possible, croyons-nous, de faire de cette variété d'épanchements une entité pathologique absolument distincte des autres pleurésies à cristaux de cholestérine.

D'une manière générale, au cours des ponctions successives, le taux de cholestérine du liquide diminue rapidement, surtout si les ponctions sont rapprochées. Cette règle semble souffrir cependant quelques exceptions. Ainsi, l'accumulation de la cholestérine dans la plèvre est habituellement lente, mais elle pourrait cependant, quelquefois, s'effectuer avec une assez grande rapidité.

Enfin, il n'est pas possible de terminer l'étude de la symptomatologie de la pleurésie à cholestérine sans signaler que, très souvent (dans la majorité des cas, croyons-nous), cette affection s'accompagne d'une hypercholestérinémie.

ÉVOLUTION. — L'évolution de la pleurésie à cholestérine est essentiellement chronique; l'épanchement est intarissable et, même après guérison apparente, le malade reste exposé à des rechutes. Des complications peuvent survenir : transformation purulente; ouverture de la collection à la paroi ou, plus souvent dans les bronches. Malgré cela, le pronostic n'est pas aussi sévère qu'on pourrait le supposer et c'est souvent d'une affection intercurrente que succombe le malade.

Origine de la cholestérine. — Il nous reste maintenant à étudier une question très discutée : celle de l'origine de la cholestérine de ces épanchements.

Les théories qui ont été émises font provenir cette substance soit directement du sang, soit des parois pleurales soit des éléments mêmes du liquide. Beaucoup d'auteurs, enfin, admettent la possibilité d'une origine double, à la fois pleurale et liquidienne.

Origine sanguine. — L'hypothèse de l'origine sanguine a été soutenue par les auteurs italiens. Ils proposent deux explications : ou bien la présence de cholestérine est consécutive à une hypercholestérinémie (Izar) et il faut ranger la pleurésie à cholestérine dans ce que Chauffard et son école ont décrit sous le nom de « dépôts locaux de cholestérine », ou bien, au contraire, le mécanisme de production est un peu différent. Des altérations de la séreuse permettent aux éthers-sels de cholestérine normalement contenus dans le sérum sanguin de filtrer dans la cavité pleurale. Ils subissent alors une lente dissociation en leurs éléments. La cholestérine insoluble précipite en cristaux, et sous cette forme, il lui est désormais impossible de filtrer à travers la séreuse. Que l'épanchement subisse alors des alternatives d'inflation et de résorption, et cette substance s'accumule en quantité considérable. La plèvre arrive ainsi à jouer physiologiquement le rôle d'une membrane semi-perméable.

Origine pleurale. — Cette hypothèse soutenue, il y a près de cinquante ans par Churton, a été reprise plus récemment par Bignami, par Chauffard, enfin par Mainini. Il se produirait une véritable « dégénérescence lipoïdique » de la paroi pleurale (Chauffard). La cholestérine passerait ensuite dans le liquide.

Origine liquidienne. — Enfin, la plupart des auteurs français font provenir la cholestérine des éléments mêmes du liquide : des leucocytes qu'il contient. Il s'agirait, comme le dit Coyon, d'une « destruction leucocytaire lente en vase clos sans grande résorbtion ». Le mécanisme intime de la production reste difficile à préciser. Est-ce une transformation par simple vieillissement? Ou bien y a-t-il intervention de ferments microbiens ou leucocytaires ; d'une lipase comme le pense Fiessinger? Il est bien difficile de répondre. Pour nous, l'origine leucocytaire semble peu compatible avec le fait indiscutable que la plupart des pleurésies à cholestérine tirent leur origine de pleurésies séro-fibrineuses, épanchements pauvres en leucocytes; nous nous demandons s'il ne faudrait pas plutôt voir l'origine de la cholestérine dans d'autres éléments du liquide, dans les graisses qu'il contient.

Ainsi, pour résumer les théories que nous venons d'exposer, nous voyons qu'on peut se demander si la pleurésie à cholestérine ne rentre pas dans un des deux grands groupes de productions pathologiques à base de cholestérine individualisés par Chauffard et son école : « Dépôts locaux » (Théorie hypercholestérinémique) ; « Productions locales » (Théories pleurale et liquidienne).

De plus, on a cherché à expliquer l'accumulation de la cholestérine par des troubles de la perméabilité pleurale (Théorie d'Angelini).

Valeur de ces théories. — Est-il possible, à l'heure actuelle de discerner parmi ces hypothèses celle qui donne l'explication exacte de l'origine de la cholestérine? Nous ne le croyons pas.

En dehors de la théorie d'Angelini que nous croyons devoir rejeter car elle est peu compatible avec l'existence d'une hypercholestérinémie prolongée comme celle que l'on rencontre dans la plupart de nos pleurésies, toutes ces hypothèses sont soutenables.

L'existence d'une hypercholestérinémie n'est pas un argument en faveur de la théorie d'Izar, car elle peut être interprétée aussi bien comme une conséquence que comme la cause de l'épanchement.

Son absence parfois notée n'est pas non plus un argument à opposer à cette théorie car on peut fort bien considérer l'affection comme la séquelle d'une hypercholestérinémie ancienne.

A l'hypothèse de l'origine liquidienne, on peut adresser une grave objection : elle est peu compatible avec la production rapide de cholestérine qui a été notée dans quelques cas. Il faut alors faire intervenir une origine accessoire.

Quant à la théorie pleurale, s'il est vrai qu'on ne peut lui adresser aucune objection sérieuse, on manque d'arguments en sa faveur.

Recherches expérimentales. — Ainsi, la question de l'origine de la cholestérine reste très obscure. Devant ces incertitudes, nous nous sommes demandé si des recherches expérimentales ne permettraient pas d'arriver à des conclusions intéressantes au sujet de la théorie liquidienne que la plupart des auteurs admettent, sans preuve suffisante.

Prélevant une certaine quantité de liquide de pleurésie à cholestérine et le plaçant dans des conditions se rapprochant aussi près que possible de celles de l'organisme, nous avons cherché à nous rendre compte s'il ne subirait pas un enrichissement progressif en cholestérine. La réussite d'une telle épreuve démontrerait deux points importants : Tout d'abord que la cholestérine peut naître, au moins en partie, aux dépens des éléments du liquide, ensuite que la production s'effectue par une véritable synthèse et non par la libération d'une cholestérine déjà formée.

Ces expériences ont semblé donner un résultat positif et, tout en tenant compte des causes d'erreur provenant des phénomènes d'évaporation, il semble bien que le liquide a subi un enrichissement progressif en cholestérine (voir thèse Tricaud). Malheureusement l'expérience n'a porté que sur un seul épanchement, les causes d'erreur restent multiples, aussi ne croyons pas pouvoir tirer une conclusion formelle de cette simple épreuve. L'idée de la méthode mérite cependant d'être retenue et il serait intéressant de pouvoir répéter ces expériences dans les nouveaux cas de pleurésie à cholestérine qui pourraient être observés.

Traitement. — Voyons enfin quelle thérapeutique il nous est possible d'opposer à la pleurésie à cholestérine. Le traitement de l'affection ne diffère pas, croyons-nous, de celui que l'on a l'habitude d'appliquer d'ordinaire aux autres variétés d'épanchements chroniques : traitement symptomatique; ponction. On a préconisé en Italie le pneumothorax artificiel (Izar). En France, Chauffard frappé par le caractère intarissable de ces épanchements préconise de recourir d'emblée à une pleurotomie aseptique plutôt que de s'attarder à des ponctions répé-

tées. Une telle méthode ne semble pas toujours sans dangers si l'on considère la fréquence de la nature tuberculeuse de l'affection, aussi la réserverions nous aux cas, assez rares, où le liquide est franchement purulent et où la pleurésie n'est certainement pas d'origine bacillaire.

SUR UN CAS DE

MÉNINGITE TUBERCULEUSE

AYANT SIMULÉ UNE ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

Par le docteur J. BONNIN,
Médecin du Sanatorium de la Croix-Montoire,
Chef de clinique médicale à l'École de médecine de Tours.

Il nous paraît intéressant de signaler l'observation suivante, où une méningite tuberculeuse a simulé cliniquement une encéphalite épidémique.

H... (Aloïse), manœuvre, âgé de vingt ans, de nationalité tchéco-slovaque, entre dans notre service d'hôpital le 2 mars 1925 parce qu'il est fatigué et mène un train de grippe depuis dix jours.

De fait, il présente un syndrome grippal : asthénie, peu de température (37,5) inappétence. Toux minime avec rhinopharyngite. Aucun signe à l'auscultation, sauf quelques rares sibilances aux deux bases. On calme de suite la toux et on stimule par la strychnine.

Sur les antécédents héréditaires et personnels du malade, aucune indication ne peut être obtenue, car il ne parle pas le français.

Cet état grippal persiste; cependant quelques jours après apparaissent des troubles oculaires, de la diplopie, de la céphalée, une tendance particulière au sommeil.

Devant la triade symptomatique : somnolence, paralysie oculaire (moteur oculaire externe), asthénie, et malgré l'absence d'hyperthermie, on pense à une encéphalite et l'on fait de la septicémine intraveineuse, puis un traitement salicylé. Les réflexes tendineux sont abolis.

L'analyse des urines (quantité en vingt-quatre heures : 750 centimètres cubes) complète, ne donne rien d'anormal.

Le Bordet-Wassermann est négatif. L'urée sanguine est de 0g30.

Le 10 mars, même état : on fait une ponction lombaire : liquide clair, non hypertendu, donnant à l'analyse :

Albumine........	0,18 p. 100
Sucre............	0,50
Globulines........	néant
Cytologie........	2 éléments par m. m. cube

On ne trouve pas de bacilles de Koch dans le culot. On prend cependant la précaution de faire une inoculation au cobaye.

Les jours suivants n'apportent pas de changement dans l'état général. Seuls les *troubles oculaires* se précisent : ophtalmoplégie nucléaire, sans ptosis à ce moment. Diplopie homonyme.

Légère inégalité pupillaire.

Réflexes pupillaires normaux.

Examen du fond de l'œil négatif.

Cet état de somnolence, de lassitude, toujours sans fièvre élevée (maximum (37,4 ou 37,5) se poursuit sans changement; on note seulement l'apparition d'une légère *myoclonie*, de courte durée, le 10 avril, qui semble compléter le syndrome encéphalique.

C'est à partir du 15 avril que la maladie entre dans une nouvelle phase et qu'apparaissent des signes surajoutés, nets, de *méningo-encéphalite* :

Céphalée persistante;

Vomissements en fusée, sans efforts, de type cérébral;

Constipation.

On note, avec ces phénomènes d'excitation, une certaine raideur musculaire des membres, ainsi qu'un signe de Kernig et un Brudzinski franchement positifs.

En outre, à la diplopie persistante et inchangée s'ajoute un *ptosis* marqué de la paupière droite.

Devant ce syndrome, on refait une ponction lombaire le 20 avril, donnant un liquide légèrement hypertendu :

Albumine...............	0,18 p. 100
Sucre..................	0,51 p. 100
Lymphocytes............	2 par m. m. cube
Globulines.............	néant

Pas de bacilles de Koch.

Cette ponction amène une sédation des symptômes d'excitation, notamment des vomissements et du Kernig. Mais ils réapparaissent assez rapidement.

Outre une médication symptomatique, on alterne uroformine et septicémine intraveineuse.

Nous avons, vers le 10 mai, l'impression que le malade s'aggrave progressivement. A la diplopie a succédé une amaurose totale et un strabisme divergent est apparu. Le malade reste prostré, somnolent, se cachectise et maigrit. Il s'alimente péniblement, mais ne vomit plus.

Les signes méningo-encéphaliques persistent.

Le 3 juin, on refait une ponction lombaire qui donne un *liquide très hypertendu*. Mais l'analyse que nous donne le docteur Vialle, chef de laboratoire de l'hôpital, reste sensiblement la même que les précédentes :

Albumine.........	0,20 p. 100
Sucre............	0,60 p. 100
Chlorures.........	7g20
Cytologie........	2 lympho. au m. m. cube
Globulines........	néant

On fait alors un abcès de fixation : peu de réaction, collection lente à se former, ascension thermique. Incision le 8 juin donnant un pus mal lié.

A ce moment l'autopsie du cobaye inoculé le 10 mars est faite et nous apporte un résultat inattendu : tuberculisation nette des ganglions inguinaux et mésentériques gorgés de pus et contenant des bacilles de Koch.

Le malade entre dans le coma le 12 juin; la température s'abaisse, les urines se font rares, le pouls descend à 60, devient petit et incomptable et le malade meurt le 15 juin.

L'autopsie est pratiquée par notre interne et nous-même le 16 juin :

Cerveau et cervelets *intacts*; rien dans les coupes, ni tumeur, ni altération de la substance cérébrale, ni pyocéphalie.

Par contre, ensemencement et piqueté blanc des méninges occipitales et de la base, dans la zone du chiasma optique, et de la région des pédoncules. Aucun tubercule localisé.

Il est assez curieux de considérer ce cas où une méningite tuberculeuse, à évolution et à aspect clinique anormal, a pu simuler une encéphalite. Cette confusion s'est assez souvent présentée en clinique et il nous paraît intéressant de rapprocher cette observation de celle publiée en juin 1925 par MM. Pagniez, Corby et Escalier (*Soc. méd. des hôpit.*., n° 20, 11 juin 1925).

Les éléments suivants semblent à retenir :

1° Le *processus de longue durée d'une méningite tuberculeuse*, bien que des signes de localisation aient été notés précocement;

2° L'*évolution presque apyrétique* (peut être modifiée par les injections d'uroformine et de septicémine).

3° Le *peu d'enseignements fournis par la ponction lombaire* pratiquée d'une façon répétée, où *seule l'inoculation au cobaye* a donné vraiment et tardivement la clef du diagnostic affirmant l'infection bacillaire démontrée ensuite par les lésions anatomo-pathologiques constatées à l'autopsie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE 1927)

Le pH et la réserve alcaline dans l'avitaminose C. — MM. G. MOURIQUAND, A. LEULIER et P. SÉDALLIAN.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1927)

Cancer du sein. Radiothérapie profonde. — M. Charles BUIZARD résume l'importante discussion qui a suivi la communication qu'il avait faite à la Société.

Les observations présentées ont montré, une fois de plus, la gravité du cancer du sein.

En réponse aux deux questions posées :

1° Faut-il faire, avant les opérations pour cancer, des applications radio ou radiumthérapiques?

a. En cas de cancer opérable : ne jamais faire de radiations; opérer toujours immédiatement;

b. En cas de cancer inopérable : essayer les radiations, qui peuvent permettre une opération secondaire.

2° Si les radiations semblent utiles, que faut-il mieux employer : radium, radiothérapie profonde ou association des deux?

Il est impossible de fixer des règles dans l'état actuel de la question. Rayons X et radium ne s'excluent pas et peuvent se compléter. Mais leur emploi doit être discuté dans chaque cas particulier. Qu'on utilise l'un ou l'autre, il est indispensable d'avoir des champs d'irradiation très larges.

L'arthrodèse du poignet — M. GASNE fait un rapport sur un travail de M. R. MASSART (de Paris) qui préconise cette opération dans les cas de paralysie radiale définitive, la préférant aux inefficaces transplantations tendineuses. Le rapporteur préfère l'appareillage pour les malades exercant une profession libérale ou qui nécessite une certaine habileté de la main.

Calcifications sous-acromiales post-traumatiques. Leur traitement par la diathermie. — M. AUBOURG fait un rapport sur un travail de M. VIGNAL (de Paris), qui montre la fréquence de ces calcifications, rappelle leur pathogénie et conseille ce mode de traitement. L'auteur cite quatre observations et expose le mode d'action du courant électrique.

Fracture ouverte des deux os de l'avant-bras. — M. TRÈVES fait un rapport sur une observation de M. TRICOT (de Nice) concernant un enfant de quatorze ans, atteint d'une fracture ouverte à grand déplacement. Après insuccès de maintien de réduction par attelle, puis par plâtre, application d'un appareil à extension continue type Judet fabriqué avec des pièces de Mécano. Le résultat fut excellent.

La rachianesthésie dans l'étranglement herniaire. — M. BONAMY fait un rapport sur un travail de M. LEMERCIER (de Paris) qui conclut au rejet de la rachianesthésie dans ces cas, en raison de l'état des malades, souvent âgés, hypotendus, intoxiqués; et parce que, sous l'influence de ce mode d'anesthésie, l'anse herniée se contracte violemment, peut se perforer ou se réduire avant l'opération. Le rapporteur préconise l'anesthésie locale.

Un cas de myomectomie large. — M. DARTIGUES fait un rapport sur une observation de M. PAPILLON (de Paris) concernant une femme de trente ans. Myomectomie avec ouverture de la cavité utérine. Guérison.

Technique et indications de l'hystérectomie vaginale. 123 cas consécutifs. — M. Raymond PETIT décrit, avec de nombreuses figures, sa technique de l'hystérectomie vaginale, sans pinces, avec fermeture du péritoine et extériorisation des moignons des ligaments larges.

Il apporte une statistique de 123 cas consécutifs, sans aucun décès opératoire.

Cette opération, qui ne donne aucun shock, n'est contre-indiquée que par l'excès de volume d'un fibrome ou par des adhérences trop étendues, ou par l'appendicite.

L'auteur réserve la question des néoplasmes; sa statistique, à ce point de vue, étant insuffisante pour conclure.

Une discussion a suivi, à laquelle ont pris part MM. Eugène DELAUNAY, THÉVENARD, DARTIGUES, Victor PAUCHET, ROULLAND, HALLER, et qu'on peut ainsi résumer :

L'hystérectomie vaginale est une opération simple, rapide, bénigne, ne produisant qu'un shock opératoire minime ou à peu près nul;

Les indications sont actuellement beaucoup moins fréquentes que celles de l'hystérectomie abdominale. On doit y penser chez les femmes âgées, obèses, tarées.

Indications : surtout l'infection puerpérale; puis, suppurations pelviennes qui ne refroidissent pas; anciennes métrites avec utérus infecté; fibromes de volume moyen; peut-être cancers très limités du col après application de radium, ou cancers du corps.

L'hystérectomie vaginale rend, dans certains cas, de réels services.

La coxa vara essentielle des adolescents. Son traitement. — M. JUDET en rapporte quatre observations qu'il traita par réduction sous chloroforme et grand plâtre en abduction et rotation interne. Plus tard, la marche fut autorisée avec appareil orthopédique, ce qui permit de réduire le séjour au lit. Il eut trois succès complets.

Sur trois formes anormales d'appendicite. — M. PÉRAIRE apporte ces trois observations : accidents méningitiques masquant les symptômes appendiculaires; appendicite nette suivie de méningite; appendicite avec granulie péritonéale concomitante.

A propos de deux cas d'invagination intestinale. — M. DOURIEZ apporte deux observations, dont l'une, opérée à la huitième heure, a montré que l'intussusception était à début cæcal, et non à début iléal, comme le cas se produit le plus souvent.

Hémo-lymphangiome kystique du grand épiploon. — M. ISELIN apporte le treizième cas connu de cette variété de tumeur. Masse très volumineuse, pesant plusieurs kilos, étendue de l'estomac au fond du Douglas : développée à l'insu du malade et découverte à l'occasion de l'exploration de l'abdomen pour une maladie intercurrente. Extirpation facile : il n'y avait qu'une adhérence très limitée avec les tuniques externes de l'estomac. Cette tumeur est bénigne; le malade est resté guéri pendant quatre ans et est mort accidentellement.

Tuberculose du col fémoral. — M. TRÈVES en présente une observation chez un enfant de six ans. Il enleva le grand trochanter et une partie du col. Héliothérapie. Guérison complète.

L'auteur pense qu'il faut intervenir presque toujours dans

ces juxta-coxalgies pour éviter l'envahissement de l'articulation et hâter la guérison.

Drain-mèche à pas de vis. — M. Charles Buizard présente au nom du docteur Peyret ce modèle de drain en caoutchouc plein, à cannelures hélicoïdales, breveté en 1924.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA RÉGION DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

(Séance du 19 juin 1927)

Streptococcie grave consécutive à une injection de cocadylate de soude. — M. Bertrand.

Sur un cas d'empoisonnement mortel par l'aniline. — MM. Moreau et Perret. Homme de vingt-cinq ans ayant tenté de se suicider en buvant le contenu d'un flacon de teinture à chaussures. Il présente à son arrivée à l'hôpital tous les signes d'intoxication suraiguë par l'aniline. Lavage d'estomac, saignée, sérum glucosé, oxygène, ne semblent pas améliorer le malade. L'eau de brome (solution de KBr à 25 p. 1000 en injection intraveineuse) fait s'estomper les signes d'intoxication grave, mais le malade meurt dix heures après son entrée à l'hôpital.

Traitement de deux infections gangréneuses péri-uréthrales par la vaccination. — MM. Larjet et Denichou.

(Séance du 3 juillet 1927)

Compression de l'artère pulmonaire gauche par cancer du poumon. — M. Dupont. Ces symptômes apparus chez une femme de soixante ans, six mois après un syndrome de compression médiastinale ont consisté en une ectasie siégeant à 10 centimètres à gauche de la ligne médiosternale, pulsatile avec frémissement cataire, souffle rapeux systolique se propageant surtout vers la clavicule gauche. Quatre mois plus tard le cancer avait envahi la totalité du poumon gauche. Cette observation est relatée à cause du petit nombre de cas de compression de l'artère pulmonaire signalés dans la littérature médicale.

Péricardite sèche, d'apparence primitive avec début à forme d'angor pectoris. — M. Bertrand présente un malade âgé de vingt-neuf ans atteint d'une péricardite sèche à double frottement mésosystolique et mésodiastolique ayant eu un début rappelant la crise d'angine de poitrine. Cette péricardite absolument apyrétique a évolué vers la guérison intégrale en douze jours. Il a été impossible de retrouver aucune notion étiologique, rhumatismale, tuberculeuse, infectieuse ou toxique.

Le traitement institué a été : révulsion, potion à la dionine et absorption pendant dix jours de 3 grammes par jour de salicylate de soude.

(Séance du 17 juillet 1927)

Infection puerpérale post-partum. Diagnostic difficile. Vaccination. Guérison. — MM. Lamare et Tesseyre présentent le cas d'une accouchée chez laquelle une rétention placentaire avait été d'abord diagnostiquée appendicite. Le curettage nécessaire n'est pratiqué que le vingtième jour. La guérison survint cependant et paraît avoir été due, après l'échec d'un abcès de fixation, à l'irrigation intra-utérine continue et à la vaccination par le propidon.

Appendicite et cholécystite. — MM. Larget et Fourrey. Malade présentant des symptômes douloureux qui font porter le diagnostic de cholécystite accompagnée d'appendicite. Le taux élevé de la cholestérinémie (2 grammes) décide l'intervention. On enlève une grosse vésicule graisse et l'appendice bridé par des adhérences.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(Séance du 8 avril 1927)

Tétanos guéri. Guérison par le sérum purifié de l'Institut Pasteur. — MM. Forgue, Mourgue-Molinès et Gondard.

A propos d'une récente épidémie de variole. Variole et vaccine. — M. Carrieu a observé, parmi 26 malades, un sujet de soixante-deux ans, alcoolique atteint de variole hémorragique très rapidement mortelle, qui présentait en même temps deux superbes pustules de vaccine. La vaccination avait été pratiquée sept jours avant l'apparition de l'éruption et avait été incapable d'enrayer la gravité du mal. Une deuxième malade, âgée de deux ans et demi, vaccinée à deux reprises sans succès quelques mois auparavant, contracta également la maladie et mourut. Ce sont là deux exceptions qui n'empêchent pas de considérer la vaccination comme l'arme la plus sûre à opposer à une épidémie de variole.

Les corps étrangers méconnus dans la cornée. — M. Villard.

Méningite puriforme aseptique tolérée. — MM. Rimbaud, Boulet et Fayot.

(Séance du 6 mai 1927)

Sur la technique de la vaccination antivariolique. — M. Pourquier insiste sur la nécessité, avec les vaccins actifs dont on dispose aujourd'hui, de ne faire qu'une légère scarification cutanée. Par ce moyen, la vaccination est aussi souvent positive qu'avec des procédés plus brutaux et l'on n'observe jamais d'accident local ou général.

Ostéomyélite costale chez un nourrisson. — MM. Leenhardt, Reverdy et Chaptal.

Fracture du bassin et rupture de l'urètre. — MM. Lapeyre, Sicard et Lapeyrie.

Les corps créatiniques et l'holo-sympathique. — M. André (du Mont-Dore).

Volvulus de l'S iliaque. — MM. Chardonneau, Chaptal et Laux.

(Séance du 13 mai 1927)

Syndrome alterne d'origine corticale (hémispasme facial de type particulier). (*Présentation de pièces.*)

Dysostose cléido-cranienne à forme cléido-cranio-pelvienne. — MM. Rimbaud et Pagès.

Etude anatomo-clinique d'une tétraplégie syphilitique; à l'autopsie, ramollissement protubérantiel récent, dégénérescence lenticulaire sans cirrhose. (*Présentation de pièces.*) — MM. Euzière, Pagès, Viallefont et Lonjon.

Fièvre de Malte simulant une fièvre typhoïde. — MM. Vedel, Puech et Lapeyrie.

(Séance du 20 mai 1927)

Synovite des extenseurs simulant une paralysie radiale chez un ancien saturnin. — MM. Euzière et Pagès. Un ancien saturnin présentait à droite une main tombante d'aspect

radial. L'unilatéralité, l'absence de troubles des réflexes, la notion d'une tuméfaction du dos du carpe et de crépitation douloureuse le long des tendons extenseurs ont fait penser à une fausse paralysie radiale due à une synovite. Le massage et la mobilisation ont amené une régression des signes.

Paratyphoïde et fièvre de Malte. — M. Goiny (de Pignan).

(SÉANCE DU 27 MAI 1927)

Crises polyuriques chez un cardio-rénal. Diabète insipide. — MM. Vedel et Puech.

Sphacèles abdomino-pelviens. Complications terminales de tuberculoses intestinales ou péritonéales. — MM. Vedel, Puech et Lapeyrie.

Du rôle des malformations vertébrales dans l'étiologie de la scoliose. — MM. Massabuau, Guibal et Montagne.

(SÉANCE DU 3 JUIN 1927)

Myosis et urémie. — MM. Vedel et Puech.

Kyste séreux congénital du cou. — MM. Massabuau, Guibal et Duponnois.

Résultats de la séro et de la vaccinothérapie dans quatre cas de méningite cérébrospinale à méningocoques B (deux cas chez le nourrisson, deux chez le grand enfant). — MM. Leenhardt, Reverdy et Chaptal.

(SÉANCE DU 10 JUIN 1927)

Kyste hydatique du poumon non suppuré simulant un abcès sous-phrénique. — MM. Vedel, Puech et Lapeyrie. Un homme, sans antécédents particuliers, présente pendant deux mois de la fièvre, de violentes douleurs abdominales, avec augmentation de volume de l'abdomen, un mauvais état général. A son entrée à l'hôpital on constate une tuméfaction considérable avec défense musculaire très forte (ventre de bois) de tout l'étage sus-ombilical de l'abdomen. Le malade est opéré d'urgence avant que des recherches de laboratoire aient pu être pratiquées. L'intervention a montré qu'il s'agissait d'un énorme kyste hydatique du foie développé en plein parenchyme, ne contenant pas de vésicules-filles et surtout sans trace de suppuration. Guérison complète par la suite.

A propos des opérations tendineuses dans le traitement des séquelles de la maladie de Little *(présentation de malades)*. — MM. Massabuau, Guibal et Brémond.

A propos de deux observations d'ostéomyélite de l'omoplate. — MM. Massabuau, Guibal, Montagne et Duponnois étudiant les publications consacrées à l'ostéomyélite de l'omoplate, constatent que les signes cliniques locaux dépendent non du point de départ de l'ostéite, mais de la région où se collecte la suppuration. C'est ainsi qu'ils se trouvent amenés à décrire leurs deux observations sous le titre de forme sus-épineuse et forme sous-épineuse.

(SÉANCE DU 17 JUIN 1927)

L'amino-acidémie à l'état normal et à l'état pathologique. — MM. Cristol, Puech et Trivas.

Ataxie aiguë et poliomyélite. — M. Pages.

(SÉANCE DU 24 JUIN 1927)

Le coefficient de dysdésamination en clinique. — MM. Cristol, Puech et Trivas.

Emploi thérapeutique du radon. — MM. Vedel, Puech et R. Castagne.

Le soufre est-il l'élément actif des eaux thermales sulfureuses? — M. Corone.

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1927)

Gangrène pulmonaire rapidement mortelle apparue au cours d'un traitement novarsénobenzolique. — M. Pages.

Utilisation du marrube blanc contre l'arythmie extrasystolique. — MM. Pages et Comte. L'extrait de marrube blanc a donné aux auteurs de bons résultats dans le traitement des extrasystoles. Les recherches ultérieures s'efforceront d'établir quelles variétés d'extrasystoles sont sensibles à cette médication et le mécanisme pharmacodynamique : d'ores et déjà les auteurs considèrent comme vraisemblable que les extrasystoles digestives et ventriculaires gauches en général sont plus particulièrement influencées. L'action du marrube blanc semble s'exercer sur la fibre cardiaque par l'intermédiaire du système nerveux végétatif.

La réserve alcaline du sang chez le nourrisson et l'enfant à l'état physiologique. — MM. Leenhardt et Chaptal.

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu. Hémorragie interne. — MM. Forgue et Mourgue-Molines relatent l'histoire d'une femme brusquement prise de douleurs très vives s'accompagnant d'une rapide augmentation de volume du ventre et d'un état de choc marqué. A l'intervention : gros kyste de l'ovaire à pédicule tordu avec hémorragie intrakystique et intrapéritonéale très abondante (1 litre de sang dans le péritoine).

Les auteurs insistent sur la rareté d'hémorragies semblables dans la torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire.

(SÉANCE DU 8 JUILLET 1927)

A propos du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — MM. Forgue et Mourgue-Molines.

Indications relatives du pneumothorax artificiel, de la phrénicectomie, de la thoracoplastie. — M. Gaussel.

(SÉANCE DU 15 JUILLET 1927)

Un cas de tétanos infantile guéri par la sérothérapie. — MM. Leenhardt, Reverdy et Chaptal.

Sur la genèse du tissu de cicatrice dans les abcès sous-cutanés expérimentaux chez le cobaye. — MM. E. Grynfeltt et M. Guibert.

Action des radiations ultra-violettes sur la valeur de la réserve alcaline du sang au cours de l'enfance. — MM. Leenhardt et Chaptal.

(SÉANCE DU 22 JUILLET 1927)

Lésions de l'épendyme dans la dégénérescence mucocytaire des centres nerveux. — M. Grynfeltt.

Myélite à début brusque survenue après une vaccination antivariolique. Paraplégie flasque, puis spasmodique. Guérison. — MM. Vedel, Puech et Lapeyrie.

Sur un cas d'ostéochondrite de la hanche. — M. Lauze (d'Aimargues).

L'acidose du rachitisme. — MM. Leenhardt et Chaptal ont étudié sept cas de rachitisme dont quatre avaient un abaissement net de leur R. A. du sang et trois une réserve alcaline normale. Mais les sept malades présentaient tous une

très forte excrétion urinaire d'ammoniaque et un rapport de $\frac{\text{azote formol}}{\text{azote hypobromite}}$ élevé, ce qui permet de penser, que l'acidose existait chez tous, mais était chez certains en voie de disparition et compensée par l'effort réactionnel de l'organisme.

L'action des rayons ultraviolets est nettement mise en évidence dans tous les cas par l'examen de la R. A. avant et après les séances d'irradiations.

Les auteurs adoptent les théories de Blum sur le rôle essentiel de l'acidose dans le rachitisme.

(SÉANCE DU 29 JUILLET 1927)

Cancer du poumon à forme de gangrène pulmonaire. — MM. VEDEL, PUECH et LAPEYRIE. Un homme de quarante-deux ans, vieux tousseur, se présentait avec les signes fonctionnels, physiques et généraux, d'une gangrène pulmonaire à marche aiguë. Hémoptysie très abondante et mort au bout de quarante-cinq jours. L'autopsie montre un abcès gangréneux du poumon au milieu d'un tissu condensé, mais sans caractère spécial, de l'anthracose pulmonaire et de gros ganglions intrahilaires. L'examen histologique seul a montré qu'il s'agissait d'un cancer alvéolaire primitif au début, occupant toute la partie condensée et ayant envahi les ganglions.

Métastase inguinale d'un cancer mélanique du gros orteil. Désarticulation de la hanche précédée de ligature de l'iliaque primitive. — MM. FORGUE et MOURGUE-MOLINES. A propos de ce cas les auteurs insistent sur les avantages de cette technique bien qu'ils aient assisté à un reflux de sang immédiat au-dessous de la ligature.

Mesure de quelques différences de potentiel et valeur de l'indice de nutrition de Pech. — M. Jean TURCHINI.

Acidose et troubles intestinaux. Acidose et hypotrophie. Acidoses diverses. Acidoses communes à l'adulte et à l'enfant. — MM. LEENHARDT et CHAPTAL.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

CLINIQUE MÉDICALE. ACCIDENT DU TRAVAIL. ASSUJÉTISSEMENT AUX LOIS DE 1898 ET 1906.

La jurisprudence décide qu'une clinique médicale doit être assimilée à un établissement commercial et par suite soumise à l'application de la loi du 12 avril 1906 sur les accidents du travail, lorsqu'elle procure, moyennant rémunération, aux malades, avec les soins médicaux, le logement et la nourriture (voir Cour d'appel de Paris, 15 juin 1925, Sirey, *Rec.* 1925, n° 3154). Un arrêt de la Cour d'Aix du 20 novembre 1926 complète cette jurisprudence, en disant qu'il y a lieu de comprendre, comme dépendances d'une telle clinique, organisée pour les soins à donner aux accidentés du travail et formant avec elle un tout indivisible, une véritable organisation unique et une seule exploitation commerciale, *le cabinet de consultations, les divers postes de secours isolés, installés dans les quartiers de la même ville, dans lesquels les accidents du travail sont rapidement examinés, sommairement pansés et dirigés suivant leur état sur la clinique.*

L'arrêt de la Cour d'Aix précité en conclut que l'infirmier attaché à cette organisation médicale qui est victime d'un accident du travail, soit à la clinique elle-même, soit au cabinet de consultation, soit dans l'un des postes de secours en dépendant, est en droit de bénéficier des lois de 1898 et de 1906 sur les accidents du travail.

En ce qui concerne l'établissement médical, l'arrêt s'exprime ainsi : « Attendu dans l'espèce qu'il est constant que le docteur G... a constitué à Marseille, en vue des soins à donner aux accidentés, une semblable organisation médicale formant une seule et même exploitation commerciale sous sa direction en installant un cabinet de consultation rue de la République, 106, une clinique à la Joliette, boulevard Maritime, un poste de secours rue Félix-Pyat, 9; que par suite, X... qui était attaché à cette organisation comme infirmier, ayant été victime le 27 avril 1923 d'un accident au cours du travail, en transportant au poste de secours rue Félix-Pyat un blessé accidenté du travail, revendique à bon droit l'application à son profit de la loi du 9 avril 1898. »

Etant donné la loi et la tendance de la jurisprudence à en étendre l'application dans la plus large mesure, il ne paraît pas que la solution donnée par la Cour d'Aix puisse être critiquée. Le point délicat de la décision de celle-ci consiste dans cette circonstance qu'elle a compris dans l'organisation commerciale le cabinet de consultations; mais on peut se rendre compte, par la lecture du passage de l'arrêt que nous avons rapporté, que la Cour a statué en fait; en raison des circonstances qui lui étaient soumises, elle a considéré et décidé que ce cabinet de consultations juridiques formait partie intégrante de l'établissement commercial dirigé par le docteur G..., qui était lui-même à la tête de ce cabinet.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CONGRÈS

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE, DE CLIMATOLOGIE ET DE GÉOLOGIE MÉDICALES (Palais de la Foire de Lyon, du mercredi soir 5 octobre au dimanche 9 octobre 1927). — Président : professeur A. Pic; vice-présidents : docteur Baudoin, professeur Desgrez, docteur Durand-Fardel, professeurs Jean Lépine, G. Roque, Savy, MM. les délégués des Gouvernements étrangers; secrétaire général : professeur agrégé M. Piéry; adjoints : docteurs Milhaud, Piatot, Poirot-Delpech; trésorier : docteur Mazerand.

I. **Programme scientifique.** — Jeudi 6, vendredi 7, samedi 8 octobre matin et après-midi, exposé et discussion des Rapports et des communications.

Dimanche 9 octobre à 10 h. du matin, séance solennelle de clôture sous la présidence de M. Herriot, ministre de l'Instruction publique.

RAPPORTS. — *Section d'hydrologie.* — L'équilibre acide-base et la thérapeutique hydro-minérale. MM. Glénard (Vichy), Mathieu de Fossey (Vichy) et E. Manceau (Vichy).

Gynécologie médicale et cures hydro-minérales. MM. David (Salies-de-Béarn), Macé de Lepinay (Néris), Macrez (Saint-Sauveur), Pierra (Luxeuil).

Les bases pathogéniques des cures hydro-minérales en gynécologie. G. Cotte (Lyon).

Thorium et cures hydro-minérales. MM. Cluzet et Chevallier (Lyon).

Section de climatologie. — La radio-activité de l'atmosphère et son rôle en climatologie. MM. Pech (Montpellier), Lepape (Paris).

Le sympathique en climatologie. MM. Laignel-Lavastine (Paris), Sardou (Nice).

Section de géologie et d'aménagement scientifique des stations de cure. — L'origine géologique des eaux minérales radio-actives. M. Pierre Urbain (Paris).

L'aménagement scientifique d'une station hydro-minérale radio-active. MM. Piéry, Milhaud (Lyon) et Pierre Urbain (Paris).

Le volume des Rapports sera envoyé à tous les congressistes avant le 1er octobre.

La durée de l'exposé des rapports ne devra pas dépasser vingt minutes.

En plus des rapports, des communications seront admises non seulement sur les sujets proposés, mais aussi sur des questions diverses. La durée de l'exposé des communications n'excédera pas cinq minutes. Le texte de ces dernières, comme celui des observations présentées au cours de la discussion, ne dépassera pas une page (page de 47 lignes à 47 lettres à la ligne) et devra être remis aux secrétaires des séances au cours de celles-ci. La durée des interventions dans la discussion des rapports et des communications ne dépassera pas cinq minutes.

Les congressistes sont également priés de remettre au secrétariat du Congrès, aussitôt leur communication ou intervention terminée, un résumé succinct de celles-ci. Ce résumé sera communiqué au docteur Pierra, délégué de la Fédération de la Presse médicale latine chargé des comptes-rendus du Congrès.

Conférences publiques. — Docteur Boigey (Vittel). — La cure d'exercice comme adjuvant des cures d'eau. Son organisation, ses effets.

Docteur Barraud (Chatelaillon). — Nos enfants à la mer.

Docteur Molinéry (Luchon). — Les cures thermales au temps passé.

Docteur Paillet (Saint-Gervais). — Nos enfants à la montagne.

II. **Programme des voyages.** — 1° Voyage a Aix-les-Bains et Allevard (9-10 octobre). — Départ de Lyon-Brotteaux le dimanche 9, à 13 h. 45, arrivée à Aix-les-Bains à 16 h. 45. Dîner et coucher à Aix. Visite de la station.

Départ d'Aix-les-Bains le lundi 10 octobre après déjeuner vers 13 h. en auto-cars pour Allevard. Réception par la Société des eaux minérales d'Allevard. Visite, dîner et coucher. Les congressistes se rendant en Italie seront, après le dîner, transportés en auto-cars d'Allevard à Chambéry; de manière à pouvoir prendre dans cette ville, dans la nuit du 10 au 11, le train de 2 h. 08 arrivant à Rome le 11 à 24 h.

Réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer est accordée pour le voyage Lyon, Aix et Allevard.

Transport en auto-cars offert par la Société d'Allevard.

2° Voyage en Italie (du 12 au 16 octobre 1927). — MM. les membres du XIIe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales sont invités par l'Administration des thermes de Montecatini à se rendre en Italie à l'occasion de l'inauguration du nouvel établissement thermal de cette station et par la Société internationale d'hydrologie, à l'occasion de sa réunion annuelle à Rome.

Programme. — Mercredi 12 et jeudi 13 octobre, Rome.

Vendredi 14 et samedi 15, Montecatini.

Dimanche 16, Salsomaggiore.

Lundi 17, visite facultative de Parme (Nouvel Hôpital, Université).

Le passeport est nécessaire.

Pour tous les détails s'adresser sans retard au secrétariat général du Congrès, 18, quai Claude-Bernard.

III. **Programme des fêtes et réceptions.** — *Mercredi 5 octobre*, à 21 heures : réception offerte par le bureau du Congrès dans les salons de l'hôtel de l'Europe, 1, place Bellecour.

Jeudi 6 octobre, à 21 heures : réception à Charbonnières-les-Bains, près Lyon.

Vendredi 7 octobre, à 20 h. 30 : représentation de gala au Théâtre des Célestins.

Samedi 8 octobre, à 20 heures : banquet par souscription par les membres du Congrès. La liste des adhérents au banquet sera définitivement arrêtée au secrétariat du Congrès, le 6 octobre à midi.

Dimanche 9 octobre, à 10 heures du matin : séance solennelle de clôture sous la présidence effective de M. E. Herriot, ministre de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts, Maire de Lyon,

IV. **Renseignements généraux sur l'organisation du Congrès.** — Inscriptions. — Le Congrès comprend des membres titulaires et des membres associés. Seuls les membres titulaires prennent part aux travaux, aux votes du Congrès et reçoivent gratuitement le volume des rapports et communications. Les membres associés sont invités aux fêtes aux réceptions officielles et peuvent assister aux séances.

La cotisation est fixée à 50 francs pour les membres titulaires et à 25 francs pour les membres associés.

Les demandes d'inscription doivent être adressées avant le 20 septembre à M. le secrétaire général du Congrès, 18, quai Claude Bernard, Faculté de médecine, Lyon, et le montant de la cotisation à M. le docteur Mazerand, à Châtel-Guyon (compte courant de chèques postaux 1043-93, Paris).

Facilités de transport. — Le comité de direction des grands réseaux de chemins de fer français a bien voulu accorder une réduction de 50 p. 100 (tarif plein à l'aller, gratuité au retour), à MM. les congressistes qui auront à effectuer un parcours simple d'au moins 50 kilomètres, ou qui consentiront à payer pour cette distance, ainsi qu'à leur femme les accompagnant, à l'exclusion des autres membres de la famille.

Les demandes de réduction de tarif devront être adressées au secrétariat général avec l'indication du réseau et de la gare de retour et des changements de réseau s'il y a lieu, avant le 20 septembre, dernier délai; indications à fournir aussi pour le voyageur à Aix-les-Bains et Allevard.

Il n'est pas possible au secrétariat de promettre que les demandes présentées après cette date pourront être satisfaites.

Logement. — Pour tous renseignements concernant les hôtels, les congressistes pourront s'adresser au Service des logements de la Foire de Lyon (Hôtel-de-Ville).

Fonctionnement du secrétariat pendant le Congrès. — Les bureaux du secrétariat général seront installés à partir du 5 octobre au Palais de la Foire de Lyon.

Dès le mercredi 5 octobre (de 9 à 11 heures et de 14 à 18 heures) et les jours suivants, les congressistes pourront retirer au secrétariat une enveloppe établie à leur nom qui contiendra le programme des séances, les cartes d'invitation et de réception, etc.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la permanence du secrétariat général, Faculté de médecine, 18, quai Claude Bernard à Lyon, qui y fonctionnera jusqu'au 4 octobre inclus. Les congressistes pourront y faire adresser, jusqu'à leur arrivée, toute leur correspondance qui, aussitôt reçue, sera placée dans l'enveloppe à leur nom.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 19, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ

R. C. 35 093, Seine.

N° 76. — MERCREDI 21 SEPT. 1927. 100e ANNÉE. MERCREDI 21 SEPT. 1927. — N° 76.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pa s.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Des concours pour les emplois vacants de chef de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, à 9 h. du matin, le lundi 24 octobre 1927, pour les clinicats suivants :

Clinicat médical infantile (avec traitement) : 1.
Clinicat de première enfance (sans traitement) : 2.
Clinicat chirurgical infantile (adjoint) : 1.
Clinicat des maladies mentales (sans traitement) : 2.
Clinicat des maladies infectieuses (avec traitement) : 2.

STRASBOURG. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Boëz, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg.

GUERRE. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 10 septembre 1927, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie :

Lettre d'éloges officiels (délivrés après dix années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Privé (de Charenton), Kipriotis (de la Ferté-d'Alais).
1re légion : M. Delebarre (d'Arques),
3e légion : M. Labèque (de Routot).
4e légion : M. Fontaine (de Sillé-le-Guillame).
8e légion : MM. Richet (de Digoin), Boyer (de Marcigny).
10e légion : M. Pinel (de Torigni-sur-Vire).
11e légion : MM. Rault (d'Herbignac), Andrieux (de Carhaix), Ezano (de Saint-Mars-du-Désert), Garçon (de Ploërmel).
12e légion : M. Auroire (de Chabanais).
14e légion : MM. Germain (de Monfluel), Brevet (de Pont-de-Veyle).
15e légion : M. Maestraggi (de Rognac).
16e légion : M. Amadou (de Bédarieux).
17e légion : M. Lucante (de la Romieu).
18e légion : MM. Fournier (de Saint-Sever), Fontan (de Trie), Giraud (de Matha).
19e légion : M. Wies (de Cherchell).
Compagnie de Tunisie : M. Page (de Gabès).

Médailles de bronze (délivrées après quinze années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Petit de Régis (d'Asnières), Daubret (d'Arcueil), Rozet (de Paris), Vuillième (d'Issy-les-Moulineaux), Bourgeau (de Bray-et-Lu), Ort (de Longjumeau), Lambert (de Tournan-en-Brie).
1re légion , MM. Matringlien (de Guines), Carton (de Flers-en-Escrebieux), Norel (d'Arques).
2e légion : M. Ponthieu (de Doullens).
3e légion : MM. Mahé-Desportes (de Brionne), Germont (de Vassy), Laurent (Le Havre), Michel-Dansac (d'Asnelles).
4e légion : M. Launay (de Châteauneuf).
5e légion : MM. Fileux (de Corbigny), Guyot (de Châteaumeillant).
6e légion : MM. Tollin (de Cheppes-la-Prairie), Doctobré (de Vireux-Molhain), Henry (de Sainte-Menehould).
7e légion : MM. Larue (Le Russey), Thuriot, de Valdoie (territoire de Belfort), Der Kratchadourian (de Saint-Blin), Platey (de Moncley), Nedey (d'Isle-sur-le-Doubs),
8e légion : MM. Le Moal (de Laignes), Guérin (de Sennecey-le Grand), Béliard (de Vermenton), Jobard (de Genlis), Vouillac (de Sens), Gavet (d'Aillant-sur-Tholon).
9e légion : MM. Mesnard (de Fontenay-Rohan-Rohan), Gabory (de Thiercé), Hagopian (de Vendeuvre du-Poitou), Chevassu-Périgny (de Saint-Gaultier).
10e légion : MM. Hamon (de Saint-Nicolas-du-Pélem), Bellec (de Rostrenen), Dufour (de Pleurtuit), Mosquet (de Saint-Hilaire-du-Harcouët), Baize (de Coutances).
11e légion : MM. Quéinnec (de Saint-Renan), Amérand (de Chantonay), Roblin (d'Elven), Rême (de Plumelac), Bourhis (Le Faou), Prat (Pleyber-Christ), Lœwenhard (de Mouilleron-en-Pareds), Rambaud (Les Clouzeaux).
12e légion : MM. Noble (de Lalinde), Chambras (de Larche), Rabier (de Montmoreau), Fleyssac (de Treignac), Reveillaud (d'Aigre), Terai (de Barbezieux), Niort (de Montbron).
13e légion : MM. Jardon (d'Huriel), Malaviaol (de Saint-

Mamel), Besset (de Saint-Germain-l'Herm), Bourdini (de Neuvéglise), Auzolle (de Monistrol-sur-Loire), Jouve (de Pierrefort), Falliasson (de Pélussin), Royet (de Pont-de-Château), Berger (de Thiers), Michaud (de Rive-de-Gier).

14e légion : MM. Grumbach (de Roussillon), Simon (du Puy-Saint-Martin), Lalande (de Saint-Jean-de-Maurienne), Lémonon (de Saint-Donat).

15e légion : MM. Rauzier (de Saint-André-de-Valborgne), Marcantoni (de Valle-d'Alésani), Escarras (de Castellane), Cambassédès (de Valleraugue), Martelli (de Santa-Répareta), Roche (Les Vans), Espagne (d'Aumessas), Passeron (de Lantosque), Clauzel (de Saint-Gilles), Devaux (d'Eyguières), Alibert (Les Pennes-Mirabeau), Jouve (Saint-Jean-de Valleriscle).

16e légion : MM. Trémolières (d'Espalion), Izard (de Cransac), Puech (de Roquecourbe), Peyre (de Belpech), Sans (d'Alban), Amigues (de Belpech), Bousquet (de Mende),

17e légion : MM. Jolieu (de Laroque-d'Olmes), Mathieu (de Villefranche), Terrenq (de Baziège), Gisclard (de Laroque-Timbault), Dupuy (de Verdun-sur-Garonne), Vignardou (de Montricaux), Carrère (de Sédeilhac), Loumaigne (de Riscle), de Lepize (de Labastide-Murat), Gautié (de Nohie), Délestaing (de Baziège), Massonié (de Verdun-sur-Garonne), Souilhé (de Gramat).

18e légion : MM. Portes (de Bagnères-de-Bigorre), Martin (de Pons), Nougaro (de Soustons), Lehpt (de Lescar), Lasserre (de Lembeye).

19e légion : MM. Borderes (de Saint-Cloud), Manya (Inkermann), Treille (de Cheragas), Aucaigne (de Vialar), Vivien (de Borj-bou-Arreridj).

20e légion : MM. Baseil (de Frouard), Cosserat (de Bayon).

Médailles d'argent (délivrées après vingt années de services gratuits). — Légion de Paris : MM. Pasturaud (de Montlhéry), Richard (de Pantin), Vignard (de Paris), Ecart (de Noisy-le-Sec), Weiss (de Clichy), Delanoë (de Corbeil).

1re légion : Wallaret (de Lillers), Lemaître (de Blangy-sur-Ternoise).

2e légion : MM. Boudréau (de Montcornet), Cagnard (de Saint-Valéry-sur-Somme), Leconte (de Crécy-en-Ponthieu), Puisségur (de Chaulnes), Ducros (de Rubempré).

3e légion : MM. Etcheverry (de Montfort-sur-Risle), Perreaux (de Louviers), Gallot (de Honfleur).

4e légion : MM. Leclerc (d'Argentan), Petit (de Briouze), Salmon (du Grand-Lucé), Collière (La Ferté-Bernard).

(A suivre.)

LE XIXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE se tiendra à Paris sous la présidence de M. le professeur P. Teissier, du mardi 11 au samedi 15 octobre 1927.

Les sujets mis en discussion sont :

I. *Sémiologie des septicémies médicales.* Rapporteurs : MM. P. Gastinal et J. Reilly (de Paris), P. de Vezeaux de Lavergne (de Nancy), F. Arloing, A. Dufourt (de Lyon) et L. Langeron (de Lille).

II. *Physico-pathologie des œdèmes.* Rapporteurs : MM. E. Aubel et P. Mauriac (de Bordeaux), P. Govaerts (de Bruxelles), Pasteur Vallery-Radot et P. Nicaud (de Paris).

III. *Indications médicales et valeur thérapeutique comparée de la splénectomie.* Rapporteurs : MM. N. Fiessinger et P.-L. Brodin (de Paris), et J. Tapie (de Toulouse), A. Nanta (d'Alger).

Le Comité d'organisation rappelle que les demandes d'inscription sont encore reçues jusqu'au 30 septembre. Elles doivent être adressées à M. Pierre Masson, trésorier du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris et accompagnées d'un chèque à son nom ou d'un versement à son compte courant de chèques postaux nº 599, à Paris. La cotisation est fixée à 50 francs pour les membres adhérents et à 25 francs pour les membres associés, étudiants en médecine et membres non médecins de la famille des adhérents. A la suite de cet envoi, les membres inscrits recevront les volumes des rapports déjà parus depuis un mois, leur carte d'adhérent ou d'associé, ainsi que le programme des séances scientifiques et des fêtes ou réceptions organisées à l'occasion du Congrès.

Pour les membres adhérents qui désirent prendre part aux discussions sur le sujet des rapports, il est rappelé que le texte dactylographié de leurs discussions doit être adressé, avant le 30 septembre, à la permanence du bureau du Congrès, salle Béclard, Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris, ou au secrétaire général, M. le docteur Chiray, 14, rue Pétrarque, Paris (16e).

Pour les membres adhérents désirant faire des communications au sujet des rapports (les seules qui seront acceptées), il est rappelé qu'ils doivent adresser le titre de leurs communications avant le 30 septembre au secrétaire général s'ils veulent figurer au programme complet des séances qui sera remis aux congressistes avant l'ouverture du Congrès. Les auteurs auront ensuite à remettre au secrétariat, au plus tard avant la fin du Congrès, le texte intégral et dactylographié de leurs communications pour être inséré ultérieurement dans le volume annexe des rapports.

Un court résumé dactylographié des discussions et communications devra en outre, le jour où celles-ci seront faites, être remis, en dix exemplaires, au secrétariat du Congrès pour être communiqué, par ses soins, au bureau de la Presse.

Il est rappelé que l'exposé des communications et discussions ne peut en aucun cas dépasser dix minutes.

RÉUNION MÉDICALE FRANCO-BELGE (Lille, 23, 24, 25 octobre 1927). — Les professeurs et professeurs agrégés de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Etat, de Lille, organisent pour les 23, 24 et 25 octobre 1927 une Réunion médicale franco-belge, au cours de laquelle auront lieu des conférences et des démonstrations essentiellement pratiques.

NOTES DE PRATIQUE

DIABÈTE ARTHRITIQUE

Prendre cinq jours de suite : antipyrine, 1g50 en deux paquets, à prendre dans de l'eau de Vichy avant les deux principaux repas.

Les vingt jours suivants : Vanadarsine, v à x gouttes, dans un peu d'eau, avant les repas.

Laissez reposer le malade une quinzaine de jours et recommencer ensuite la double série d'antipyrine et de Vanadarsine.



ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

APPAREIL CIRCULATOIRE

A. Cœur.

Maladie rhumatismale et cœur. (J. Rieux. *Journ. des prat.*, 26 fév. 1927.) — Certains caractères de la maladie rhumatismale ont pour l'auteur une particulière importance en raison des conséquences thérapeutiques qu'ils comportent. Le caractère récidivant d'abord, rechute ou récidive d'où il faut inférer la persistance en un point de l'organisme du virus; la transmissibilité ensuite que divers travaux français et étrangers semblent de plus en plus nettement démontrer.

L'auteur se rallie pleinement pour ce qui est des cardiopathies rhumatismales à l'existence d'un rhumatisme cardiaque évolutif tel que l'ont conçu les cliniciens contemporains; mais il ne lui paraît pas possible, d'après son expérience clinique, d'y comprendre tous les cas de rhumatisme cardiaque.

En dehors des cas graves dont certains semblent évoluer réellement sans aucune atteinte du cœur et de formes légères ou moyennes où le salicylate semble doué d'une action préventive ou d'un pouvoir d'arrêt sur l'aggravation de lésions anciennes, il paraît à l'auteur absolument nécessaire de séparer des cas où la séquelle cardiaque a toutes les apparences d'une lésion non évolutive d'avec ceux où les lésions évoluent encore et sont nettement sous la dépendance du virus rhumatismal. Il faut donc à l'heure actuelle conserver, au moins jusqu'à preuve palpable pour certains cas le cadre classique de la cardiopathie cicatricielle à côté du groupe des rhumatismes évolutifs.

C'est vers ces variétés cicatricielles qu'il faudra diriger l'évolution des autres dans les cas graves de cardiopathie évolutive, et le salicylate conserve jusqu'à présent toute sa valeur.

R. LEVENT.

La douleur abdominale d'origine cardio-vasculaire. (R. D. Forbes. *North. med.*, fév. 1927.) — On connaît depuis longtemps les cas où un syndrome douloureux abdominal a en réalité pour cause une affection thoracique (péricardite, pneumonie) ou médullaire (tabes). Dans d'autres cas le diagnostic est plus malaisé encore car il s'agit d'angine de poitrine d'origine coronarienne. L'apparence clinique est en faveur d'une intoxication ou d'une affection biliaire, et rien du côté du cœur n'attire l'attention sinon tout à fait à la fin de l'évolution; parfois quelques symptômes gastriques (distension, flatulence) contribuent à attirer indûment l'attention vers l'estomac.

L'auteur rapporte cinq observations dont une seule avec autopsie. Ces symptômes sont, sauf au cas d'obstruction aiguë des coronaires, plus flous que dans les perforations de viscères abdominaux auxquelles on songe d'abord et que semblent confirmer un certain nombre de signes accessoires (élévation thermique, leucocytose, nausées, vomissements). On peut cependant, d'une manière générale, soupçonner l'origine coronarienne des accidents au moindre degré de défense musculaire à l'épigastre et à la présence aux bases des deux poumons de râles sous-crépitants. Ces accidents semblent plus fréquents et plus graves aussi chez l'homme qu'ils atteignent aux environs de la soixantaine.

R. LEVENT.

Le blocage sinuso-auriculaire en clinique. (Ph. Barlow, *Lancet*, 8 janv. 1927.) — L'auteur rapporte en les accompagnant d'électrocardiogrammes 4 observations d'arythmie par blocage sinuso-auriculaire et résume les diverses observations analogues publiées depuis 1916. Il s'agit là d'une cause rare d'intermittences du pouls qui n'est guère reconnaissable que sur des tracés. L'atropine agit, en général, mais de façon transitoire; la compression du vague et des globes oculaires a des effets inconstants. Les facteurs étiologiques sont multiples; on peut y relever la digitale, le tabac, le salicylate, diverses infections. Il peut exister sans lésions organiques du cœur mais est souvent accompagné d'une légère dissociation auriculo-ventriculaire ou d'autres signes témoignant de l'atteinte du myocarde.

R. LEVENT.

Les injections intraveineuses de violet de gentiane dans le traitement du rhumatisme cardiaque. (W. Gunn, *Lancet*, 15 janv. 1927.) — L'auteur donne un bref résumé de 10 observations d'enfants rhumatisants traités par les injections de violet de gentiane; sauf dans 1 cas où sont survenus de graves accidents de collapsus, le traitement semble avoir été bien toléré. 3 malades étaient atteints de péricardite, l'un d'eux a résisté au traitement, les autres sont considérés comme améliorés ainsi que les 7 autres malades : 1 pancardite, 2 rétrécissements mitraux, 1 chorée. A vrai dire, l'amélioration du syndrome infectieux est surtout nette; la concision des observations particulièrement en ce qui concerne l'appareil circulatoire ne permet aucun examen critique.

L'auteur a pratiqué des injections intraveineuses de violet de gentiane purifié à 0,25 p. 100 dans l'eau, solution moins irritante que le produit de concentration double employé par les auteurs américains.

R. LEVENT.

A propos de la percussion cardiaque. (S. W. Hunter. *Virginia med. Monthly*, janv. 1927.) — La comparaison des résultats de l'examen anatomique en position horizontale ou verticale et de ceux de la percussion a montré que cette dernière était de tous les modes d'exploration clinique le meilleur pour nous renseigner sur les dimensions et la forme du cœur. Mais les difficultés d'interprétation demeurent grandes de même que la part de l'équation personnelle est considérable.

Les résultats de l'examen radiologique dans ses diverses modalités (orthodiagramme, téléfluoroscopie, téléradiographie) ont permis de confirmer ou de corriger bien des points et font actuellement de l'examen aux rayons le meilleur mode d'exploration qui permet de faciliter ou de corriger les interprétations basées sur les résultats de la percussion.

R. LEVENT.

Nouveautés en cardiologie. (Lloyd E. Verity. *Clin. med. and surg.*, janv. 1927.) — L'auteur passe en revue les divers domaines anatomique, clinique et thérapeutique. A signaler les travaux de Rouslacroix sur l'action des nerfs vasomoteurs sur la circulation coronaire, action jusqu'ici mal connue, de Crawford et Rosenberger sur la cinématographie du pouls sous-unguéal, de Haberlands sur la mise en évidence d'une hormone cardiaque produite par la région sinusale en particulier et agissant sur la contraction myocardique; Stepbaru et Jameson ont attiré l'attention sur l'importance pronostique de l'inversion de l'onde T, surtout si elle est constatée dans les trois dérivations. L'hypertension a une influence notable sur le pronostic; sa survie semble ne pas dépasser une année si l'on constate en même temps un soulèvement dans l'espace S T. De même (Sprague et White) si un bas voltage suffit à provoquer ces modifications.

Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine semble être encore au stade expérimental; on a obtenu quelques résultats d'une sympathectomie cervicale gauche; de même d'injections d'alcool autour des ganglions; mais la clef du succès semble encore le choix des malades à soumettre au traitement. Louis Haunnann a donné une bonne description de la thrombose des coronaires et a insisté sur l'importance considérable qu'y prennent les symptômes abdominaux et péritonéaux.

Les discussions théoriques qui ont continué à propos de l'hypertension sont passées en revue. A citer les expériences de Nuum sur les perturbations de l'équilibre acide-base dues le plus souvent aux protéines ingérées en excès comme facteur d'hypertension. M. Renaud a montré l'intérêt thérapeutique du citrate de soude qu'on peut rapprocher des effets du chlorure de calcium et de l'extrait parathyroïde; ces derniers semblent agir sur la teneur du sang en méthylguanidine. L'extrait hépatique aurait une action analogue (Mac Donald).

A propos du rhumatisme, Horder insiste sur la quasi-constance de l'attaque du cœur par le rhumatisme en dépit de la latence clinique et sur les relations entre l'aspect clinique de la crise rhumatismale avec la lésion valvulaire réalisée.

A signaler aussi les travaux de Warthin sur la syphilis cardio-aortique, de Horder sur la précocité de l'atteinte cardiaque au cours de la spécificité, de Meyer et Sulger sur le cœur au cours de la maladie de Basedow.

Les recherches thérapeutiques de l'année ont porté sur la digitale, sujet encore inépuisé, sur l'éphédrine, sur l'euphylline, sur le novasurol seul ou associé au chlorure d'ammonium, sur le cardiacol de Krehl et Hemmerling.

R. LEVENT.

B. Artères.

L'hypertension artérielle essentielle. (John B. Howeu. *New Orleans med. and surg. journ.*, déc. 1926.) — Après avoir éliminé les hypertensions d'origine rénale et pris un critérium de l'hypertension, l'auteur recherche les causes de ce syndrome; il relève l'influence de l'âge, du sexe (homme surtout), et le rôle possible des infections. A noter qu'il dénie à la syphilis tout rôle dans la genèse des hypertensions essentielles mais fait une part considérable aux troubles endocriniens, au moment de la ménopause, en particulier. L'hérédité ne serait pas non plus sans influence et Howeu se range aux idées d'Osler, qui attribue comme cause à cette hypertension une déficience du tissu artériel, transmise d'une génération à l'autre. Le rôle de l'alcoolisme serait faible, beaucoup plus considérable, au contraire, celui du régime alimentaire (comme pour la goutte et l'obésité) et aussi celui du surmenage cérébral.

L'hypertension paraît due à une intoxication qui se manifeste différemment suivant la quantité du toxique et la qualité du rein; la substance toxique doit probablement être recherchée parmi les produits de transformation des protéines; il ne s'agit peut-être pas, comme l'ont pensé certains auteurs, de la méthylguanidine, puisque dans un cas où on l'a trouvée en excès au cours d'une néphrite chronique, l'hypertension était absente.

Le diagnostic différentiel des hypertensions essentielles repose sur l'examen complet des urines et l'évaluation de la valeur fonctionnelle des reins; le pronostic semble meilleur que dans les hypertensions rénales; les éléments en sont fournis par l'état du rein, du cœur, les caractères de la pression artérielle — minima particulièrement — l'état du fond de l'œil.

Le traitement est d'autant plus efficace que plus précoce. Le régime alimentaire devra être pauvre en chlorure; des périodes de diète végétarienne rendront service. Il pourra être désirable de modifier le genre d'existence pour ménager le rein et éviter le surmenage cérébral. Le traitement médicamenteux est seulement une part de la thérapeutique; les nitrites, infidèles, n'ont qu'une efficacité passagère, les extraits organiques peuvent rendre des services, en particulier l'extrait d'ovaire ou de corps jaune, au moment de la ménopause. Peut-être faudra-t-il, dans un avenir prochain, faire une place plus importante à l'extrait parathyroïdien et à l'extrait hépatique qu'ont essayé Majors et Mac Donald. On peut aussi user de chlorure de calcium. La saignée répétée n'est guère qu'une médication d'urgence, destinée à parer à une hémorragie cérébrale menaçante. La digitale, enfin, n'est pas contre-indiquée du fait de l'hypertension.

R. LEVENT.

C. Ganglions.

Adénopathies multiples dues à une infection dentaire. (O. T. Osborne, *Med. Journ. and Record*, 15 nov. 1926.) — Observation à joindre au dossier des « focus infections ». Malade atteinte d'adénopathies nombreuses et volumineuses, avec légère anémie chez qui, avec le secours du laboratoire, on fait les diagnostics de lymphosarcome et de maladie de Hodgkin (ce dernier diagnostic renouvelé après guérison). La présence d'une adénopathie cervicale droite et d'un ganglion mastoïdien attirent l'attention; la radiographie montre un abcès agrarien de l'incisive latérale droite supérieue. Avulsion dentaire. Guérison de toutes les adénopathies (même axillaires); retour du sang à une formule subnormale. En dépit d'une mise en observation de plusieurs mois, on ne voit évoluer ni lymphosarcome ni maladie de Hodgkin.

R. LEVENT.

D. — Système lymphatique

Le système lymphatique comme appareil de défense. (C. W. M. Poyneter, *Colorado med.*, déc. 1926.) — L'auteur d'après ses travaux personnels, corrobore les théories qui dénient à l'appareil lymphathique tout pouvoir de défense de l'organisme.

Les centres germinatifs du ganglion lymphatique sont à l'écart des vaisseaux sanguins et sont formés de cellules sénescentes et en voie de dégénérescence; la phagocytose dans ces formations est un signe de sénescence et non d'activité défensive; le péritoine ne possède aucune fonction défensive en corrélation avec celle qu'on attribue au système lymphatique.

Les corps étrangers microscopiques, contenus dans le péritoine, gagnent le système sanguin en majeure partie par voie transdiaphragmatique, pour le reste par voie portale; les feuillets omentaux ont un pouvoir absorbant; péritoine pariétal et péritoine viscéral n'en ont aucun. Il ne se produit aucune propagation par la voie des lymphatiques thoraciques. Les propagations d'infections se font uniquement par voie sanguine.

R. LEVENT.

L'état lymphatique. (R. S. Leadingham, *Med. Journ. and Record*, 15 sept. 1926.) — La coordination qui régit le développement relatif des divers organes et tissus peut cesser d'exister en ce qui concerne le tissu lymphoïde aussi bien que les autres tissus. Il est des cas où l'involution, qui se produit normalement à la fin de l'enfance, ne se produit pas; le tissu lymphoïde conserve un développement sans rapports avec son activité fonctionnelle. C'est le lymphatisme avec lequel coexistent habituellement des anomalies et des hypotrophies parfois persistantes d'autres tissus. C'est une hypertrophie non anarchique du tissu lymphoïde, mais se fait cependant aux dépens du reste de l'organisme. Bien que nous connaissions peu les fonctions du thymus, nous ne pouvons douter des relations qui l'unissent à d'autres glandes endocrines et au développement osseux.

Le cortex de la glande est formé d'un réticulum contenant des lymphocytes; à la puberté, cette formation doit normalement disparaître en même temps que le reste de la glande s'atrophie.

Dans l'état lymphatique, on constate, au contraire, une hypertrophie de cette couche lymphocytique comparable à celle qui se voit dans un lymphadénome : augmentation du nombre et des dimensions des follicules germinatifs, augmentation du nombre des lymphocytes qui remplissent les sinus des ganglions. Certains auteurs ont vu parfois la nécrose des centres germinatifs des ganglions, l'hypoplasie du système cardiovasculaire, des modifications de la thyroïde et de la surrénale.

L'habitus général des lymphatiques est depuis longtemps décrit; il existe une susceptibilité particulière vis-à-vis des infections, tuberculose entre autres.

Chez l'adulte, l'auteur d'accord avec Emerson et d'autres auteurs, signale l'hypoplasie génitale, la prédisposition aux états dépressifs, aux troubles mentaux et même au suicide. A tous les âges, la prédisposition aux crises de dyspnée et à

l'asthme, rendant possible la mort subite par hypertrophie du thymus. On constate macroscopiquement et histologiquement des modifications de cette glande, ainsi que de l'appareil lymphoïde du mésentère et de l'intestin ainsi que parfois de la rate.

Quel que soit le mécanisme de la mort, la gravité des accidents est une raison de pousser l'étude de l'état lymphatique, en particulier en ce qui concerne les relations du système lymphoïde avec les glandes endocrines. R. LEVENT.

Un cas de leucémie lymphatique de type inaccoutumé. (A. E. NAISH et G. TINGLE, *Lancet*, 4 déc. 1926.) — Une observation de leucémie chez un adolescent, débutant quelques semaines après une plaie infectée du doigt.

Œdèmes, avec taches purpuriques et hémorragies des conjonctives, adénopathies, gros foie, grosse rate. Mort en un an environ. La formule leucocytaire est du type lymphatique avec des lymphocytes et de grands mononucléaires à noyau peu colorable, mais différent des cellules de Sternberg. La première adénopathie est survenue au voisinage de la plaie infectée. Nombreuses hémorragies sous-cutanées. Il s'agissait de type de leucémie se rapprochant, par certains caractères, d'un néoplasme. R. LEVENT.

APPAREIL RESPIRATOIRE

La dyspnée cardiaque. (Francis R. FRASER. Goulstonian Lectures, *Lancet*, 12 mars, 19 mars, 26 mars 1927.) — L'étude du sang artériel au cours de la dyspnée cardiaque montre l'influence des facteurs d'accroissement de la ventilation pulmonaire : stimulus d'origine bulbaire dépendant de la disette d'oxygène; au cas de lésions pulmonaires graves, augmentation du taux de CO^2 et de la concentration en ions H; à la période terminale ou au cas de lésions étendues, rétention de produits non volatils à réaction acide; dans certains de ces cas, enfin, fixation insuffisante par le sang lui-même de l'oxygène atmosphérique. L'ensemble de ces divers facteurs se joignant à l'état défectueux de la circulation donne lieu aux divers troubles subjectifs caractérisant la dyspnée et en réalise les divers aspects cliniques. La principale cause en est la défaillance du myocarde; le traitement cardinal, l'administration de morphine conjointement avec les inhalations d'oxygène. R. LEVENT.

L'anesthésie à l'éther et la tuberculose. (N. BLUMBERG. *Med. Journ. and Record*, 6 avril 1927.) — L'auteur se fonde sur une statistique de 443 sujets bacillaires adultes et trouve que 21 p. 100 ont subi une intervention chirurgicale; chez 13 p. 100 le début de la tuberculose a eu lieu postérieurement à l'opération sans qu'on puisse incriminer celle-ci; chez 5 p. 100 le début des accidents remonterait à la période de convalescence; tous ces sujets ont été endormis à l'éther.

Il faudrait pour Blumberg attribuer à l'éther une influence inhibitrice sur les défenses de l'organisme qui permettrait le retour offensif d'une infection antérieure mal éteinte en dépit des apparences cliniques, en particulier d'une bacillose de l'enfance.

Ce qui milite en faveur de l'examen soigneux de l'appareil respiratoire avant intervention, précaution classique du reste. R. LEVENT.

Recherches statistiques sur les causes des embolies pulmonaires postopératoires. (W. A. LISTER. *Lancet*, 15 janv. 1927.) — Dans les statistiques du London Hospital, sur 4.000 opérations pratiquées, l'auteur a constaté 195 cas d'embolie pulmonaire postopératoire et 12 cas consécutifs à des fractures. Il semble que deux conditions prédisposent particulièrement aux embolies : l'âge du malade et le fait que l'incision intéresse la paroi abdominale antérieure. On relève ici, comme chez les classiques, la fréquence des embolies après les fractures du fémur.

Il semble que comme agents régulateurs de la circulation veineuse la facilité de la contraction musculaire et le caractère normal de la respiration jouent ici un rôle important; il est certain que la première est gravement diminuée par les fractures du fémur et que la fonction du diaphragme est entravée par les incisions à la paroi abdominale antérieure.

L'auteur considère que c'est vers la sauvegarde de ces fonctions et leur restauration aussi précoce que possible que doit s'orienter le traitement préventif de l'embolie postopératoire. R. LEVENT.

Hémoptysies d'origine obscure. (M. DAVIDSON. *Lancet*, 15 janv. 1927.) — Une observation d'hémoptysies répétées traitées successivement par le pneumothorax artificiel, la phrénicectomie, puis la thoracotomie. Pas de tuberculose; on ne peut s'arrêter non plus à aucun diagnostic. Après la thoracotomie on entretient le pneumothorax. Guérison. La radiographie a montré à la base du poumon gauche une ombre dont on n'a pu préciser la nature.

Une autre observation d'hémoptysies répétées avec mauvais état général chez un sujet indemne de bacillose. Ici encore la radiographie montre une ombre dont on n'arrive pas à préciser la nature; la thoracoscopie ne renseigne pas davantage. On pratique un pneumothorax artificiel, puis une phrénicectomie. Peu de temps après le malade est emporté par un pneumothorax spontané. A l'autopsie, on trouve du côté gauche une tumeur des bronches que l'examen histologique montre être un sarcome à cellules rondes. R. LEVENT.

Le taux de sédimentation des globules rouges dans la tuberculose pulmonaire. (R. C. WINGFIELD et R. GOODMAN. *Lancet*, 16 oct. 1926.) — Les auteurs ont recherché la valeur diagnostique et pronostique de la sédimentation, des hématies chez 156 tuberculeux pulmonaires, 5 tuberculeux non pulmonaires, 30 sujets atteints d'affections diverses non bacillaires et 8 sujets sains.

L'étude des courbes de sédimentation obtenues par la méthode de Lingenmeier les montre sans valeur pour le diagnostic de la tuberculose, car près de 10 p. 100 des sujets normaux et la quasi-totalité des malades non bacillaires atteints de lésions pulmonaires peuvent présenter une courbe anormale.

La valeur pronostique sans être absolue est plus grande :

1. Il semble que le degré d'altération de la courbe soit dans une certaine relation avec l'étendue des lésions. Mais il faut considérer le mode de variation de l'ensemble des examens successifs et ne tirer aucune conclusion d'un examen unique (sujets guéris conservant une courbe anormale).

2. Les variations des tracés semblent, d'une manière générale, parallèles aux améliorations ou aggravations.

3. La courbe semble plus influencée par l'état anatomique du poumon que par le processus tuberculeux lui-même.

4. La courbe n'est pas influencée par les incidents passagers survenant en cours d'évolution.

L'intérêt de la méthode résiderait dans l'orientation générale qu'il permet de donner au traitement de malades non hospitalisés au moyen d'une réaction d'une sensibilité limitée mais demandant peu de temps à un praticien dépourvu de laboratoire. R. LEVENT.

Le pneumothorax spontané. (H. B. MULHOLLAND et S. C. FLIPPIN. *Virginica med. Monthly*, déc. 1926.) — L'auteur publie 7 observations personnelles : l'une de pneumothorax à rechute chez un bacillaire non encore dépisté, 2 autres chez des sujets bacillaires, 3 autres chez des sujets demeurés sains longtemps après la cessation des accidents; 1 cas, enfin, de pneumothorax chez un nourrisson par ouverture d'un abcès sous-pleural d'origine otitique. Toutes réserves faites d'ailleurs sur la possibilité de l'évolution d'une tuberculose, il pose à nouveau, après Bendove, la question des variations dans les signes physiques d'épanchement gazeux dans la plèvre selon que le pneumothorax est spontané ou artificiel et celle de leur valeur pronostique. R. LEVENT.

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Les néphrites en général. (R. M. LE COMTE. *Virginia med. Monthly*, janv. 1927.) — L'auteur rassemble les néphrites dans une classification inspirée de Volhard. Absence de lésions vasculaires, les lésions du rein sont dues à une infection, fréquemment en foyer latent (selon les idées de Rosenow) ou à une intoxication. Le traitement du foyer causal commande la guérison. Si ce traitement ne peut être institué les lésions progressent, les vaisseaux sont atteints, ce qui est marqué en général par une modification de la tension artérielle. La

seconde catégorie de Volhard comprend les glomérulonéphrites aiguës et chroniques et les néphrites interstitielles, évoluant plus ou moins vite vers l'urémie. Il existe d'ailleurs des types mixtes. Ces formes, ainsi envisagées sous l'angle de la physiologie pathologique permettent l'orientation du traitement en particulier dans les formes sans lésions vasculaires. R. LEVENT.

Le diagnostic des diverses formes de néphrite. (L. S. EARLY. *Virginia med. Monthly*, janv. 1927.) — L'auteur passe en revue les classifications anciennes des néphrites. Il distingue des néphrites aiguës qu'il subdivise suivant les lésions anatomiques et qu'au milieu des symptômes communs l'examen complet des urines permet de séparer; et des néphrites chroniques. Parmi ces dernières il distingue, selon une doctrine qui a depuis longtemps conquis sa place en médecine, le type chlorurémique et le type azotémique avec leurs lésions respectives et insiste sur l'importance et la précocité au cours des néphrites aiguës des lésions du fond de l'œil.

R. LEVENT.

Le traitement chirurgical de la néphrite. (MAX KAPPIS [Hanovre]. *Centralbl. f. in. med.*, 12 fév. 1927.) — La décapsulation du rein est connue depuis 1896 et les résultats qu'ont obtenus les auteurs paraissent souvent favorables; mais ils les ont obtenus dans des cas si différents qu'on s'en explique mal le mécanisme : qu'il s'agisse de décongestion du parenchyme, de production de nouvelles voies sanguines, d'action sur le sympathique, sans parler de modes d'action plus hypothétiques encore qu'ont entrevus certains auteurs.

L'auteur rassemble sur les indications actuelles du traitement chirurgical les notions suivantes : néphralgies, hématuries essentielles, l'anurie de la glomérulonéphrite aiguë avant le troisième jour, la glomérulonéphrite sans tendance à l'amélioration jusqu'au troisième mois au plus tard; dans les intoxications type sublimé il y a d'autant moins à perdre qu'on intervient plus tôt; l'auteur étend l'indication à certaines néphroses subaiguës ou chroniques mais refuse de rien trancher actuellement en ce qui touche la néphrite chronique.

R. LEVENT.

Considérations cliniques sur l'hématurie, (W. CALHOUN STIRLING. *Virginia med. Monthly*, janv. 1927.) — L'auteur passe en revue 300 cas personnels qu'il s'efforce de classifier en raison de l'importance d'un symptôme trop souvent négligé pour des raisons diverses. Il constitue cinq groupes étiologiques de fréquence décroissante : inflammations — calculs — obstructions autres, néoplasies, néphrite chronique et cite à l'appui de chacun des observations personnelles en insistant particulièrement sur la bacillose. Il ne faut pas oublier que des hématuries peuvent relever d'une affection générale, purpura, hémophilie ou d'une lésion d'un organe voisin de l'appareil urinaire; tumeurs des organes génitaux et surtout appendicites. La radiographie a ici une importance extrême pour l'établissement du diagnostic. Si dans plus de la moitié des cas il s'agit de lésions des voies urinaires supérieures, les hématuries d'origine vésicale ou prostatique sont également loin d'être exceptionnelles, point que l'auteur se borne à signaler. R. LEVENT.

Sur l'action diurétique du novasurol combiné au chlorure d'ammonium. (R. LINCIO. *Revue méd. de la Suisse Romande*, 25 janv. 1927.) — Le novasurol est une combinaison de véronal et d'un sel de mercure et de sodium dont les propriétés diurétiques sont connues et qu'on a employé jusqu'ici dans l'insuffisance cardiaque et dans les néphrites. Son action au cours des cirrhoses hépatiques était plus discutée.

Les recherches de l'auteur ont confirmé les notions déjà acquises sur le mode d'administration (intramusculaire, puis intraveineux) et sur les doses à employer (1/2 centimètre cube par jour de la solution à 10 p. 100 intramusculaire, puis lorsqu'on a reconnu la tolérance du malade, intraveineux). Lincio a associé ce médicament au chlorure d'ammonium per os (5 à 16 grammes par jour) dont l'action renforçante paraît considérable. Dans les trois indications précitées les résultats ont été bons. Les médicaments ont été également actifs dans une pleurésie hémorragique tuberculeuse mais ils ont été mal tolérés.

Le chlorure d'ammonium permet de diminuer les doses de novasurol sans diminuer l'efficacité. Il rend aux tonicardiques l'efficacité qu'ils avaient perdue. Il ne semble pas y avoir d'accoutumance et l'action semblerait persister plus longtemps que l'administration du médicament. R. LEVENT.

APPAREIL DIGESTIF

Kératite interstitielle due à une infection focale du système dentaire. (G. W. MACKENZIE, *Med. journ. and Rec.*, 19 janv. 1927.) — Une observation de kératite interstitielle rebelle, unilatérale dans le traitement de laquelle échouent tous les traitements classiques. On essaie le traitement spécifique en dépit de l'unilatéralité des lésions sans obtenir aucun résultat.

L'examen radiologique de la mâchoire ayant montré des lésions alvéolaires, le traitement stomatologique est institué qui ne donne lieu à aucune amélioration. On s'en prend enfin à l'alvéole dentaire lui-même où les rayons montrent, de façon persistante, une image qui semble celle d'un séquestre osseux. Amélioration très rapide qui s'accentue par un traitement oculistique. La vision parfaite n'est cependant pas complètement récupérée. R. LEVENT.

Les relations entre les lésions amygdaliennes et le goitre. (I. BRAM. *Med. jour. and Rec.*, 6 avril 1927.) — Étude statistique d'une série de 9864 goitres qui amène l'auteur aux conclusions suivantes :

L'influence des lésions amygdaliennes est douteuse sur le goitre simple, mais l'ablation des amygdales aurait eu à elle seule une heureuse influence sur l'état du malade.

De grosses amygdales non infectées coexistent souvent à la puberté et pendant l'adolescence avec un goitre simple de type colloïde, hypertrophique ou hyperplasique; l'ablation semble inutile sauf le cas de gêne mécanique.

Des amygdales malades semblent jouer un rôle accessoire dans l'apparition de troubles toxiques au cours d'un goitre jusqu'alors non toxique; l'ablation améliore les troubles toxiques mais ne modifie pas le goitre.

Elles ont, au contraire, souvent une influence accessoire dans le goitre exophtalmique, le rôle principal revenant aux facteurs psychiques et à la prédisposition névropathique; la tonsillectomie n'a aucune influence curative et n'est que l'accessoire du reste du traitement.

En dépit de ces constatations peu encourageantes, il est bon d'enlever les amygdales dans tous les cas de goitre en prenant dans les adénomes toxiques et les cas de Basedow toutes les précautions propres à atténuer les réactions au traitement chirurgical. R. LEVENT.

Les séquelles fâcheuses de la tonsillectomie. (C.-C. RICE. *Med. journ. and Rec.*, 6 avril 1927.) — Aussi bien en matière de tonsillectomie qu'en matière d'avulsion dentaire, des excès ont été commis. Bien que des amygdales infectées soient la porte d'entrée d'infections diverses et l'origine de maladies diverses, la pratique médicale montre qu'il faut se garder de toute exagération.

Chez l'adulte, l'ablation des amygdales est loin d'être une opération inoffensive; chez les sujets ordinaires et bien plus encore chez ceux qui font un usage professionnel de leur voix — chanteurs, acteurs, orateurs — les suites opératoires sont assez fréquentes pour être bien connues, non seulement des spécialistes, mais encore des praticiens non spécialisés.

Le résultat le plus habituel est la sécheresse du fond de la gorge, coexistant souvent avec une pharyngite, avec sécrétion abondante de mucus dont l'évacuation devient malaisée. Les lésions nerveuses et vasculaires, dues au trauma opératoire, ne sont pas négligeables; il faut aussi faire la part de la rétraction cicatricielle et des modifications statiques et dynamiques de la muqueuse pharyngée.

Les diamètres buccaux et pharyngés se trouvant changés la voix est habituellement modifiée de timbre et d'étendue.

La puissance et la souplesse des cordes vocales sont diminuées; les cordes se congestionnent, s'épaississent, les cartilages aryténoïdes augmentent de volume par propagation à la zone aryténoïdienne de la rhino-pharyngite par la paroi postérieure du pharynx; le nodule des chanteurs en est une conséquence fréquente. Il faut mentionner l'imperfection de l'occlu-

sion du rhino-pharynx qui favorise le reflux salivaire et alimentaire vers les fosses nasales, les complications auriculaires et parfois l'extension de l'inflammation de l'arbre bronchique.

Lorsqu'il existe des troubles gênants, il faut se garder de recourir à l'ablation des amygdales; leur réduction au galvanocautère est un traitement plus efficace et moins dangereux.

R. LEVENT.

Étiologie de l'appendicite gangréneuse. (MICHEL, DE LAVERGNE et ABEL. *Arch. des mal. de l'app. dig. et des mal. de la nutrition*, janv. 1927.) — Etude bactériologique provoquée par le contraste qui existe entre la présence dans les lésions de l'appendicite gangréneuse d'anaérobies au niveau des zones sphacéliques, et le faible pouvoir pathogène des mêmes germes dans les conditions expérimentales habituelles. La contradiction est facilement résolue par la comparaison des données expérimentales, bactériologiques et anatomiques.

Si les anaérobies stricts sont à peu près sans effet sur des tissus sains leur malignité se démasque au contraire sur des tissus à vitalité compromise. Cette condition est réalisée dans l'appendicite, soit du fait des lésions de la muqueuse par les pyogènes banaux dont l'action s'exerce d'abord, soit du fait des lésions vasculaires qui compromettent la résistance des tuniques de l'appendice, soit par l'alliance des deux facteurs. Il y a appendicite d'abord, gangrène consécutivement. Les germes anaérobies qui interviennent sont des hôtes habituels de l'intestin.

R. LEVENT.

Épiploïtes chroniques. (Ch. WALTHER. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mars 1927.) — L'épiploon, à cause de sa mobilité, peut participer aux affections d'un grand nombre de viscères abdominaux, mais plus particulièrement l'appendicite, les affections chroniques du côlon, du duodénum, de l'estomac, de la vésicule. A noter de plus que si l'épiploïte est parfois un effet, elle peut d'autres fois être une cause. Les lésions de l'épiploon, même lorsqu'elles évoluent de façon complète, n'aboutissent pas fatalement à la production d'adhérences.

Les symptômes que l'on observe, en particulier, au cours de l'appendicite sont beaucoup plus des signes de présomption que des signes de certitude : irradiations à l'épigastre ou le long du côlon transverse, douleur du côté droit s'étendant du foie à la fosse iliaque; la douleur dans la région lombaire à la flexion ou à la torsion du tronc a plus de valeur. L'auteur signale aussi la fréquence plus grande de l'inappétence et du dégoût électifs, ainsi que l'intérêt diagnostique des poussées successives de colite membraneuse. L'examen montre des points douloureux ou des zones douloureuses diffuses dans les hypocondres, la région ombilicale et dans le sinus de l'angle colique; on provoque par la pression dans l'angle colique une sensation de tiraillement gastrique douloureux avec nausée; il existe souvent de la dilatation et de la stase au niveau du cæcum; en palpant le flanc interne du côlon ascendant et l'angle colique on perçoit de la résistance ou de l'empâtement plus ou moins douloureux. L'examen radioscopique permet de préciser les rapports anatomiques des points douloureux et de reconnaître l'existence des déformations intestinales et le degré d'extension des lésions.

Le diagnostic demeure cependant toujours délicat; il est nécessaire de le faire, soit avant, soit pendant l'intervention. L'exérèse large de toute la portion altérée de l'épiploon, qui est bénigne, permet seule, en effet, d'assurer à l'intervention principale un succès complet et durable. La persistance dans l'abdomen d'un épiploon lésé peut, en effet, être l'origine d'autres manifestations pathologiques, du côté des côlons en particulier.

R. LEVENT.

TUMEURS

A propos de l'étiologie du cancer. (LEVERETT D. BRISTOL. *Med. Journ. and Record*, 15 déc. 1926.) — Les recherches sur ce point doivent pour l'A. s'orienter vers le domaine de la physiologie, de la chimie biologique et de la biologie générale. Dès 1919, il a incriminé l'action d'enzymes encore mal connues, d'origine leucocytaire. Il revient sur cette conception en insistant sur le fait que les cellules et les tissus soumis à des irritations prolongées et à des inflammations chroniques, qui sont souvent le point de départ de néoplasies, sont en même temps le siège d'une importante concentration lymphocytaire. Le fléchissement des défenses organiques permettrait au caractère de malignité d'apparaître.

Cette conception s'accorderait assez avec les travaux de Carrel sur les tréphones et sur l'action favorisante qu'il a montrée chez les leucocytes vis-à-vis des cultures de fibroblastes.

R. LEVENT.

Le problème du cancer. (W. E. GYE. *Lancet*, 13 nov. 1926.) — Touchant le problème de l'origine du cancer, il est des actions déjà établies depuis longtemps : le cancer frappe aussi bien l'animal que l'homme et en dehors de toute civilisation ou domestication; d'autre part, la transmission des tumeurs semble bien se faire par transplantation cellulaire d'élément anatomique cancéreux vivant et non par simple infection; il existe de plus une spécificité d'hôte qui ne permet de reproduire la tumeur que chez un animal de même espèce que celui qui a fourni le greffon.

Sur ce dernier point, il existe une exception : l'embryon du poulet réalise un milieu de passage de la tumeur de la souris vers le rat nouveau-né.

C'est la cellule cancéreuse vivante elle-même qui semble le germe; et pourtant on a réalisé par le goudron des tumeurs de la souris qui semblent aussi particulières à l'espèce souris que les tumeurs spontanées.

D'autre part, il existe chez les gallinacés des cancers véritables, étudiés depuis 1910 par Peyton-Rous et Murphy, qui sont transmissibles après filtration ou après redissolution d'un extrait sec sans qu'on puisse mettre en évidence de cellule. Dans certains cas, il est à noter que les filtrats demeurent inactifs temporairement.

Du rapprochement de ces notions anciennes, jaillit une contradiction : suivant les travaux, il y a dépendance absolue ou relative de la transmission du cancer vis-à-vis d'un substratum cellulaire.

Pour l'auteur il ne suffit pas pour résoudre la comparaison d'invoquer une analogie entre les actions d'un virus filtrant dans les tumeurs de Peyton-Rous, d'un irritant extrinsèque dans des tumeurs par le goudron. Il accepte, sous réserve de démonstration, l'existence d'un virus pour lequel on devra mettre en évidence les raisons de son caractère spécifique. Pour Gye on peut y parvenir.

Il est des cas où l'inoculation des tumeurs des gallinacés est habituellement négative : l'inoculation de filtrats à partir de produits desséchés ou de produits chauffés. Donc le caractère de transmissibilité malgré filtration est inconstant.

D'autre part, un chauffage à 55 degrés pendant un quart d'heure suffit à rendre les filtrats inactifs. Résultat constant; or, 55 degrés est une température insuffisante à tuer un microbe.

A noter que la virulence des filtrats varie et qu'il faut un chauffage d'autant plus long ou d'autant plus proche de 55 degrés que la virulence est plus grande.

Les antiseptiques modifient également le filtrat qui devient inactif (en particulier l'acriflavine). Chaleur et antiseptiques agissent sur des facteurs différents tous deux nécessaires à la production de la tumeur. La réunion des deux extraits inactifs restitue un produit actif; les extraits d'une tumeur même spontanément inactive réactivent l'extrait après acriflavine, mais non un extrait inactivé par la chaleur.

La réactivation d'un extrait après acriflavine ne se fait pas lorsqu'on y ajoute des extraits de tissus normaux même embryonnaires.

Gye en conclut donc à l'existence d'un virus filtrant détruit par les antiseptiques dont le pouvoir est latent lorsque le facteur thermolabile est absent, et rappelle les idées de Borrel sur la nécessité d'une irritation permanente en plus de la présence d'un virus. Ce virus subsisterait seul dans l'extrait chauffé, existerait dans les extraits de tumeurs d'origine différente et pourrait être cultivé sur des milieux spéciaux; il serait, dans certaines conditions, visible et possible à photographier. L'existence du facteur thermolabile en corrélation permettrait de concilier les données anciennes et les nouvelles.

R. LEVENT.

Le sarcome de Rous n° 1. Etude expérimentale. (RONALD D. MACKENZIE et C. ILLINGWORTH. *Lancet*, 9 oct. 1926.) —

Les auteurs ont répété les expériences de Gye touchant le sarcome du poulet de Peyton-Rous et ont recherché comment se comportent dans les mêmes conditions expérimentales certains extraits de tissus non cancéreux.

Les résultats expérimentaux tendent nettement à confirmer l'ensemble des conceptions de Gye.

Existence de deux facteurs séparément inoffensifs, que la réunion rend actifs, l'un détruit par les antiseptiques, l'autre détruit en quelques jours par le séjour dans un même milieu de culture; le temps nécessaire à sa disparition variant, du reste, avec la puissance végétative de la tumeur d'origine.

Le « virus » détruit par les antiseptiques peut être remplacé par un agent extrait d'une tumeur d'un mammifère mais non pas par des extraits d'embryon ou de tissus placentaires.

Pour des raisons de commodité, les auteurs ont employé la nomenclature de Gye, mais ils font actuellement toutes réserves sur la légitimité de ces dénominations.

Ils n'ont pu, dans certains cas, réaliser la transmission d'une tumeur au moyen du filtrat provenant de certains échantillons. Les aptitudes, inégales suivant les animaux, à faire du cancer sont un facteur dont il faut tenir compte pour interpréter des expériences de cette espèce.

Les auteurs n'ont pu réaliser de culture secondaire du « virus », mais ils ont pu, en anaérobiose, conserver jusqu'à trois jours l'activité de certains échantillons.

R. LEVENT.

Tumeurs malignes consécutives à une application unique d'un irritant. (H. P. PICKERILL. *Lancet*, 23 oct. 1926.) — Trois observations publiées à l'appui de deux autres plus anciennes dues à Marshall Findlay : un cas d'épithélioma baso-cellulaire de l'angle de l'œil après brûlure par escarbille; un cas d'épithélioma kératosique du pavillon de l'oreille après brûlure de cigarette; un cas de papillome kératosique de la lèvre après brûlure de pipe. Dans ces trois cas intervient l'action de la chaleur; de même que dans les observations de Marshall Findlay l'irritation unique était due à du goudron brûlant.

R. LEVENT.

LIVRES NOUVEAUX

Essai sur une nouvelle radiologie vasculaire (1), par Manoel DE ABREU.

Les affections du médiastin, étant donnée leur situation profonde et inaccessible, appartiennent presque entièrement à la séméiologie radiologique. Aortites, dilatations et ectasies, anévrismes, modifications de la pression sanguine, syndromes médiastinaux, etc., exigent l'examen radiologique de l'aorte.

Les nombreux points obscurs et les contradictions en matière de radiologie du médiastin étaient causés par l'absence d'une connaissance exacte des causes de la visibilité des concours médiastinaux : l'aorte ascendante, la crosse, la descendante se présentaient d'une façon toujours artificielle ou les deux contours opposés se dessinaient parallèlement.

Une nouvelle conception de la radiologie du médiastin, ses conséquences pratiques, le plus souvent inattendues, voici l'essence même de cet ouvrage.

Un choix de 36 téléradiographies hors texte, originales, commentées dans le texte, illustrent chacun des cas examinés par l'auteur.

L. G.

(1) Un volume de 214 pages avec 58 figures, 6 photographies et 36 téléradiographies hors texte originales. — Prix (France et Etranger) : 38 fr. (sans majoration). — Paris, Masson et Cie.

LE JEUDI 13 OCTOBRE 1927

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement salle des concours de l'Administration générale de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères, à l'adjudication de la fourniture d'*articles de coucher, linge, habillement et pansements* nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant l'année 1928.

Ladite fourniture, divisée en 87 lots, comprend les articles suivants : couvertures de laine et de coton, langes de laine et de coton, laine blanche, crin, plume, toiles diverses et étoffes de fil, cotonnades blanches et écrues, cotonnades de couleur, draperies, molleton, étoffes de laine et de laine et coton, toile imperméable caoutchoutée, bonneterie, chapellerie, sabots, chaussons, coton hydrophile et coton cardé, gaze mousseline apprêtée et sans apprêt.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, 3, avenue Victoria, bureau n° 8, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures. Les échantillons-types sont déposés au Magasin central des hôpitaux, 89, boulevard de l'Hôpital.

Dépôt des demandes jusqu'au samedi 1er octobre 1927.

NOTES POUR L'INTERNAT

KYSTES DU CREUX POPLITÉ

DÉFINITION

Classiquement les tumeurs kystiques de la région poplitée comprenant deux groupes.

Kystes arthrosynoviaux articulaires développés aux dépens de la synoviale.

Kystes tenosynoviaux développés aux dépens des bourses séreuses tendineuses de la région.

ÉTIOLOGIE

Ils s'observent :

Chez l'adulte, vers vingt à trente ans.

Plus souvent chez l'homme.

Les traumatismes locaux, la fatigue favoriseraient leur production.

PATHOGÉNIE

1° Pour les classiques :

A. **Kystes articulaires.** — Peuvent résulter d'un double mécanisme :

a. *Soit hernie de la synoviale* à travers les éraillures de la partie postérieure de la capsule. L'hydarthrose favoriserait leur apparition;

b. *Soit oblitération d'un follicule synovipare* qui s'accroîtrait ensuite par accumulation des produits de sécrétion.

B. **Kystes tendineux.** — Seraient des « hygromas chroniques » des bourses tendineuses de la région.

2° Des travaux récents (Letulle, Bazy, Lecène) ont montrés que dans certains cas le mécanisme est tout autre. Il s'agit *d'une dégénérescence massive et localisée du tissu conjonctif péri-articulaire avec liquéfaction de la substance interstitielle et formation de pseudo-kystes.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° Classique :

Kyste : volume : variable : noix, œuf.

Forme : tantôt régulier, arrondi, unique;

Tantôt bosselé, lobulé, forme de tumeurs kystiques juxtaposées ou fusionnées.

Paroi : conjonctive, souvent mince, parfois fibreuse, épaisse.

Revêtement synovial dans les kystes articulaires.

Contenu. — Liquide tantôt séreux,

Tantôt gélatiniforme, ressemblant à de la gelée de coing.

2° Pour Bazy, l'on peut saisir les différents stades évolutifs :

a. *Kystes fixés*, à contours nets avec coque fibreuse dense, à revêtement interne d'aspect endothélioïde;

b. *Kystes moins avancés*, à paroi formée d'un tissu collagène d'aspect hyalin;

c. *Kyste au début.* Liquéfaction gélatiniforme de la substance interstitielle avec altération des cellules conjonctives.

En somme il s'agit non d'une malformation anatomique, mais d'une lésion pathologique.

ÉTUDE CLINIQUE

Début : exceptionnellement brusque.

Toujours lent, insidieux, progressif.

État :

Signes fonctionnels. — Quelques signes fonctionnels attirent l'attention :

Gêne dans l'extension de la jambe.

Fatigue à la marche.

Engourdissement, crampes dans le mollet.

Souvent le malade a découvert lui-même sa tumeur.

Signes physiques. — Inspection. — Parfois déformation des téguments soulevés par une tuméfaction médiane ou latérale.

Palpation. — **Attitude.** — Le malade est mis en décubitus ventral, la jambe à demi fléchie pour relâcher les muscles et aponévroses du creux poplité.

L'on sent :

Une tumeur de volume variable.

Une noix, un œuf.

Arrondie ou ovalaire, plus rarement bosselée.

Lisse et régulière.

Mobile sous une peau saine, surtout transversalement.

Indolente.

Fluctuante.

Sans mouvements d'expansion.

Souvent :

Le membre en extension, elle devient dure et ferme.

Le membre en flexion, elle est plus nettement fluctuante et tend à disparaître parfois.

Son siège a une importance capitale.

Elle est rarement *médiane*, et dans ce cas serait d'origine articulaire.

Plus souvent *latérale* et surtout latérale interne un peu au-dessus de l'interligne.

Il faut encore chercher :

L'hydarthose concomitante du genou qui est fréquente,

La réductibilité de la tumeur poplitée. Une main appliquée à plat sur la rotule sent cette dernière se soulever lorsque, par pression de l'autre main, l'on vide la poche poplitée.

En effet, la disparition de la tumeur à la flexion n'est pas un signe certain de réductibilité.

Explorer le creux poplité du côté opposé, car l'affection est parfois bilatérale.

EVOLUTION

Lente :

Atteint un certain volume, la tumeur cesse généralement de s'accroître.

L'on a signalé des cas de *rupture* de la poche, mais la récidive est fréquente.

L'infection est, au contraire grave, surtout s'il y a communication avec l'articulation.

DIAGNOSTIC

Est généralement facile.

1° **Kyste médian.** — *a.* L'on éliminera facilement les tumeurs solides grâce à la sensation de mollesse et de fluctuation mise en évidence la jambe demi-fléchie.

Externe poplité, visible à la radio.

Névrome allongé, fusiforme, souvent associé à d'autres tumeurs nerveuses. Maladie de Recklinghausen.

Ganglion poplité enflammé, douloureux.

b. Le diagnostic peut se poser surtout avec :

Anévrismes, car le kyste peut comprimer l'artère et transmettre ses battements.

Anévrisme artériel, mais souffle systolique et surtout disparition de la tumeur par compression de l'artère en amont.

Anévrisme artério-veineux, souffle et thrill à renforcement systolique, disparition par compression de l'artère.

2° **Kystes latéraux**, se distinguent facilement.

Lipome : fausse fluctuation, aspect lobulé.

Fibrome : rare.

Abcès froid ganglionnaire ou articulaire, diagnostic plus difficile et en présence de gros kystes, facilement réductibles, avec hydarthose, rechercher la bacillose articulaire.

TRAITEMENT

Les kystes communicants sont justiciables de la compression ou de l'intervention sanglante.

Les kystes irréductibles peuvent être traités par ponction et injection modificatrice; souvent le contenu épais empêche la ponction.

L'extirpation est alors nécessaire.

Dans tous les cas, *les récidives sont fréquentes*, même après ablation.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pa s.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'asile public autonome d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône) par suite du départ de M. le docteur Usse.

GUERRE. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 10 septembre 1927, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie (*fin*, voir n° 76, 1re page) :

Médailles d'argent (délivrées après vingt années de services gratuits). — 5e légion : MM. Villebonnet (de Blet), Huchon (de Dun-sur-Auron), Delabaudinière (de Graçay).

6e légion : MM. Robert (de Revigny), Jullich (de Saulces-Monclin).

7e légion : Jacquot (d'Audincourt), Girard (de Montbenoit), André (de Pont-de-Roide), Jannot (d'Audincourt).

8e légion : MM. Blanche (de Brienon), Bauzon (de Chalon-sur-Saône), Bernardet (de Toulon-sur-Arroux), Goupil (de Bar-sur-Aube).

9e légion : MM. Bregeon (de Gençay), Clochard (de Mauzé), Perrault (de Nueil-sur-les-Aubiers), Algret (La Châtre), Guittet (de Baupréau).

10e légion : MM. Duval (de Bréhal), Brandès (de Lézardrieux), Porée (de Rennes).

11e MM. Féval (de Pontchâteau), Gascon (de Saint-Nicolas-de-Redon), Horveno (de Saint-Etienne-de-Montluc), Attila (de Josselin), Bastard (de Bournezeau).

12e légion : MM. Lafaye (de Saint-Astier), Laboisne (de Chabanais), Chauvaud de Rochefort (de Saint-Pardoux-la-Rivière), Lescure (de Bort), Tarrade (de Châteauneuf-le-Forêt), Roullet (d'Ussel).

13e légion : MM. Galland (d'Allègre), Picandet (de Montmarault), Renon (d'Hérisson), Moisset (de Saint-Urcize), Fabre (de Dompierre).

14e légion : MM. Boissat (Le Péage-de-Roussillon), Boillerault (d'Ambérieu), Ruyssen (de Montalieu-Vercieu), Marchat (de Remuzat), Guillaud (Les Echelles).

15e légion : MM. Passano (de Cagnocoli-Montichi), Berthet (de Pilette), Henry (de Cavaillon), Fabre (de Roquemaure), Paolantonacci (de Saint-Louis-du-Rhône), Bressot (de Vals-les-Bains), Lyons (du Cap-d'Ail), Gaimard (d'Aubagne), Giraud (de Thueyts), Meyzonnet (de Mallemort).

17e légion : MM. Villebrun (de Capestang), Roché (de Couiza).

17e légion : MM Linon (de Caylus), Barbé (de Salies), Delbreil (de Puy-l'Evêque), Cazes (de Lalbenque), Lavedan (de Masseule), Ducos (de Masseule), Lassalle (de Sousceyrac), Durieux (de Martel), Villatte (de Tonneins).

18e légion : MM. Crauste (de Soumoulou), Parasols (de Pau), Dupouys (de Pomarez), Naureils (d'Ygos), Dourthe (de Sabres), Turlais (de Montendre), Dagneaud (de Mortagne-sur-Gironde), Dugoua (de Jonzac).

19e légion : M. Wolters (de Trolard-Taza).

20e légion : M. Glair (de Lamarche).

Médailles de vermeil (délivrées après vingt-cinq années de services gratuits). — Légion de Paris : MM. Galand (de Paris), Bernard (de Saint-Ouen), Calbet (de Chatou), Lévêque (de Perreux), Chevrolle (de Courtacon), Fourniols (de Magny-en-Vexin), Savelli (de Rueil), Roynet (de Paris).

1re région : MM. Camblin (de Fruges), Rançon (de Samer), Six (de Laventie).

3e légion : MM. Glennie (de Clères), Chevillot (de Pont-l'Evêque).

4e légion : MM. Bruneau (de Beaumont-sur-Sarthe), Rabot

(de Mesle-sur-Sarthe), Jardin (de Bouère), Jamaux (de Bourgneuf-la-Forêt), Castaing (de Montmirail), Jamet (d'Exmes), Sevray (de Trun), Chevalier (de Marolles-les-Braults.

5e légion : MM. Feurtet (La Machine), Fie (Saint-Amant-en-P.), Pellagot (La Guerche), Chamaillard (de Pouilly-sur-Loire), Cordonnier (de Fourchambault).

6e légion : MM. Gobert (d'Avize), Mathieu (de Sézanne).

7e légion : M. Métoz (L'Isle-sur-le-Doubs).

8e légion : MM. Montcharmont (d'Etang-sur-Arroux), Lacomme (de Lucennay-l'Evêque), Forestier (de Seignelay), Cortet (d'Arc-sur-Tille), Angellier (de Chagny), Robert (de Joigny).

10e légion : MM. Panzani (de Beaumont), Joubaire (de Rennes), Bouché (de Rostrenen), Hamon (d'Hénanbihen).

11e légion : MM. Gabory (de Varades), Guérin (de St-Jean-de-Monts), Pineau (La Caillère).

12e légion : MM. Pasquet (d'Uzerche), Chabrol (de Châlus), Penot (de Bellac), Devillard (de Brantôme), Huot (de Vallereuil), Murat (de Belvès).

13e légion : MM. Maradeix (de Maringues), Borderie (de Saint-Cernin), Gardel (de Cunlhat), Pellet (de Maringues), Maltrait (d'Arlanc), Gigante (de Sainte-Florine), Soumaire (de Craponne).

14e légion : MM. Daclin (de Vinay), Sérullaz (de Vaugneray), Robert (de Pont-de-Chéruy), Clément (de Rumilly), Verdan-Menod (de Viuz-en-Pallaz), Trombert (d'Evian), Dessèvre (de Saint-Laurent), Carrez (de Mornant), Clavel (La Côte-St-André), Durand (Le Touvet), Armand (de Lagnieu).

15e légion : MM. Ciambelli (d'Ajaccio), Courchet (La-Garde-Freinet), Ducerf (de Saint-Hippolyte-du-Fort), Raiberti (de Saint-Martin-Vezubie), Serraire (de Saint-Auban), Ménard (de Remoulins), Armandon (de Lamastre), Long (de Courthezon), Cavasse (de Vallauris), Jean (de Lussan), Antoniotti (de Pietraserena), Caire (de Sainte-Cécile).

16e légion : MM. Vazelle (de Mur-de-Barrez), Barrandon (de Grandrieu), Cairel (de Castries), Fabre (de Graissessac), Conturie (de Langogne), Bessière (de Mende), Bouisson (Le Gua), Vergnes (de Camarès), Cros (de Montréal).

17e légion : MM. Crémazy (de Saint-Ybars), Boudaut (de Carbonne), Maurette (de Prat-Bonrepaux).

18e légion : MM. Maupomé (de Montégut), Cola (de Mont-de-Marsan), Duprat (de Labrit), Bourrus (de Portets).

19e légion : MM. Ribière (de Zemmora), Dechenne (de Saint-Eugène), Guelpa (de Birkadem), Meinard (de Rebeval).

20e légion : MM. Reynders (de Nomény), Mathieu (de Neuves-Maisons).

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE MICROBIOLOGIE. — Une Société est fondée sous le nom de « Société internationale de Microbiologie ».

Elle comprendra non seulement la bactériologie, mais toutes les sciences se rapportant à la microbiologie (parasitologie, microbiologie médicale, vétérinaire, agricole, botanique, etc.).

Les statuts de la Société seront élaborés et ses buts définis dans une séance constitutive qui se tiendra immédiatement avant le prochain Congrès international de microbiologie, le bureau recevant pour première mission d'organiser des Congrès internationaux de microbiologie. Le premier de ces Congrès se tiendra, si possible, en octobre 1928, à Paris.

La Société est placée sous le patronage et l'appui effectif de membres d'honneur. Ont été nommés à l'unanimité membres d'honneur : MM. Roux, R. Pfeiffer, Kitasato, W. Welch, Beyerinck, Wright, Yersin, Winogradsky.

Sont nommés membres fondateurs, les membres présents à la réunion d'organisation et ceux qui ont envoyé leur adhésion.

Etaient présents : MM. Aldershoff (Hollande); Besredka (France); Bujwid (Pologne); Calmette (France); Di Vestea (Italie); Douglas (Angleterre); Fermi (Italie); Finzi (Italie); Hahn (Allemagne); Hempt (Yougo-Slavie); Gerlach (Autriche); Kitashima (Japon); Kling (Suède); Levaditi (France); Madsen (Danemark); Marie (France); Martin (France); Mac Kendrick (Angleterre); Mesnil (France); Neufeld (Allemagne); R. Pfeiffer (Allemagne); P. Da Silva (Portugal); Prausnitz (Allemagne); Puntoni (Italie); Rajchman (Pologne); Remlinger (France); Sobernheim (Suisse); Schnurer (Autriche); Vallée (France); Wehrle (Allemagne); Wu Lien-Teh (Chine); Zlatogoroff (U. R. S. S.).

Ont envoyé leur adhésion : MM. Belfanti (Italie); S. Flexner (Etats-Unis); Zabolotny (U. R. S. S.).

Des noms pourront être ajoutés à cette liste.

Les membres fondateurs organiseront dans leurs pays respectifs un comité national. Les pays qui ne sont pas encore représentés pourront également constituer un comité national.

Chaque comité national élira un Président.

Les Présidents des comités nationaux seront de droit vice-présidents de la Société internationale de microbiologie.

Toutes les Sociétés de microbiologie existant déjà pourront adhérer à la Société à titre de membre fondateur.

Pourront adhérer à la Société, en qualité de « membres titulaires » dans chaque pays, les microbiologistes qui auront été présentés par le comité national.

Ont été élus à l'unanimité : président de la Société, M. Bordet; secrétaire général, M. R. Kraus; secrétaires généraux adjoints, MM. Dujarric de la Rivière, Gildemeister et Harry Plotz.

INAUGURATION DU MONUMENT BÉCHAMP. — La semaine dernière a été inauguré à Bassing, près de Dieuze, où il naquit en 1916, un monument élevé à la mémoire du professeur Béchamp, membre correspondant de l'Académie de médecine et le premier doyen de la Faculté catholique de médecine de Lille.

La remise du monument de Béchamp à la municipalité de Bassing fut faite par M. le professeur Baltus, président du Comité, puis le professeur Guermonprez prononça un bel éloge de Béchamp.

NOTES DE PRATIQUE

LITHIASE RÉNALE

Alimentation surtout végétarienne (laitages, légumes, fruits), peu de viande (jamais le soir); interdiction du vin pur, alcool, bière.

Quinze jours par mois : bicarbonate de soude, 2 à 3 g. pro die dans un verre d'eau, matin et soir.

Les autres 15 jours : Théosalvose lithinée, 1 cachet de 0g50 matin et soir (elle favorise la dissolution de l'acide urique en diminuant la concentration des urines).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

EXTERNE, 3e année, cons. oto-rhino-laryng., permuterait ou prendrait serv. méd. ou accouc. Écr. A. P., bureau du Journal.

REVUE GÉNÉRALE

LES ENCÉPHALOPATHIES POSTVACCINALES ET LEUR PATHOGÉNIE

PAR MM.

VOIZARD et BAIZE
Médecin des hôpitaux militaires. Interne des hôpitaux de Paris.

Depuis quatre ou cinq ans, on a signalé à plusieurs reprises, dans différents pays d'Europe, une complication nouvelle de la vaccination antivariolique, consistant en troubles encéphalo-myélitiques souvent graves, survenant dix ou douze jours après l'inoculation cutanée de vaccin jennérien.

Un certain nombre de cas furent observés en Angleterre par Turnbull, Mac-Intosh, Winnicott et Gibbs en 1923; d'autres furent étudiés en Hollande par Bouwdyk-Bastiaanse et ses collaborateurs Therburg, Bijl et Levaditi, au cours des années 1924 et 1925. D'autres cas furent publiés par Lucksch (de Prague), par Comby, Netter, Denéchau, Huber en France, par Kraus et Takaki en Autriche. Consécutivement, des faits semblables furent rapportés par Stass et par Carrière en Suisse, par Blanc et Caminopetros à Athènes, par Tarschauer à Berlin.

En relisant des observations anciennes, on s'aperçut que des accidents de même nature avaient été notés bien auparavant, en 1907 par Comby, en 1912 par Turnbull.

Les communications de Netter, le remarquable rapport du professeur R. Jorge au Comité de l'Office international d'hygiène publique, les travaux de la Commission britannique Andrews jetèrent quelque clarté sur la question, en même temps que s'affirmaient, par les recherches expérimentales de Levaditi et Nicolau en France, de Walthard, Krumbach, Herzberg, Gildemeister et Lucksch à l'étranger deux tendances pathogéniques opposées, les uns faisant de la vaccination jennérienne la *cause réelle*, efficiente, de l'encéphalite postvaccinale, les autres au contraire, ne l'admettant qu'à titre de cause *occasionnelle*, favorisant l'éclosion d'une encéphalite léthargique auparavant latente.

A l'heure actuelle, et bien qu'un matériel clinique, histologique et expérimental assez considérable ait été réuni (près de 130 cas enregistrés), ce point étiologique est loin d'être complètement élucidé.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de réunir toutes les données éparses sur la question en une étude d'ensemble qui n'a pas encore été faite à notre connaissance.

Épidémiologie. — En mai 1927, on connaissait 128 cas : le bilan numérique, géographique et chronologique en est le suivant :

Angleterre	62 cas	1922-1924
Hollande	36 —	1924-1925
France	9 —	1926-1927
Tchéco-Slovaquie	7 —	1923
Autriche	7 —	1924-1927
Allemagne	3 —	1926-1927
Suisse, Grèce, Portugal	4 —	1924-1926
Total	128 cas	

Les 9 cas français se décomposent ainsi : Comby 4, Netter 3, Huber 1, Denéchau 1. A noter que le cas de Denéchau (d'Angers) avait été classé par lui parmi « 5 cas d'infections aiguës à type de méningite aiguë semblant se rapporter à la névraxite. » Mais la lecture de l'observation (n° III) ne laisse aucun doute sur la nature post-vaccinale des accidents.

Quelles sont les particularités épidémiologiques de tous ces cas?

En Hollande, le maximum de l'épidémie s'est fait *au printemps*, coïncidant avec le maximum des cas d'encéphalite léthargique (mois de février, mars, avril). Mais en Angleterre, le maximum a été franchement *estival*, avec 51 cas échelonnés de juillet à octobre. Les observations françaises se répartissent sur toute l'année, avec légère recrudescence hivernale. De sorte qu'on ne peut rien conclure d'une distribution saisonnière qui paraît variable suivant les pays.

D'autre part, le maximum de cas d'encéphalopathies postvaccinales ne semble pas correspondre aux périodes de vaccination intensive, ni en Angleterre, ni en Hollande.

En Hollande, l'épidémie avait débuté par les campagnes; au contraire, Londres était touché le premier, avec 11 cas dont 7 mortels. Rien de constant non plus de ce côté.

Enfin, on peut se demander s'il y a eu rapport entre la production de l'encéphalite et certaines souches vaccinales, ou certaines séries de récolte. Cette relation ne semble pas exister, puisque le même vaccin a pu donner des accidents ici et ne pas nuire ailleurs, et que, du reste, dans l'épidémie hollandaise, les vaccins provenaient de quatre établissements différents, d'une douzaine d'animaux, et de cinq souches d'origine diverse (2 Hollandaises, 1 de Berne, 1 de Hambourg, 1 des Indes Néerlandaises). Les accidents ne sont donc pas liés à des qualités particulières de la lymphe employée.

Pour confuses qu'elles soient, ces données épidémiologiques n'en présentent pas moins un intérêt considérable et nous y reviendrons plus loin.

Étiologie. — Dans la majorité des cas, il s'agit d'enfants; pendant l'épidémie hollandaise, presque tous les cas furent observés entre quatre et six ans; en Angleterre les malades étaient surtout des enfants de six à quatorze ans, avec quelques cas de moins de deux ans, d'autres entre vingt et vingt-cinq ans, et même un de quarante-cinq ans. Les 3 cas de Lucksch advinrent chez des enfants ayant respectivement quatre, six et sept ans, ceux de Comby à quatre et six mois, un an et demi et trois ans et demi, celui de Huber à neuf ans, celui de Denéchau à onze. L'âge de prédilection, sauf quelques exceptions, paraît donc compris entre la première et la dixième années.

L'apparition des accidents ne semble pas toujours en rapport avec l'intensité des réactions cutanées. Dans beaucoup de cas, ces réactions sont normales; chez d'autres vaccinés on a souvent noté une inflammation vive au point d'inoculation (Comby, Netter, quelques cas hollandais). Dans le cas de Garret, relaté par le professeur Jorge, l'éclosion des signes

d'encéphalite coïncidait exactement avec l'apparition d'un exanthème vaccinal généralisé.

Les premiers symptômes éclatent au bout d'un laps de temps relativement constant, vers l'époque où la pustule vaccinale et son aréole sont à leur acmé. Les durées extrêmes de cette sorte d'incubation ont été neuf et quinze jours dans l'épidémie hollandaise, la majorité des cas (70 p. 100) se groupant autour du dixième et onzième jour. Mêmes dates dans les observations anglaises et françaises, la durée la plus longue paraissant avoir été de seize jours (Huber) et la plus courte de sept (Comby). L'incubation des accidents est donc en moyenne de *dix à douze jours*; notons en passant qu'elle est identique à celle de la variole.

Cette période n'est pas toujours absolument silencieuse; on a noté du malaise (Denéchau), de l'agitation (Comby), des poussées fébriles éphémères à 39 degrés (Frommel et Baumgartner). Mais en général les premiers signes apparaissent au milieu d'une bonne santé apparente, et sont d'emblée graves.

Symptômes. — *a*. **Début**. — La *céphalée* ouvre la scène : elle est *constante*, toujours vive, parfois horriblement pénible, et s'accompagne de *vomissements* à type cérébral qui ne manquent presque jamais.

La *température* monte rapidement à 40 degrés, parfois au delà (41°8 dans un cas de Comby). Des convulsions peuvent se produire dès cette période, mais le plus souvent les petits malades présentent un état de *somnolence* qui est l'un des traits les plus caractéristiques de cette affection : ils restent immobiles, silencieux, presque inconscients, dans un état de torpeur croissante.

b. **Etat**. — Au bout de quelques heures apparaissent de nouveaux symptômes, témoins de la double atteinte pyramidale et méningée.

1° Troubles moteurs. — Les *convulsions* sont très fréquentes, localisées aux extrémités, ou à une moitié du corps, parfois à la musculature oculaire (strabisme intermittent, le plus souvent interne).

Les *contractures* ont été notées; les membres, principalement les membres supérieurs, présentaient un état de raideur convulsive particulier dans plusieurs cas de Comby, de Winnicott et Gibbs; la raideur de la nuque, le signe de Kernig sont exceptionnels, au moins dans la forme habituelle; le trismus a été observé par Lucksch.

Les *paralysies* rares dans l'épidémie hollandaise (un seul cas) consistaient principalement, dans les autres cas (Comby, Winnicott, Gibbs) en paralysies de la IIIe et de la VIIe paires, en hémiplégie, en paraplégie d'ordinaire transitoires. Denéchau a noté la rétention d'urine par paralysie vésicale.

2° Troubles réflexes. — Les réflexes tendineux sont souvent exagérés. Le *signe de Babinski* (extension du gros orteil et phénomène de l'éventail) s'est montré *positif* dans un grand nombre de cas, uni- ou bilatéral.

3° Troubles oculaires. — Le myosis est habituel. Garret (de Porto) a observé chez un enfant de six mois de la *cécité* (accompagnée de surdité), ayant persisté cinq mois et finalement guéri (relaté par Jorge).

4° Ponction lombaire. — On retire un liquide céphalo-rachidien *clair* ou très légèrement opalin, non hypertendu; on trouve, inconstamment, une faible hyperalbuminose, et une légère pléocytose à prédominance lymphocytaire (Garret, Bastiaanse, Comby, Denéchau). Dans quelques cas, le liquide était normal (Bastiaanse), dans d'autres, il était séro-sanglant (Comby). Contrairement à l'assertion de Levaditi, Nicolau et S. Bayarri (*Presse méd.*, 5 fév. 1927, p. 161), on n'a jamais noté d'hyperglycorachie. Bordet-Wassermann négatif. Absence constante de germes cultivables.

5° Signes généraux. — Ils sont sévères. La température oscille le plus souvent entre 39 et 40 degrés, avec des irrégularités et des rémissions passagères; le pouls bat à 120-130, un peu instable. L'*état demi-comateux* persiste, parfois accompagné d'un délire léger (Huber, Lucksch). On a signalé des arthralgies (Lucksch), de la respiration à type de Cheyne-Stokes (Comby).

En résumé, le tableau clinique, remarquablement constant, se réduit à une *somnolence profonde* avec céphalée et vomissements; à des *convulsions*, contractures ou paralysies, avec *syndrome infectieux aigu*.

c. **Évolution. Séquelles**. — L'évolution se fait trop souvent vers la *mort*; la léthalité est en effet élevée, atteignant 41 p. 100 des cas dans l'épidémie hollandaise, 47 p. 100 en Angleterre. C'est assez dire la gravité de cette complication, gravité qu'augmente encore, dans les cas non mortels, la possibilité de *séquelles*.

Lorsque la terminaison doit être fatale, la mort survient vers le dixième jour environ après le début des accidents; elle est parfois précédée d'une *rémission* trompeuse, bientôt suivie d'une reprise des symptômes avec aggravation rapide. Les paralysies étendues, les troubles bulbaires (Cheyne-Stokes, accélération et instabilité du pouls, dyspnée sine materia), l'anurie sont d'un fâcheux pronostic. La somnolence fait place au *coma complet* et la mort survient en hyperthermie.

Dans les cas heureux, après une phase aiguë de sept à quinze jours (Bastiaanse), les symptômes s'amendent, la défervescence se produit, et le malade guérit souvent complètement. Quelquefois, c'est au prix de *séquelles* notées surtout par les auteurs français. Il semble alors se produire un *arrêt* du développement physique et psychique : les sujets restent inattentifs, hébétés et perdent souvent tout ou partie de leurs acquisitions antérieures. Cet état se prolonge des mois avant de disparaître; c'est souvent chez les jeunes enfants une éducation à refaire.

Les signes d'*excitation cérébrale* sont fréquents; les enfants sont turbulents, irritables, en état de perpétuelle agitation; l'insomnie est de règle. La démarche est troublée, hésitante, parfois sautillante. Les réflexes sont vifs et le signe de Babinski peut demeurer longtemps positif.

Dans un cas de Comby, l'arriération psychique était profonde, et après deux ans de marasme la

mort était survenue par broncho-pneumonie intercurrente. Dans un autre cas, il avait persisté une monoplégie brachiale spasmodique, avec secousses cloniques localisées, réflexes vifs et atrophie marquée.

Formes cliniques. — Telle est la forme habituelle; mais l'encéphalite postvaccinale revêt quelques fois d'autres aspects, rares à la vérité, car l'affection est remarquablement *une* dans ses manifestations. Nous retiendrons des formes méningée, atténuée et latente.

Dans la *forme méningée* (cas de Denéchau, Garret, Frommel et Baumgartner), la maladie se présente comme une méningite aiguë : raideur de la nuque, Kernig, hyperesthésie cutanée, cri méningé, lymphocytose du liquide céphalo-rachidien (48 éléments au millimètre cube dans le cas de Denéchau). C'est probablement à cette forme qu'il faut rattacher les cas de ces deux enfants morts en Suisse, il y a quelque trente ans, d'une maladie étiquetée « méningite tuberculeuse » quelques jours après leur vaccination (rapporté par Jorge).

Les *formes atténuées* ont dû souvent passer inaperçues; il serait pourtant intéressant de les dépister par une surveillance attentive des vaccinés. Nous nous permettrons d'en rapporter ici un cas récent et personnel.

Le 1er juin 1927, le soldat P..., âgé de vingt-six ans, entre à l'hôpital militaire de Rennes pour céphalée, raideur et douleur de la nuque, température à 40 degrés, diplopie légère. Huit jours auparavant il a été vacciné contre la variole et porte au bras gauche trois belles pustules typiques, en pleine efflorescence, sans réaction inflammatoire surajoutée. Mais il s'agit d'une primo-inoculation, le sujet ayant toujours échappé jusqu'à ce jour à la vaccination. Examen clinique négatif, sauf un léger Kernig transitoire. La température se maintient deux ou trois jours à 39 degrés et redescend lentement, en même temps que les symptômes s'amendent pour disparaître bientôt. Sortie par guérison le 10 juin 1927; perte de poids de 7 kilogrammes.

Ce cas n'est pas unique ; il en est même (*formes latentes*) où les sujets n'ont présenté à aucun moment de l'évolution de leur vaccine de phénomènes nerveux et où, quelques semaines après, apparaissent des troubles qui lui sont vraisemblablement imputables : changement de caractère, nervosité, arrêt de la croissance et de la marche chez les tout-petits, perturbation dans l'ossification amenant l'incurvation passagère des tibias, comme si l'hypophyse avait été touchée par le processus morbide. Ces accidents, que l'un de nous a eu l'occasion d'observer à plusieurs reprises, présentent, en dépit de leur légèreté et de leur caractère transitoire, une parenté manifeste avec les séquelles des formes plus sévères. Ils sont probablement la conséquence d'une atteinte encéphalique légère, demeurée cliniquement muette.

Nous rappellerons, à titre de curiosité, l'observation de Frommel et Baumgartner (*Schw. med. Woch.*, 1926, t. LVI, p. 857) qui relate un cas de zona du nerf fémoro-cutané gauche survenu trois jours après une primo-vaccination chez une femme de cinquante-cinq ans. L'origine vaccinale est ici plus douteuse.

Anatomie pathologique. — Les lésions de l'encéphalite postvaccinale ont été bien étudiées par Turnbull, Lucksch et Bastiaanse.

Macroscopiquement, on ne constate qu'une légère hyperémie du cerveau et des méninges; on distingue parfois à l'œil nu, dans la substance blanche, un piqueté dont chaque point correspond à un petit foyer de ramollissement périvasculaire.

Microscopiquement, les lésions sont *disséminées* sur la totalité du névraxe; elles prédominent *dans la substance blanche* et épargnent presque complètement la substance grise corticale. On les trouve surtout dans le centre ovale, la capsule interne, le corps calleux, le septum lucidum ; on les voit encore dans la protubérance, le cervelet, le bulbe et la moelle, surtout lombaire. Ces lésions comportent deux degrés :

1° *De la périvascularite*, avec manchons cellulaires larges et diffus constitués surtout par des cellules *névrogliques* avec de rares lymphocytes et quelques polynucléaires.

2° *Des zones de ramollissement* entourant les vaisseaux de la substance blanche, formant le piqueté plus foncé visible à l'œil nu.

Les lésions fines sont légères : dépigmentation inconstante du locus niger, faible degré de neuronolyse et de neuronophagie.

Pathogénie. — Un seul point est indiscutable : l'encéphalite est bien, *chronologiquement*, postvaccinale. Mais on ne peut, à priori, en conclure qu'il existe un rapport de cause à effet entre les deux phénomènes. Tout ce qu'on peut dire c'est que la vaccination n'est pas étrangère à la genèse des accidents. Mais à quel titre ?

En est-elle la cause *efficiente*, comme le voudraient Lucksch, Netter, Jorge, Turnbull et Mac-Intosh, ou seulement *occasionnelle*, comme le pensent Kraus, Levaditi, Nicolau et les médecins hollandais ? Sommes-nous en présence d'une simple encéphalite léthargique déclenchée chez un porteur de germes par la vaccination, ou bien l'affection est-elle due à quelque virus encore inconnu ? Cette question de la pathogénie de l'encéphalite postvaccinale a déjà soulevé bien des controverses.

Première hypothèse. — L'ENCÉPHALITE POSTVACCINALE EST DUE AU VIRUS DU VACCIN JENNÉRIEN, ELLE EST RÉELLEMENT VACCINALE.

On peut donner en faveur de cette conception des arguments cliniques et expérimentaux :

a. *Il existe un intervalle de temps constant entre la vaccination et l'apparition des accidents nerveux ; ceux-ci éclatent au moment où le virus vaccinal se généralise à tout l'organisme.* — Cette diffusion du virus vaccinal se fait au moment où la pustule est à son acmé, c'est-à-dire vers le dixième ou douzième jour de la vaccine. Garret (de Porto) a noté au dixième jour l'apparition simultanée des troubles nerveux et d'une éruption de vaccine généralisée.

« Dans l'inoculation variolique, c'est également du dixième ou douzième jour qu'éclate l'exanthème généralisé. » (Jorge.)

Cet envahissement de l'organisme par le virus jennérien a été prouvé expérimentalement. Après inoculation dermique de vaccin à des singes, des génisses et des lapins, Blaxall a retrouvé, au bout d'un temps variant de cinq à treize jours suivant l'espèce, le virus dans le sang, le foie, les surrénales *et le cerveau* de ces animaux. Antérieurement, des constatations analogues avaient été faites par Süpfle (1), Levaditi et Nicolau (2), Blanc et Caminopetros (3), Wasiliewski et Winkler, Gildemeister. Il convient de dire que les quantités retrouvées étaient faibles et que la localisation cérébrale du virus ne s'était révélée par aucun trouble apparent. Cependant, un fait reste acquis : au dixième ou douzième jour de son évolution, la vaccine envahit l'organisme entier, *y compris le névraxe* ; cette localisation est d'ordinaire silencieuse. Il suffit peut-être d'un facteur banal encore indéterminé, d'une débilité congénitale créant au niveau du système nerveux un lieu de moindre résistance pour que la complication éclate.

b. *Dans la variole, maladie proche de la vaccine, on a noté des accidents nerveux identiques à l'encéphalopathie postvaccinale.* — Le virus variolique présente des affinités neurotropes toutes particulières, comme en témoignent la céphalée, la rachialgie, la dyspnée sine materia du début de la variole, et les complications nerveuses, si fréquentes et si importantes. Or, parmi ces dernières, Gubler, Westphal et d'autres ont assez souvent signalé des encéphalomyélites comparables à celles qu'on observe au cours de la vaccine. Turnbull et Mac-Intosh, qui rapportent ces faits, soulignent que ces complications étaient bien de nature spécifique et non dues à des germes pyogènes. Des accidents de même nature ont été notés aussi dans le cours de la varicelle (Winnicott et Gibbs, Marfan, Koplik, Debré, Netter, etc. (4). L'existence de complications nerveuses de la vaccine acquiert, par analogie avec ce qui se passe dans la variole et dans la varicelle, une grosse vraisemblance.

c. *L'apparition des accidents nerveux postvaccinaux est en relation avec une recrudescence d'activité des vaccins aujourd'hui en usage.* — L'encéphalopathie postvaccinale est de constatation récente; les copieux réquisitoires des ligues antivaccinales, les enquêtes minutieuses des commissions d'hygiène (1889-1896) n'en parlent pas. Presque tous les cas ont été signalés depuis 1922. Or, leur apparition coïncide avec une augmentation manifeste de la virulence du vaccin signalée par de nombreux médecins, notamment par Netter (22 juin 1926). C'est un fait que, depuis quelques années, les *réactions locales* sont vives, parfois inquiétantes; gros œdème, allure pseudo-phlegmoneuse, pustules énormes à tendance confluente, fièvre élevée. Leur intensité a été notée souvent chez les vaccinés qui avaient présenté des accidents d'encéphalite (Comby, Netter, Winnicott et Gibbs, quelques cas hollandais).

Il est à présumer que cette augmentation de virulence n'est pas seulement dermotrope, mais qu'elle peut aussi, dans certains cas, devenir neurotrope.

d. *Est-il possible de reproduire expérimentalement les symptômes et les lésions de l'encéphalite postvaccinale?* — Marie, Harvier, Nicolau et Levaditi ont les premiers provoqué et décrit l'*encéphalite vaccinale* déterminée chez le lapin par inoculation *intracérébrale* de lymphe. Mais ils contestent formellement la possibilité de créer une encéphalopathie par les voies cutanée ou cornéenne.

Cependant Lucksch a obtenu, dans 30 p. 100 des cas, des encéphalites mortelles en inoculant sur la cornée du lapin le vaccin qui avait servi pendant la courte épidémie tchéco-slovaque; les lésions étaient discrètes, la présence du virus dans les centres nerveux ne put être solidement établie.

Blanc et Caminopetros, de leur côté, ont provoqué des encéphalites mortelles en inoculant le vaccin dans la chambre antérieure de l'œil par la voie intraveineuse, intratesticulaire, cornéenne et même *cutanée*.

D'autres auteurs sont arrivés à des résultats analogues (Condrea, Burnet et Conseil).

On a donc pu, expérimentalement, et par une voie différente de celle que Levaditi et Nicolau considèrent comme la seule possible, reproduire des lésions comparables à celles qu'on trouve à l'autopsie de sujets morts d'encéphalite postvaccinale. « Il suffit que l'inoculation soit suffisamment sévère et faite avec un virus actif » (Netter), et, pour Jorge « d'exercer sur le lapin vacciné un traumatisme ou de lui faire une injection intraveineuse de sérum artificiel ».

Inversement, l'inoculation aux animaux de substance nerveuse de sujets morts d'encéphalite postvaccinale leur donne la vaccine et permet de reproduire une éruption vaccinale typique. Bastiaanse, Bijl (sauf un cas douteux), Kraus, Walthard n'ont pu y réussir. Mais Lucksch dans un cas, Turnbull et Mac Intosh dans 2, la Commission Andrews 3 fois sur 6 cerveaux autopsiés, ont obtenu des résultats positifs.

En résumé, les arguments *pour* l'origine vaccinale des encéphalopathies postvaccinales sont les suivants : incubation constante de dix à douze jours; fréquence de complications identiques au cours de la varicelle et surtout de la variole; apparition des accidents nerveux en relation avec une exaltation de virulence du vaccin; reproduction expérimentale des accidents par inoculation cutanée, cornéenne, etc., de vaccin; reproduction de l'éruption vaccinale typique par inoculation cutanée de produits pathologiques.

A ces arguments, on objecte qu'il faut alors supposer au virus vaccinal un neurotropisme particulier. Ce neurotropisme doit être accusé au maximum

(1) Süpfle. *Weich. Ergeb.*, 1914, t. I, p. 407.

(2) Levaditi et Nicolau. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1923, t. XXXVII, p. 1.

(3) Blanc et Caminopetros. *Ann. de l'Inst. Pasteur hellén.*, 1924, t. I, n° 2.

(4) Voir, à ce sujet, *Gaz. des hôpit.*, 11 août 1926, p. 1029.

dans les *neurovaccins* (1), du fait même de leur culture intracérébrale. Les accidents nerveux devraient être plus fréquents chez les sujets vaccinés avec le neurovaccin. Or, il *n'en est rien*, comme le montrent les statistiques de Gaillard (2) qui n'a pas noté *un seul cas* d'encéphalopathie sur près de 2 millions et demi de vaccinations au neurovaccin pratiquées en Espagne.

Cela prouve, en effet, que le neurovaccin n'a pas d'affinités neurotropes, *au moins dans les conditions ordinaires*; mais l'apparition des complications nerveuses reste possible dans certains cas, quand l'existence d'un point faible permet la fixation du virus au niveau du névraxe.

Levaditi et Nicolau, dans leur article si fouillé de la *Presse médicale* du 5 février 1927, opposent d'autre part les lésions en foyer qu'ils ont obtenues par inoculation intracérébrale massive du vaccin aux lésions disséminées et discrètes constatées par Lucksch, Turnbull et les auteurs hollandais. Mais l'inoculation intracérébrale directe constitue *une voie d'apport anormale*, nullement comparable à la voie naturelle, probablement sanguine, réalisée dans les conditions ordinaires de l'infection. Comment s'étonner qu'à des processus d'ensemencement si différents correspondent des lésions diverses?

Deuxième hypothèse. — L'ENCÉPHALITE POSTVACCINALE EST UNE ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE DÉCLENCHÉE CHEZ UN PORTEUR DE GERMES PAR LA VACCINATION. — Certains caractères cliniques, anatomopathologiques et épidémiques ont amené divers auteurs (Bastiaanse et ses collaborateurs, Kraus, Levaditi et Nicolau) à considérer l'encéphalite postvaccinale comme « ... le réveil d'une affection névraxique de nature encéphalitique, préexistante à l'état latent au cours des épidémies d'encéphalite, réveil provoqué par le vaccin antivariolique. » (Bastiaanse.)

Levaditi, Nicolau et Bayarri disent : « ... il se pourrait que l'infection vaccinale, en affaiblissant les moyens défensifs de l'organisme, en particulier ceux dont jouit le système nerveux, déclenchât, chez certains sujets porteurs de germes, ou en proie à une encéphalopathie latente, un processus infectieux à localisation névraxique, fort probablement de même nature que la maladie de V. Economo. Il s'agirait, en l'espèce, d'un réveil d'infections occultes par d'autres infections surajoutées, agissant comme facteur favorisant. » Levaditi et Nicolau ont démontré la réalité de ce mécanisme de déclenchement (3) pour d'autres affections. C'est, par exemple, ce qui se passe pour le virus herpétique (si proche parent de celui de l'encéphalite) qui devient virulent après certaines infections (pneumonie, méningococcémies, etc.) : le virus de l'herpès se comporte comme un *virus de sortie* (Nicolle). Le virus de l'encéphalite se comporterait de la même manière vis-à-vis de la vaccine.

Levaditi et Nicolau produisent certains arguments à l'appui de leur thèse :

a. *Cliniquement*, disent-ils, l'encéphalite postvaccinale ressemble à la léthargique par sa somnolence, son état infectieux, etc.; les petites différences qu'on relève tenant sans doute au terrain vaccinal.

Mais elle s'en différencie par son début aigu, son évolution courte (sept à quinze jours), le caractère remarquablement univoque de ses symptômes, la rareté des paralysies oculaires, la presque constance du signe de Babinski, tous caractères qui s'opposent à ceux de la névraxite épidémique, d'allure subaiguë véritable Protée symptomatique, à paralysies oculaires fréquentes, à Babinski rare [Conos (1), Mingazini (2), Bouman (3)]. Différence encore dans la mortalité qui ne dépasse guère 25 p. 100 dans l'encéphalite léthargique (et tombe même à moins de 10 p. 100 chez les enfants), et atteint près de 50 p. 100 (Netter) dans l'encéphalopathie postvaccinale.

b. *Anatomiquement*, ajoutent Levaditi et Nicolau, les lésions sont presque identiques : envahissement total du névraxe, manchons périvasculaires, lésions cellulaires discrètes.

Là encore, il y a des divergences : prédominance à la substance blanche, manchons périvasculaires à cellules névrogliques dans l'encéphalite postvaccinale; prédilection pour la substance grise (locus niger, noyaux du III, noyaux gris de la base), périvascularite à lymphocytes dans l'encéphalite épidémique (V. Economo, P. Marie, Achard et Foix, etc.)

c. *Epidémiologiquement*, terminent Levaditi et Nicolau, il y a un parallélisme frappant entre les courbes de fréquences de l'encéphalite postvaccinale et de la maladie de V. Economo.

La concordance est, en effet, réelle pendant les premiers mois de l'épidémie hollandaise de 1925; mais les graphiques anglais, au contraire, montrent une discordance complète des deux courbes; maximum printanier en Hollande, prédominance estivale en Angleterre : l'argument perd toute sa valeur.

On le voit, les arguments invoqués par Levaditi et Nicolau sont passibles de sérieuses objections. Aussi nous paraît-il impossible d'assimiler l'encéphalite postvaccinale à la maladie de V. Economo.

Troisième hypothèse. — L'ENCÉPHALITE POSTVACCINALE EST DUE A UN VIRUS INCONNU, INOCULÉ AVEC LA VACCINE OU RÉVEILLÉ PAR ELLE. — Cette hypothèse paraît bien improbable. Levaditi et Nicolau ont montré que l'inoculation *simultanée* de vaccin et de virus herpétique (4), ne produit pas chez l'animal la myélite ordinairement observée à la suite de l'inoculation de virus herpétique *pur*. Tout se passe comme si « la réaction locale de la pustule vaccinale cutanée

(1) Le neurovaccin est un vaccin qui, au lieu d'être cultivé sur la peau de la génisse, l'est dans le cerveau du lapin (= neurolapine).

(2) GAILLARDO. *Arch. del Inst. nac. de Hig. de Alfonso XIII*, 1926, p. 1.

(3) LEVADITI et NICOLAU. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1924, t. XXXVII, p. 1, et *Ibid.*, 1926, t. XL, p 973.

(1) CONOS. *L'Encéphalite léthargique*, Constantinople.

(2) MINGAZINI. *Zeit. f. d. ges. Neur. und Psych.*, 1921.

(3) BOUMAN. *Geneeskundige bladen*, 1921.

(4) Ou plus exactement herpéto-encéphalitique. On sait que pour Levaditi et Nicolau il y a identité entre le virus de l'herpès et de l'encéphalite.

fixait et détruisait sur place le virus herpéto-encéphalitique. »

L'introduction d'un virus inconnu dans l'organisme à l'occasion de la vaccination devient de ce fait très improbable. Quant à la préexistence du virus dans l'organisme, elle est possible, mais tout hypothétique.

Conclusions générales. — En résumé, de sérieux arguments doivent être retenus en faveur de l'origine vaccinale des encéphalites observées à la suite de vaccinations jennériennes.

Les vaccins actuels, très actifs, diffusés dans l'économie, et particulièrement dans le névraxe vers le dixième jour après l'inoculation, peuvent dans certains cas, à la faveur d'un état de moindre résistance locale, ou d'un facteur adjuvant encore inconnu, déterminer une encéphalomyélite, alors qu'en temps normal, leur action pathogène est insensible ou nulle.

De ces conclusions, découlent deux conséquences pratiques :

1° Il importe de connaître l'existence de ces encéphalites, mais en insistant sur ce point qu'elles sont une complication exceptionnelle de la vaccine, trop rare pour contre-indiquer sérieusement un procédé qui a donné des preuves innombrables de son innocuité habituelle et de son efficacité.

2° Les praticiens devront dorénavant être discrets dans leurs scarifications et se contenter de deux insertions superficielles ou même d'une seule. Ces précautions seront particulièrement nécessaires quand il s'agira d'enfants et de primovaccinations. Comme le dit Netter, « mieux vaut rechercher une immunité moins durable que de s'exposer à des accidents fâcheux, et de courir le risque de discréditer la vaccine. »

BIBLIOGRAPHIE

1. Blanc et Caminopetros. *Arch. de l'Inst. Pasteur hellén.*, 1926, t. II, p. 354.
2. Bijl. Experimenteele Onderjoekingen bij encephalitis postvaccinalis, *Overg. mit vers. en med. betr. de Volksgejondheid*, août 1926.
3. V. Bouwdyk-Bastiaanse, Therburgh, Bijl et Levaditi. Encéphalite consécutive à la vaccination antivariolique, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 21 juillet 1925, t. XCIV, n° 29, p. 815.
4. V. Bouwdyk-Bastiaanse, Therburgh, Bijl et Levaditi. *Ned. Tijd. v. Gen.*, 18 sept. 1926, 20e année, 2e partie, n° 12, p. 1267.
5. Bowman (d'Utrecht). *Bull. de la Soc. de neurol.*, séance du 31 mai 1927.
6. Burnet et Conseil. *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, 1924, p. 165, t. III.
7. Camus (L.). *Bull. de l'Acad. de méd.*, 21 juillet 1925, t. XCIV, n° 29, p. 826.
8. Comby (J.). L'encéphalite aiguë chez les enfants, *Arch. de méd. des enf.*, oct. 1907.
9. Comby (J.). Trois cas d'encéphalite aiguë d'origine vaccinale, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 14 oct. 1926, p. 1434.
10. Comby (J.). Nouveau cas d'encéphalite postvaccinale, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 19 mai 1927, p. 671.
11. Condrea. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1922, t. LXXXVI, p. 895-897 et 899.
12. Garret. Cas d'encéphalite postvaccinale rapporté par le professeur Jorge au *Bull. de l'Office intern. d'hyg. publique*, janv. 1927, t. XIX, p. 45.
13. Gildemeister. Sur la question de l'encéphalite postvaccinale, *Arb. a. d. Reichsg.*, 1926, t. LVII, p. 290.
14. Frommel et Baumgartner. *Schw. med. Woch.*, 1926, t. LVI, p. 857.
15. Herzberg. Sur la question de l'encéphalite postvaccinale, *Arbeit. a. d. Reichsg.*, 1926, t. LVII, p. 724.
16. Huber (J.). Encéphalite postvaccinale, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 25 nov. 1926, p. 1580.
17. Denéchau (d'Angers). Cinq cas d'infection aiguë, à type de méningite aiguë, semblant se rapporter à la névraxite (obs. III), *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 25 nov. 1926, p. 1595.
18. Kraus et Takaki. *Med. Klin.*, déc. 1925.
19. Jorge (Ricardo). *Bull. de l'Office intern. d'hyg. publique*, janv. 1927, t. XIX, f. 1, p. 37.
20. Levaditi et Nicolau. A propos de l'étiologie de l'encéphalite postvaccinale, *C. R. de la Soc. de biol.*, 16 janv. 1926, t. XCIV, p. 114.
21. Levaditi, Nicolau et Sanchis Bayarri. Etiologie de l'encéphalite postvaccinale, *Presse méd.*, 5 fév. 1927, p. 161.
22. J. van Lookeren. Un cas d'encéphalite postvaccinale, *Nederlandsch Tijdsch. voor Geneskunde*, 8 janv. 1927, p. 244.
23. Krumbach. *Zeit. f. Immun.*, 1923, t. XXXVIII, p. 1.
24. Netter. Encéphalites postvaccinales, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 21 oct. 1926, p. 1439.
25. Netter. Vaccine et encéphalite, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 21 juillet 1925, t. XCIV, n° 29, p. 821.
26. Lucksch. *Med. Klin.*, 28 août 1924, n° 34.
27. Lucksch. *Centralbl. f. Bakt.*, 2 nov. 1925, t. XCVI, p. 309 à 340.
28. Paschen. *XVIe Beihefte die Reichsundheitsamte*, déc. 1926, p. 389.
29. Rouèche. Vaccine et encéphalite, réactions vaccinales, *Œuvre méd.*, fév. 1927, p. 48.
30. Stoss. Konferenz über Impffragen, *Bull. du Service fédéral d'hyg. publique* (Suisse), 1925, n° 40.
31. H. Turnbull et J. Mac-Intosh. *Brit. Journ. of Experim. Pathol.*, avril 1926, t. VII, p. 181.
32. H. Turnbull et J. Mac-Intosh. *Lancet*, 4 sept. 1926, vol. CCXI, n° 5375.
33. Walthard. *Schw. med. Woch.*, 1926, n° 35, p. 854.
34. D. W. Winnicott et Gibbs. Varicella-encephalitis and Vaccinia-encephalitis, *Brit. Journ. of child. dis.*, avril-juin 1926, nos 266-270, vol. XXIII.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 12 septembre 1927)

Sur une maladie infectieuse du chimpanzé transmissible à l'homme. — M. R. Wilbert.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 10 juin 1927)

Contribution à l'étude toxicologique et pathogénique du barbiturisme.

Rôle capital du foie. — MM. Trémolières et André Tardieu communiquent deux cas d'intoxication aiguë et subaiguë par les dérivés de la malonylurée (Véronal, Gardenal).

La première observation est celle d'un psychopate (mysticisme, apparitions et révélations, idées ambitieuses), âgé de vingt-trois ans et demi, habitué à rechercher, pour alimenter

son délire, les troubles protomorphéiques consécutifs à l'ingestion immodérée d'hypnagogues. Il succomba dans le coma profond, sans fièvre, avec stertor et anurie. L'analyse chimique des viscères a permis de caractériser le toxique dans la substance hépatique (1g36 pour 1.950 grammes). Le cerveau, le bulbe et le cervelet ne contenaient aucune trace de véronal.

La seconde a trait à des accidents cutanéo-muqueux du barbiturisme (exanthème roséolique, angine) survenus à la suite de l'administration, à doses thérapeutiques, de gardénal (0g10 à 0g20) répétées pendant dix-sept jours (dose totale 3g10) chez un sujet de cinquante ans, atteint d'insuffisance hépatique (indicanurie). L'évolution, légèrement fébrile, se fit en huit jours vers la guérison. L'exploration du système organo-végétatif (épreuve de Gœtsch, complétée par la recherche de la glycosurie alimentaire) a décélé l'excitation permanente du sympathique vrai. Et ce déséquilibre intervenait certainement dans la pathogénie de la toxidémie, en favorisant l'éclosion des phénomènes de photosensibilisation.

Ces deux observations qui se rapportent à des manifestations du barbiturisme d'ordres tout à fait dissemblables, sont intéressantes à rapprocher. Elles démontrent toutes deux l'action prépondérante du foie au cours des intoxications, ainsi que la synergie fonctionnelle unissant les deux fonctions antitoxique et glycogénique de cet organe, ainsi qu'y insiste le professeur G.-H. Roger.

Peut-on préparer des huiles pyrogénées, décolorées, peu visqueuses et thérapeutiquement actives? — M. HUERRE déclare que l'activité thérapeutique des huiles pyrogénées est en rapport avec leur teneur en dérivés phénolés.

On peut obtenir par l'action de la vapeur d'eau sur l'huile de cade et sur l'huile brute de bouleau, des huiles fluides peu colorées contenant : en ce qui concerne l'huile de cade 18 p. 100 de phénols et pour l'huile de bouleau 32 p. 100 de phénols.

Confusion mentale anxieuse postencéphalitique traitée par le datura. — MM. VINCHON et VALENCE présentent l'observation d'une malade convalescente de confusion mentale, à forme anxieuse consécutive à une encéphalite léthargique. Cette malade qui était restée confuse et anxieuse, malgré les traitements habituels, a guéri à la suite de l'administration de pilules de poudre de feuilles de datura à des doses variant de 0g10 à 0g10 *pro die*. Ces pilules ont été prescrites d'une façon intermittente, dans les périodes prémenstruelles, qui coïncidaient avec des rechutes des troubles psychiques. Cette thérapeutique a été poursuivie pendant la grossesse de la malade, l'accouchement et le retour des couches n'ont été l'occasion d'aucune rechute. Les auteurs insistent sur l'emploi des doses moyennes, qui a donné dans ce cas d'excellents résultats.

Quinidine intraveineuse pour le traitement des arythmies. — MM. Georges ROSENTHAL et Sigismond BLOCH appliquant le principe de l'excipient sucré, pour la préservation de l'endoveine, présentent des ampoules de quinidine méthane sucrée pour le traitement des arythmies.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 26 MARS 1927)

Pleurésie médiastine séro-fibrineuse. — MM. ESCANDE, Jean TAPIE et L. MOREL présentent une observation de pleurésie médiastine découverte par l'examen radiologique et confirmée par la ponction exploratrice sous le contrôle de l'écran. Des radiographies en séries montrent les deux aspects typiques et l'évolution habituelle de ces pleurésies : « opacité en bande » dans un premier stade, « image en équerre » à une période tardive.

Abcès de l'appendice. — M. BERNARDBEIG rapporte une observation d'abcès intraappendiculaire dont la symptomatologie se réduisait à quelques nausées et à un point douloureux fixe dans la région de Mac Burney.

Valeur clinique de la tension artérielle rétinienne. — M. DE SAINT-MARTIN insiste sur la valeur pronostique de la tension artérielle rétinienne dans les affections glaucomateuses; il montre l'utilité de cette méthode d'exploration dans le diagnostic de certaines céphalées.

Accidents sériques consécutifs à des injections de sérum désalbuminé. — M. P. BAZY a observé des accidents sériques intenses après l'injection de doses élevées de sérum purifié. Il estime que, l'efficacité de ce sérum étant inférieure à celle de l'ancien sérum antidiphtérique, ses indications doivent être limitées.

Trois cas de volvulus de l'intestin. Intervention. Guérison. — M. G. BAILLAT montre, à propos de ces trois observations, l'étiologie variable du volvulus; l'acte chirurgical varie aussi suivant le siège et la cause de l'affection.

(SÉANCE DU 2 AVRIL 1927)

Rétrécissement mitral et embolie de l'artère centrale de la rétine. — MM. CALMETTE, COUADAU et DUBAU présentent une jeune femme atteinte d'une embolie rétinienne dont le point de départ est une lésion cardiaque complexe : rétrécissement mitral associé à un rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Doubles innervations dans l'organisme humain vérifiées par l'électrophysiologie. — MM. CALMETTE, COUADAU et DUBAU ont vérifié les faits indiqués par M. Bourguignon pour les muscles releveurs de la lèvre.

Leucémie myéloïde consécutive à un traumatisme de l'hypocondre gauche. — M. J. TAPIE rapporte l'observation d'un leucémique chez lequel l'affection a débuté quelques mois après un violent traumatisme (coup de pied de cheval) de l'hypocondre gauche. L'auteur rappelle les faits analogues observés par Steinhaus, par Facchini et par M. Sabrazès.

Perforation d'un cancer de l'estomac après radiumthérapie. — MM. BERNARDBEIG et Louis MOREL insistent, à propos de cette observation, sur les dangers des applications externes de radium au niveau des organes creux.

(SÉANCE DU 7 MAI 1927)

Inhibition du phrénique au cours d'une lobite supérieure droite. — MM. Jean TAPIE, F. ESCANDE et VALAX présentent un cliché radiographique de lobite supérieure droite scléro-caséeuse sur lequel on voit une surélévation de l'hémidiaphragme aussi importante que si la malade avait été traitée par l'exérèse du nerf phrénique.

Cette paralysie hémidiaphragmatique est due à la compression du nerf par la lobite scléreuse et à son englobement dans des adhérences.

Dans ce cas, comme dans l'observation de M. Sergent, les lésions sont faiblement évolutives en raison de l'immobilisation relative qu'entraîne l'inhibition du phrénique.

Cancer du cæcum. — M. BERNARBEIG présente une tumeur cæcale ayant nécessité l'exérèse cæco-appendiculaire suivie d'une iléo-transversostomie.

De la cholécystographie avec présentation de radiographies obtenues par la méthode de Graham et Cole. — M. A. GOURSOLAS montre tout l'intérêt de cette nouvelle méthode; il estime cependant qu'elle n'offre pas une sûreté absolue; il existe, à l'heure actuelle, des échecs et des incertitudes qui doivent inciter à en rechercher les causes en vue d'un perfectionnement futur.

L'innervation des muscles de l'éminence thénar. — M. H. Fischer (de Bordeaux).

Curieuse malformation des muscles de la face. — M. H. Fischer (de Bordeaux).

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT ENDOCRINIEN DES RÉACTIONS PSYCHIQUES D'ORIGINE OVARIENNE (1)

Par le docteur Vincent du Laurier.

On sait la fréquence des troubles psychiques liés au dysfonctionnement de l'ovaire ou à son insuffisance. Indépendamment du traitement symptomatique, il est d'usage d'instituer alors une médication opothérapique par les extraits de corps jaune ou d'ovaire total. Cette thérapeutique quelquefois heureuse, reste cependant souvent inopérante. L'auteur a substitué systématiquement, chez ses malades manifestant des troubles de cet ordre, l'opothérapie orchitique à l'opothérapie ovarienne, utilisant l'extrait spermatogénétique connu sous le nom d'androstine. Les résultats que lui a donnés cette médication par voie buccale, et surtout par voie hypodermique, ont été beaucoup plus nets et plus constants que ceux ordinairement observés avec les extraits d'ovaire.

Les malades qui réagissent psychiquement aux perturbations endocrines de l'ovaire, ou à la castration présentent un syndrome neurasthénique, où dominent la mélancolie, les idées obsédantes, les phobies; souvent des périodes dépressives alternent avec des phases d'excitation; des douleurs à type névralgique, assez mal définies mais presque toujours localisées au bassin, à la région lombaire ou aux membres inférieurs, complètent le tableau clinique. Ces réactions sont plus fréquentes et plus accusées chez les femmes d'un milieu social élevé et intellectualisé; c'est aussi chez elles que les résultats sont les plus brillants comme si leur système nerveux affiné présentant une sensibilité plus exquise à l'égard des excitants issus des appareils endocriniens et des principes opothérapiques complémentaires ou substitutifs.

Ces faits montrent l'action indéniable de l'opothérapie spermatogénétique (ou androstinienne) chez les malades souffrant de troubles psychiques liés à la déficience, à la dysfonc-

(1) *La Vie méd.*, 20 avril 1927.

tion de l'ovaire ou même à sa suppression chirurgicale. Elle permet dans ce dernier cas notamment, de même que chez les ménopausiques, de franchir beaucoup plus facilement cette période troublée jusqu'à ce que l'organisme ait pu faire l'effort d'adaptation nécessaire à la reprise d'un nouvel équilibre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1926-1927

I. DOCTORAT D'ETAT. — 29. BECK. — Résultats du traitement chirurgical de la maladie de Raynaud.

18. BIRCKEL. — Résultats de la phalangisation des moignons d'avant-bras. Opération de Putti-Krukenberg.

34. BOLTZ. — Les variations des monocytes dans les maladies infectieuses.

14. CARLIER. — Microméthode de dosage du potassium dans les milieux biologiques en vue de recherches de chimie clinique.

27. FLACH. — Contribution à la symptomatologie des troubles psychiques post-commotionnels.

9. FRIANT (Mlle). — L'insuffisance respiratoire nasale et rétro-nasale. Considérations cliniques et thérapeutiques.

12. GOLDBACH. — Contribution à l'étude du mode d'action de la cure de Morsbronn.

5. GRUBER. — La simulation de la folie par les aliénés.

1. HUTT (Mlle). — Recherches anatomiques et histophysiologiques sur l'utricule prostatique.

17. KOEHREN. — Valeur thérapeutique de la cystostomie.

26. KUENEMANN. — Contribution à l'étude des psychoses cardiaques.

13. LÉVY. — Essai sur l'évolution des idées qui ont régné en hydrologie et influé sur le mode d'emploi des eaux thermales et minérales.

2. LÉVY (Mlle). — De la pathogénie de la rétinite albuminurique.

28. MATTER. — Un cas de traumatisme du lobe temporal gauche.

11. MEYER (R.-I.). — L'expertise médicale dans les assurances sociales en Alsace et en Lorraine.

19. MEYER (S.-G.-M.). — Contribution à l'étude de la gonococcie génitale d'emblée.

32. NESSMANN. — Voies d'accès aux carrières médicales coloniales. Essai d'orientation professionnelle.

4. PIERROT. — Hématuries et troubles intestinaux.

15. ROOS. — L'oxyde de carbone normal du sang.

15. SCHELLENBERG. — Sur le rôle de l'hydrocéphalie dans la symptomatologie des tumeurs du cerveau.

3. SCHWAB. — Hallucinations psychiques dans un cas de psychose du retour d'âge.

10. VALLETTE. — Sclérodermie et pierres de la peau. Essai physiopathologique.

30. WALTER. — Diagnostic de la grossesse par les rayons X Essai de diagnostic précoce.

II. DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ. — 20. ANGHELOVITCH. — Contribution à l'étude du tonus des muscles de la face dans la névralgie du trijumeau et la section de ce nerf.

31. AURACH. — Troubles de l'affectivité dans les rémissions de la schizophrénie.

29. BERG (Mlle). — La curiethérapie des cancers inopérables du sein.

22. BLANC (Mme). — La respiration périodique.

7. CHARCOVITCH. — De la mort rapide des jeunes enfants dans les infections pulmonaires aiguës. Intérêt médico-légal de la question.

8 FARID AMIN. — Des disjonctions traumatiques des sutures de la voûte crânienne.

24. GBABAR (Mme). — Cancer primitif du poumon.

6. GROSFOGEL (Mme). — Contribution à l'étude de la sédimentation des globules rouges. Application de cette réaction à l'étude des effets de la cure de Vichy.

28. IOUNÈS MOHAMMED CHAFICK. — Sur un cas de maladie de Little traitée par la ramisection lombaire bilatérale. Résultats éloignés.

21. NOUTOVITCH (Mlle). — Les accidents nerveux survenant au cours des ponctions pleurales et spécialement du pneumothorax artificiel.

23. RADOVANOVITCH (Mlle). — Contribution à l'étude des abcès gangréneux du poumon.

33. TASSITCH. — Les stations hydrominérales du royaume des Serbes, Croates et Slovènes. Indications thérapeutiques et classification.

16. TASSOVATZ. — Contribution à l'étude de la glande thécale de la femme (glande interstitielle de l'ovaire).

III. RÉGIME LOCAL. — 2. DREYFUS. — De l'ophtalmoplégie interne syphilitique unilatérale.

1. FEBEREY. — Contribution à l'étude de l'hypertrichose généralisée acquise. A propos d'un cas personnel.

CONGRÈS

Ve CONGRÈS DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS DE LANGUE FRANÇAISE (Lyon, 29 septembre-1er octobre). — PROGRAMME. — *Jeudi 29 septembre.* — 14 h., séance solennelle d'ouverture dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Discussion du rapport n° 1 : « Stérilité d'origine utérine et tubaire ». — Rapporteurs : MM. Chatillon (de Genève) et Douay (de Paris).

19 h. 44, banquet par souscription chez Berrier et Milliet.

22 h., réception par le professeur Villard, président du Congrès, et Mme Villard.

Vendredi 30 septembre. — 9 h., discussion du rapport n° 2 : « La séparation de la mère et de l'enfant et les moyens de l'éviter ». — Rapporteur : M. Rhenter (de Lyon).

14 h., discussion du rapport n° 3 : « Indications de l'interruption de grossesse ». — Rapporteurs : MM. Brouha (de Liége), et Bué (de Lille).

21 h., réception des membres du Congrès à l'Hôtel de Ville par la municipalité lyonnaise.

Samedi 1er octobre. — 14 h., communications diverses.

Dimanche 2 octobre. — Excursion dans le massif de la Chartreuse, si les conditions atmosphériques le permettent.

CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (Paris, 17-20 octobre 1927). — La session annuelle s'ouvrira le 17 octobre 1927, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence du professeur Collet (de Lyon).

Questions à l'ordre du jour. — 1° Indications thérapeutiques dans la tuberculose laryngée. — Rapporteur : M. Caboche.

2° L'insuffisance respiratoire nasale. — Rapporteur : M. Worms.

Chaque orateur ne pourra faire plus d'une communication dans la même session.

Pour l'établissement du programme du Congrès en temps utile, prière de faire parvenir le titre des communications au secrétaire général, docteur Georges Liebault, 216, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 19, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Pour vous rendre au Maroc embarquez-vous a Marseille. — La traversée la plus courte, la plus rapide, la mieux abritée, se fait par Marseille que desservent de nombreux trains à marche rapide, avec voitures directes en provenance ou à destination de Paris, des grandes villes de France et de l'étranger.

Les navires confortables et luxueux de la Compagnie Paquet (tel le « Maréchal Lyautey » — 10.500 tonnes, — le plus grand paquebot desservant l'Afrique du Nord), partent tous les samedis de Marseille pour Tanger et Casablanca qu'ils atteignent respectivement le lundi soir et le mardi matin.

De Marseille également partent les seuls vapeurs qui desservent les autres ports du Maroc : Mazagan, Saffi, Mogador, Agadir; les ports de rivière : Larache, Rabat, Kénitra et les ports du Maroc espagnol : Ménila, Cala del Quemado, Ceuta. Environ 360 départs par an (passagers et marchandises) sont ainsi assurés par la Compagnie Paquet.

Des billets comprenant le parcours par chemin de fer et le parcours maritime, valables 15, 30 et 90 jours et permettant l'enregistrement direct des bagages, sont délivrés, pour Tanger et pour Casablanca, par les principales gares P.-L.-M. et les agences de la Compagnie Paquet.

N° 78. — MERCREDI 28 SEPT. 1927. 100e ANNÉE. MERCREDI 28 SEPT. 1927. — N° 78.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pa s.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — Liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à l'épreuve orale :

1. Mlle Abricossoff, MM. Adida, Aïdan, Alavoine, Allard, André, Antonelli, Ardin, Ardouin, Arondel,

11. Asselin, Aubert, Aubin, Audemar, Avril, Bardin (Ferdinand), Barthes, Basset, Baudelot, Baumann,

21. Baussan, Mlle Begaud, MM. Bénaerts, Benassy, Bérard (Fernand), Bergenstein, Bernard-Griffiths, Beuzart, Billet, Mlles Bizou,

31. Blanchy, MM. Blanquine, Boidot, Bolgert, Bompard (Etienne), Bonhard, Boquien, Bosquet, Bourguignon, Brisard (Pierre),

41. Bufnoir, Mlle Cahen, MM. Caïn, Caména d'Almeida, Catalette, Chadourne, Chapon, Chauveau, Cheynet, Mlle Cligny,

51. Cohen (Asdriel), Cohen-Doloro, Colin, Contiadès, Cord, Cossa, Cottet, Cros, Cuvillier, Dansaert,

61. Dany, MM. David (Jean), David (Maurice), Debon, Delaporte, Demoulin, Deslandres (Jean), Dessirier, Devaux, Douady,

71. Douvry, Dublineau, Dufour, Durel (Pierre), Durieux, Dutray, Duvernoy, Elbaz, Even, Fabre (Georges),

81. Mlle Falguière (Blanche), MM. Fau, Fauvert, Favre (François), Mlle Fayot (Marguerite), MM. Fayot (Robert), Felsenswald, Fichet, Fiehrer, Gabriel,

91. Gadaud, Gallot, Gandy, Gasné (André), Gaston, Gaucher, Gaudin, Gavois, Gibert (Edouard), Gilbrin,

101. Ginestet (de), Mlle Girardeau, MM. Golé, Goliger, Gopoevich, Graffin, Grand, Grasset, Griveaud, Mlle Guéry,

111. MM. Guibé, Guichard, Guyot (Jean), Haïk (Maurice), Hamelin (Robert), Hamon, Hébert (Jean), Hébert (Roger), Mlle Heimann, MM. Hennion (Pierre),

121. Henrion (Jacques), Hepp, Hervy, Hesse (Didier), Hesse (Jean), Hô-Dao (di), Horovitz, Mlle Houzeau (Germaine), Hurez (André), Illaire,

131. Jame, Jeanne (Henri), Jehiel, Jonard, Joseph, Jullien (Robert), Kreyts, Labesse, Lacaze, Lachter-Pachter.

141. Lacoste, Laffaille, Lafitte, Lançon, Mlle Landowski, MM. Langre (de), Lapeyre, Lapiné, Lardennois, Le Baron.

151. Lebel, Lebenthal, Mlle Lebourlier, MM. Lefranc, Lemoine, Lepage, Leroy (Robert), Mlles Lévy (Françoise), L'Hoir, M. Lieffring.

161. Limasset, Louvet, Maës, Maison, Mariau, M.-J.), Martin (Jean), Martin (René-Henri), Masquet, Massot (Henri).

171. Mauric, Mlle Mayo (de), MM. Megnin, Meillaud, Mencière, Menjot, Merger, Mérigot, Meyer, Mialaret.

181. Miget, Milhiet, Mimin, Monine, Monod, Moricard, Nadji, Naggiar, Nicolas, Odinet.

191. Mlles Odru, Oguse, MM. Olivier-Henry, Palmer, Patte, Pautrat, Peney, Périer, Perrault, Perrin (René).

121. Petit (Pierre), Pichon, Postel, Pouey, Puymartin, Quivy, Rachelsberg, Racine, Reyt, Ribadeau Dumas.

211. Richard, Mlle Riom, M. Robin, Mlle Ronget, MM. Roquejeoffre, Rouart, Roulin, Rouquès, Rousseau (Gaston), Rousset.

222. Royer de Véricourt, Rudaux, Saingery, Salomon, Sanz, Schwartz, Schwob, Sée, Segrestaa, Seguinot.

231. Seidmann, Sergent (Honoré), Sidi, Soleil, Soria (de), Sourice, Stérin, Tavennec, Terrenoire, Thiery.

241. Thomas (Robert), Tixier, Tournand, Trocmé, Trubert, Mlle Valentin, MM. Vandenbosche, Van der Elst, Vannier, Vaudour.

251. Mlle Versini, MM. Veslot, Vétillard, Vialle (Pierre), Vidal-Naquet, Villechaize, Voillemin, Weill (Adrien), Wester, Zagdoun.

261. Zitzerman.

— La première séance d'épreuve orale aura lieu le jeudi 13 octobre prochain, à 17 h., salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les candidats admissibles sont invités à déposer au bureau du Service de santé de l'administration, *avant le 10 octobre, dernier délai*, les certificats exigés par le règlement du concours (certificat d'assiduité à compter du 1er juin 1927), et en ce qui concerne les externes titulaires de 11 inscriptions à la date d'ouverture des concours de l'internat un certificat constatant qu'ils sont munis de leur 12e inscription.

Oral. — Jury : MM. Bénard (Henri), Pinard, Barbier, Thiroloix, Vallery-Radot, Basset, Ombrédanne, P. Duval, Dujarrier, Cleisz.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — L'épreuve écrite du concours de l'externat aura lieu à la date fixée, le samedi 22 octobre 1927, à 9 h. 30, au Gymnase municipal Voltaire, 1, rue Japy (XIe).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats, étant obligatoirement tenus d'occuper les places marquées à leur nom, sont invités à se présenter dès 8 h. 45.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var), par suite de la mise à la retraite de M. le docteur Mercier.

INSPECTEURS D'HYGIÈNE. — Il sera ouvert à Montauban, le 29 octobre 1927 à la préfecture de Tarn-et-Garonne un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur d'hygiène.

Ce concours est réservé aux médecins français âgés de moins de quarante ans exerçant ou ayant exercé les fonctions de médecin hygiéniste et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaire français ou de l'Institut Pasteur de Paris.

Les demandes devront être adressées avant le 10 octobre sur papier timbré à M. le Préfet de Tarn-et-Garonne, à Montauban, accompagnées de pièces indiquées au *Journal officiel* du 24 septembre 1927, p. 10026.

Traitement 20 à 22.000 fr. suivant la classe.

SERVICE SANITAIRE MARITIME. — Les traitements du personnel sanitaire maritime sont modifiés ainsi qu'il suit :

Directeurs : Marseille, 22.000 fr.; Le Havre et Pauillac, 17.000 fr.; Saint-Nazaire et Dunkerque, 14.000 fr.

Agents principaux (médecins et médecins de santé), de 6.000 à 9.600 fr. suivant la classe.

LABORATOIRE DU MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Les traitements du personnel sont ainsi fixés : directeur, 6.000 fr.; chef de laboratoire, 18.000 fr.; premier préparateur, 9.000 fr.; deuxième préparateur, 8.000 fr.

POUR L'ÉTUDE DE LA FIÈVRE JAUNE. — Une mission médicale, dirigée par M. A. Pettit, membre de l'Académie de médecine et professeur à l'Institut Pasteur, doit partir dans quelques jours pour l'Afrique occidentale française afin d'étudier sur place la fièvre jaune dont un certain nombre de cas ont été signalés.

VICTIME DU DEVOIR PROFESSIONNEL. — On annonce que M. le docteur Adrien Stakes, professeur de bactériologie au Guy's Hospital de Londres, qui avait été envoyé au Lagos, pour étudier la fièvre jaune, vient de succomber à cette maladie à l'âge de quarante ans.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Clarou, député du Gard; Hergott, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy, associé national de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, et Henri Neuprez (à Herstal).

HÔTEL-DIEU. — M. G. Leven, consultations pour les maladies des voies digestives, les lundis, à 9 h. 30, à partir du 3 octobre, salle Sainte-Martine.

KIRMISSON

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. Kirmisson, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, décédé à Binic, où il s'était retiré depuis plusieurs années.

Edouard-Francis Kirmisson était né le 18 juillet 1848 à Nantes. Il avait été reçu à l'internat des hôpitaux de Paris en 1873, dans la même promotion que Cuffer, Tapret, Edouard Schwartz, Oulmont, Porak, Moutard-Martin et Hirtz.

Chirurgien des hôpitaux en 1881 et agrégé en 1883, il fit d'abord de la chirurgie et il collabora avec Paul Reclus, Peyrot et Bouilly au célèbre *Manuel de pathologie externe* connu sous le nom de « Manuel des quatre agrégés », ouvrage qui a servi de livre de chevet à tant d'étudiants et de praticiens.

Spécialisé en chirurgie infantile et en orthopédie, il fut chef de service aux Enfants-Assistés, puis il fut nommé professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie à la Faculté de médecine de Paris.

On n'a pas oublié que lors de la création de cette chaire, Jalaguier dont les titres étaient nombreux s'effaça devant la candidature de Kirmisson, décision qui les honorait tous les deux.

Kirmisson était depuis 1903 membre titulaire de l'Académie de médecine dans la section de chirurgie et accouchement. Il était aussi officier de la Légion d'honneur.

L'œuvre de Kirmisson est importante, citons ses *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur* en 1890, son *Traité des maladies chirurgicales* (1898), son *Précis de chirurgie infantile* en 1906.

Depuis plusieurs années, il avait cessé d'habiter Paris et on ne le voyait plus au Congrès de chirurgie dont il avait été le Président en 1913, ni à la Société de chirurgie où il avait tenu une grande place dans les plus importantes discussions. Kirmisson avait, en effet, l'habitude de dire toute sa pensée sans l'envelopper de circonlocutions. Cette franchise, souvent un peu brusque dans la forme, était appréciée de ses collègues. Ils aimaient Kirmisson pour sa loyauté et sa haute conscience. Aussi avaient-ils souvent recours à sa grande expérience et ses avis étaient-ils écoutés avec la plus grande déférence.

Kirmisson laissera le souvenir d'un honnête homme et d'un grand travailleur. Tous ceux qui l'ont connu lui conserveront un souvenir plein de respect. F. L. S.




STANNOXYL INJECTABLE
STANNOXYL

LE TRAITEMENT DES BRULURES PAR L'ACIDE TANNIQUE

Par AL. FLORESCO (de Bucarest).

L'idée d'employer l'acide tannique dans le traitement des brûlures appartient à Edward C. Davidson, chirurgien de l'hôpital Henry Ford de Détroit, Michigan, et la technique de son application a été décrite par l'auteur en 1925 dans le *Surgery, gynecology and obstetrics*.

Cette méthode marque un progrès considérable dans la thérapeutique chirurgicale ; aussi elle s'est répandue très vite en Amérique tandis qu'en France elle est encore presque inconnue.

Ayant eu dernièrement l'occasion, dans le service de notre maître, M. le professeur Leriche, de nous faire une opinion sur sa valeur et de juger de ses résultats, nous avons été frappés par sa simplicité d'application, son innocuité et surtout par son influence considérable sur l'évolution de la maladie, tant au point de vue local, qu'au point de vue des phénomènes toxiques généraux, et nous croyons qu'à l'heure actuelle la méthode de Davidson constitue le meilleur traitement d'urgence des brûlures.

Des nombreux travaux récents ont cherché à élucider le mécanisme de la mort tardive survenant entre le huitième jour et la troisième semaine à la suite des brûlures étendues.

Le problème paraît aujourd'hui mieux connu : la suppression des fonctions de la peau et les altérations sanguines ne sont que des éléments secondaires du tableau clinique dont l'évolution reste prédominée par l'absorption de substances toxiques au niveau de la brûlure et la théorie de la toxhémie par absorption au niveau des tissus dévitalisés semble devoir être admise comme vraie.

Pour empêcher l'apparition des phénomènes d'intoxication générale, le traitement d'une brûlure doit supprimer l'absorption des produits protéiniques toxiques, nés au niveau de la plaie, par l'autolyse des tissus tués par la chaleur. Ceci peut être réalisé par un des moyens suivants :

1° Par des pansements capables d'arrêter l'autolyse ;

2° Par l'excision chirurgicale des tissus mortifiés ;

3° Par l'usage des vaso-constricteurs capables de diminuer l'absorption ;

4° Par la coagulation sur place des mêmes tissus.

1° *In vitro*, le degré de l'autolyse est déterminé par la concentration des ions d'hydrogène des tissus.

Wiener a démontré que l'acidité du milieu est nécessaire pour la production de ce phénomène et que dans une solution neutre ou alcaline, l'autolyse ne se produit pas.

Pour empêcher la production de ces produits toxiques dans les tissus brûlés il recommande l'usage des larges compresses au bicarbonate de soude. C'est une hypothèse qui mérite d'être étudiée.

2° Pour enlever les tissus dévitalisés Vogt, Roberson et Boyd Brayer, Leiber ont pratiqué l'excision chirurgicale. Le plus tôt possible — sous anesthésie générale ou à l'aide d'une large dose de morphine — ils ont procédé à un nettoyage complet par excision de toutes les parties molles détruites.

Ce nettoyage est suivi d'habitude d'une diminution des phénomènes toxiques généraux.

Pour obtenir de cette intervention le maximum de bénéfice elle doit être pratiquée avant le commencement de l'absorption. Or l'état grave de shock des grands brûlés dans les premières heures et la gravité de l'intervention rendent son application rarement possible et en tout cas assez difficile.

Un autre inconvénient de cette méthode ressort des recherches anatomo-pathologiques de Fr. Bancroft et Ch. Roger qui ont trouvé assez souvent au sein des tissus brûlés des îlots de cellules épidermiques vivantes capables de proliférer par la suite.

Par l'excision chirurgicale large ces îlots sont fatalement enlevés, tandis que par l'emploi de l'acide tannique toutes ces cellules épidermiques sont conservées, ce qui constitue un sérieux avantage pour la rapidité et la qualité de la guérison.

La balnéation continue ou la méthode de Hébra tend vers le même but. Par le renouvellement incessant de l'eau, les toxines locales sont diluées et enlevées et leur absorption réduite au minimum.

3° Pour empêcher l'absorption locale, Douglas préconise, d'après les résultats de ses recherches expérimentales, l'emploi de l'adrénaline dans une solution 1/10.000. Il espère obtenir par l'usage de la vaso-constriction une diminution de l'absorption.

4° L'idée d'employer un produit chimique capable de coaguler les albumines toxiques sur la plaie même a été suggérée à Davidson par les expériences de Pfeiffer, dans lesquelles les extraits toxiques des tissus brûlés étaient coagulés *in vitro* par les solutions acides de sublimé et d'acide phosphotungstique.

Le bichlorure de mercure a été encore employé dans le traitement des brûlures, mais pour ses propriétés antiseptiques seulement, par Fauntleroy en irrigations continues avec une solution de 1/5.000 et par Ravogli en pansements avec une solution de 1/2.000. Mais son emploi n'est pas sans danger vu la grande surface d'absorption. Davidson voulait employer d'abord l'acide phosphotungstique pour précipiter les toxines contenues dans les tissus dévitalisés, mais d'après le conseil de E. C. Mason, il a adopté l'acide tannique comme ayant une action plus complète.

Action physiologique. — L'acide tannique se présente comme une poudre amorphe, facilement soluble dans l'eau, l'alcool et la glycérine, insoluble dans le chloroforme et l'éther.

Il précipite les protéines, les alcaloïdes, certaines glycosides et les sels de métaux lourds.

Avec les protéines de l'organisme il forme des produits d'une composition plus ou moins stable.

Lorsqu'il est appliqué en solution diluée à la surface d'une brûlure, son action coagulante s'arrête aux couches superficielles des tissus; les couches profondes ne semblent pas atteintes et une action caustique plus profonde paraît empêchée par la

croûte imperméable formée par la coagulation des premières.

Les solutions concentrées ont pourtant, d'après les observations de Schuetz, une action coagulante plus profonde due vraisemblablement à la diffusion plus rapide de l'acide avant la formation du coagulum protecteur.

Les albumines précipitées par la coagulation forment à la surface de la plaie une enveloppe solide, dure, qui protège les tissus sous-jacents contre les traumatismes, les infections secondaires et les douleurs.

Les solutions faibles employées en clinique semblent n'avoir aucune influence sur la peau saine.

Dans le tube d'essai l'acide tannique précipite les substances protéiniques du sang. En injection intraveineuse, son action coagulante se manifeste par la formation de menues embolies.

En général, son action caustique paraît limitée à son point d'application.

Ces propriétés de l'acide tannique permettent son emploi sans aucun inconvénient pour le malade. Il est à remarquer cependant que l'acide tannique possède les mêmes propriétés physiologiques que l'acide picrique dont les effets analgésiques et siccatifs sont bien connus.

Son action est pourtant beaucoup plus complète à tous points de vue et les résultats obtenus par son emploi totalement différents.

Le traitement d'une brûlure par l'acide tannique doit être conduit de la manière suivante d'après la description primitive de Davidson. (*Surg., gyn. and obst.* 1925) :

On commence par administrer au malade une injection de morphine pour calmer ses souffrances et seulement après on procède à un nettoyage soigneux de toute la surface brûlée. La plaie est ensuite recouverte par un simple pansement sec stérile fixé par des bandes stérilisées.

Le pansement est ensuite arrosé avec une solution d'acide tannique. La concentration de la solution peut varier de 0,75 à 5 p. 100.

La solution doit être préparée juste au moment de s'en servir parce qu'elle s'altère très facilement par la formation de composés astringents d'acide gallique.

Pour surveiller l'action caustique de l'acide tannique et pour empêcher une coagulation trop profonde, on fait des petites incisions dans le pansement par lesquelles on regarde la plaie au bout de douze, dix-huit et vingt-quatre heures.

Sitôt qu'une partie de la plaie a acquis la coloration brune caractéristique, le pansement est enlevé en totalité.

Pour faciliter le premier changement du pansement, il est prudent de l'imbiber avec la solution d'acide tannique avant de l'enlever.

La plaie est ensuite exposée à l'air, sous un cadre protecteur stérile. Dans les cas plus sérieux on doit continuer la coagulation et l'assèchement de la plaie par des bains d'air chaud, réalisés avec un des multiples appareils connus.

Dans certains cas la solution d'acide tannique peut être remplacée par la pommade à l'acide tannique (parties égales de vaseline et lanoline). L'usage de la pommade facilite l'application de l'acide tannique dans certaines régions (autour des yeux par exemple). Elle paraît avoir pourtant une moindre valeur comme action coagulante.

Le traitement local doit être complété par un traitement général, dont le principal but doit être le rétablissement de l'équilibre sanguin.

L'ingestion de grandes quantités de liquide ou des injections de sérum (Murphy, sous-cutanées ou intra-veineuses) seront faites d'après les indications particulières de chaque cas.

La transfusion sanguine aussi doit être souvent employée. Ses résultats sont d'habitude satisfaisants.

Ce schéma thérapeutique de Davidson a besoin de quelques précisions :

Le traitement d'une brûlure en suivant sa méthode se compose de deux parties bien distinctes : le traitement général et le traitement local.

Le traitement général est le même que celui employé dans n'importe quelle autre méthode et tend à remonter et surtout à hydrater le malade par les moyens classiques connus. Nous n'insistons pas.

Le traitement local doit être divisé, à notre avis, en deux phases bien différentes :

Une première phase qui tend à prévenir les complications graves qui suivent les grandes brûlures, par la coagulation et l'assèchement rapide des tissus dévitalisés jusqu'à l'obtention de la croûte.

Et une deuxième phase qui comprend l'excision de celle-ci et le traitement de la plaie restante.

La coagulation de tissus brûlés doit être obtenue le plus rapidement possible.

C'est le plus sûr moyen de prévenir l'apparition des phénomènes toxiques généraux.

Aussitôt que le malade est vu par le médecin, celui-ci doit faire suivre le nettoyage sérieux de la plaie par l'application d'un pansement à l'acide tannique.

Pour obtenir un contact plus intime entre la brûlure et la solution coagulante, on peut employer, au lieu d'un pansement, l'arrosage de la plaie à l'acide tannique fait toutes les demi-heures jusqu'à l'obtention de la couleur brune.

Ce procédé est plus rapide et grâce à lui une brûlure même très étendue peut être complètement coagulée en seize heures. On obtient ainsi une surface indurée, lisse, régulière et complètement insensible.

L'arrosage présente encore cet avantage d'être moins traumatisant que le pansement. En effet, les compresses peuvent adhérer parfois à la plaie et leur enlèvement peut emporter une partie du coagulum et découvrir à nouveau une partie de la surface ulcérée sous-jacente.

S'il existe des ampoules, celles-ci doivent être ouvertes sitôt formées et l'épithélium qui les recouvrait excisé.

La pommade à l'acide tannique semble d'une moindre valeur, d'après l'expérience de Ch. Beck et son emploi n'est pas indispensable, même pour le traitement des brûlures siégeant à la face, qu'il a pu toujours traiter par un arrosage fin.

En général, la tannification complète d'une brûlure

caractérisée par une croûte, dure, égale, couvrant toute la surface de la plaie, peut être obtenue dans un laps de temps variant de douze à vingt heures.

Dans des cas exceptionnels, à brûlures profondes, intéressant le tissu cellulaire sous-cutané, plusieurs jours peuvent être nécessaires pour obtenir l'assèchement complet.

La coagulation obtenue, la plaie doit être laissée à l'air et soumise à la chaleur sèche, sous la forme de bains d'air chaud.

L'exposition à l'air facilite la tannification, tandis que la chaleur hâte l'assèchement du coagulum obtenu.

Ainsi le temps nécessaire à l'obtention d'une croûte dure, parfaitement sèche est considérablement diminué.

La croûte obtenue de la sorte constitue une protection excellente à l'abri de laquelle la réparation se fait rapidement.

La deuxième partie du traitement des brûlures traitées par la coagulation est des plus simples.

Dans les brûlures superficielles, qui n'intéressent que l'épiderme, aucun autre traitement ne doit être fait.

Sous la protection parfaite constituée par le coagulum, la réparation se fait activement sans rétraction et la croûte s'élimine et tombe d'elle-même.

D'habitude, au bout de deux semaines, la croûte est éliminée en totalité, découvrant une surface régulièrement épithélisée. Dans ces cas, il ne faut jamais enlever les croûtes et on doit attendre qu'elles tombent seules.

Lorsque la peau est détruite en totalité, la croûte reste adhérente aux tissus sous-jacents et la réparation plus lente à obtenir se fait uniquement par la prolifération épithéliale périphérique.

Dans ce cas, la croûte doit être enlevée chirurgicalement. Les auteurs américains recommandent de faire cette excision de la croûte environ deux semaines après la brûlure.

Notre impression est qu'on peut la faire plus tôt, aussitôt que l'état de stupeur initiale des tissus a disparu.

L'excision de la croûte doit se faire aux ciseaux et au bistouri. Il peut être avantageux de la ramollir avant l'intervention par l'application d'une pommade quelconque.

La croûte enlevée, la plaie doit être greffée le plus tôt possible dans une seule séance même dans les cas favorables.

Nous utilisons pour cela les petites greffes de peau libres de Davis. Leur application est des plus simples, leur réussite constante et les résultats obtenus excellents.

Nous voulons surtout insister sur l'importance considérable que la précocité de la greffe peut avoir dans le traitement des brûlures.

La greffe précoce est non seulement le moyen le plus sûr pour prévenir une infection secondaire toujours possible, mais en même temps elle est le meilleur traitement préventif de la rétraction secondaire et du tissu de granulation — surtout dans les brûlures — reposant sur une base cicatricielle, scléreuse et rétractile dont le développement impose souvent des opérations plastiques secondaires toujours délicates.

L'emploi précoce de la greffe évite ces complications.

Nous faisons d'habitude la greffe de toute brûlure en plusieurs séances. Ce mode d'agir offre plusieurs avantages :

La stérilisation d'une portion limitée de la plaie est plus facile à obtenir et le traitement de la partie greffée moins difficile. Mais le principal avantage de cette méthode est le suivant :

Dans les brûlures étendues, la croûte offre une protection si efficace pour la plaie que le malade peut reposer même sur la partie brûlée.

D'habitude, nous enlevons les croûtes sur une des moitiés de la surface du corps et procédons à son greffage, le malade reposant sur l'autre côté. Ensuite après la guérison de la partie greffée, le malade est retourné et repose sur ce côté le temps nécessaire au traitement de la plaie restante.

Lorsque la plaie a été primitivement infectée ou le traitement à l'acide tannique institué trop tard, du pus peut se collecter sous les croûtes.

Une brûlure coagulée évolue normalement sans fièvre.

Une élévation brusque de température et l'apparition d'une hyperleucocytose doivent nous faire soupçonner une infection profonde.

Dans ces cas, la croûte doit être tout de suite enlevée et la plaie traitée par le Dakin.

L'évolution d'une brûlure traitée par cette méthode est des plus simples.

Le premier fait qui s'impose à notre attention est l'absence complète des douleurs.

Dès les premières heures qui suivent l'application de l'acide tannique le malade ne souffre plus.

A part la première injection de morphine nécessitée pour la toilette de la plaie, aucun autre analgésique n'est plus nécessaire. L'application même de l'acide tannique n'est pas douloureuse.

Le malade peut se reposer sans connaître les douleurs atroces qui accompagnent d'habitude les grandes brûlures.

Le changement de pansement se fait sans la moindre souffrance pour le malade. La plaie protégée par la croûte ne saigne pas et est à l'abri des traumatismes et de l'infection. Les malades supportent facilement les bains d'air chaud.

Cette absence des douleurs est toujours observée à la suite de l'application de l'acide tannique et la protection offerte par la croûte est si solide que le malade peut reposer sur la surface brûlée même.

Si l'on considère les souffrances qui accompagnent d'habitude les brûlures traitées par d'autres procédés, cette seule absence complète des douleurs suffirait pour donner une place importante à l'emploi de l'acide tannique dans notre arsenal thérapeutique.

La croûte met la plaie à l'abri non seulement des traumatismes, mais aussi des infections secondaires.

Sous la protection de cette couverture imperméable, une brûlure reste en général stérile pendant toute son évolution ultérieure.

Si la plaie a été traitée dans les premières heures

et suffisamment bien nettoyée, elle guérira à l'abri de l'infection qui est pratiquement rendue impossible par l'assèchement du coagulum.

Les adhérences et les rétractions secondaires qui compliquent d'habitude l'évolution d'une brûlure étendue sont beaucoup plus rares à la suite de l'application de cette méthode.

La croûte forme une coque rigide qui maintient les tissus dans leur forme anatomique primitive. Le greffage ultérieur de la plaie pratiqué immédiatement après l'excision de celle-ci vient compléter et stabiliser ces résultats.

Mais la vraie supériorité de la méthode de Davidson est constituée par son influence sur l'état général du malade.

Les phénomènes généraux graves, d'ordre toxique qui accompagnent d'habitude les grandes brûlures sont à la suite de l'application de l'acide tannique beaucoup plus rares, sinon complètement absents.

Quelques précisions sur la pathogénie de ces accidents nous paraissent intéressantes :

Vogt et Vaccarezza ont pratiqué la parabiose entre deux animaux dont un présentait une brûlure étendue. Les deux animaux présentaient des phénomènes toxiques généraux.

Les symptômes présentés par le brûlé étaient pourtant moindres dans ce cas que lorsqu'il était laissé seul.

Si l'animal non brûlé était séparé du brûlé avant la douzième heure, il ne présentait pas des signes d'intoxication. Dans le cas contraire, si on ne les séparait pas, les deux animaux succombaient dans un délai variable.

Robertson et Boyd ont brûlé des jeunes lapins avec des plaques métalliques et après ils ont fait, avant la huitième heure, des transplantations de peau, en greffant la peau brûlée d'une série de lapins sur des animaux sains et avec la peau de ceux-ci ils ont couvert les brûlures des premiers.

Après ces transplantations faites précocement, les lapins sains, greffés avec la peau brûlée, présentaient des phénomènes d'intoxication, tandis que les brûlés chez qui les tissus détruits étaient remplacés par une peau saine ne présentaient aucun signe d'intoxication. Si ces transplantations étaient faites après huit heures, les deux séries d'animaux présentaient des phénomènes généraux graves.

Leurs expériences ont prouvé encore que le sérum sanguin des enfants brûlés, innoculé chez le lapin, n'était pas toxique que dans des doses énormes, tandis que l'injection de sang total citraté donnait toujours des phénomènes toxiques. Ils concluent que la toxine contenue dans le sang des grands brûlés est surtout fixée par les globules rouges.

Ils ont même réussi à isoler dans les extraits des tissus détruits par brûlure deux substances toxiques : une première, termostabile, diffusable, neurotoxique et une deuxième termolabile, colloïdale et nécrotoxique. Pfeiffer a isolé dans les mêmes tissus une substance toxique, neuro- et nécrotoxique soluble dans l'alcool, l'eau et la glycérine, insoluble dans l'éther et l'alcool.

Comme une contribution intéressante à l'étude des phénomènes généraux qui accompagnent les brûlures étendues, on ne pouvait encore mentionner les recherches de Underhill et de ses élèves qui ont trouvé — en étudiant 21 cas de brûlures — une concentration constante du sang dans les cas sérieux, avec des quantités d'hémoglobine variant entre 150-209 p. 100.

Cette concentration serait la cause d'un déficit circulatoire avec insuffisance de l'oxygène transporté, manque d'oxygénation des tissus, chute de la température et suppression des fonctions vitales.

Des conditions analogues ont été observés chez les gazés pendant la guerre et dans certains cas de grippe.

Ils croient que cette concentration serait due à la déperdition des liquides au niveau de la grande surface dénudée par la brûlure.

D'après leurs recherches, un animal ne peut pas supporter longtemps une concentration du sang dépassant 140 p. 100.

A la suite de cette concentration les chlorures contenus dans le sang diminuent, leur variation étant l'inverse de la variation de l'hémoglobine.

Dans une récente communication faite à la section chirurgicale de l'Académie de médecine de New-York, Davidson, en parlant de cette diminution des chlorures de sodium, insiste sur l'analogie qui existe à ce point de vue entre l'obstruction intestinale et les brûlures.

Il a trouvé sur des malades qui présentaient des grandes brûlures variant entre 1.000 centimètres carrés et 24 p. 100 de la totalité de la surface du corps que cette diminution des chlorures persistait autant que les parties brûlées n'étaient pas enlevées.

Après leur extirpation — l'absorption toxique étant supprimée — il a observé l'accroissement des chlorures du sang ainsi que des chlorures éliminés par l'urine.

Davidson croit que cette diminution du NaCl serait due uniquement à une rétention du sel dans les tissus analogues à celle observée dans certaines pneumonies et non pas à la concentration sanguine, à la fièvre, à l'altération de la sécrétion rénale ou à la déperdition de liquide par la plaie.

Il croit qu'il serait peut-être logique d'essayer de corriger cette déficience du métabolisme par l'administration de NaCl.

Ainsi nous croyons que les théories qui voulaient expliquer la mort tardive survenant entre le huitième jour et la troisième semaine par la suppression des fonctions de la peau ou par les altérations sanguines doivent être abandonnées et que seule la théorie de la toxhémie par absorption doit être envisagée comme vraisemblable.

A la suite de ces recherches, les bons résultats obtenus par l'usage de l'acide tannique deviennent facilement explicables.

La coagulation et l'assèchement rapide — en quelques heures de toute la surface brûlée — constitue non seulement une coque protectrice qui empêche toute déperdition de liquide au niveau de la plaie, mais constitue en même temps le meilleur moyen capable de supprimer l'absorption de substances toxiques formées à ce niveau.

L'absorption à la suite de l'application de l'acide

tannique est nulle, et l'état général du malade s'améliore toujours après l'assèchement de la brûlure.

Dans les brûlures profondes où la coagulation est plus difficile et plus lente à obtenir et l'absorption continue jusqu'à l'obtention fatalement plus tardive de la coagulation, les phénomènes toxiques généraux sont plus sévères. En général, dans toute brûlure traitée par l'acide tannique les phénomènes généraux sont moins intenses et leur disparition entre le troisième et cinquième jour constitue la règle.

Certaines observations de Davidson ont à ce point de vue la valeur de vrais documents expérimentaux : toutes les fois que dans le cours du traitement une croûte a été humectée, par l'application des pansements d'acide borique par exemple, l'état général s'est aggravé, les phénomènes toxiques graves ont apparu prouvant que par cette dissolution des toxines leur absorption redevenait possible. L'urée, l'acide urique, le sucre sanguin ne sont accrus que dans les premières vingt-quatre heures. Après cette période on observe leur diminution et leur taux redevient normal vers le quatrième-cinquième jour.

Les globules rouges et l'hémoglobine tendent aussi vers les limites normales après quelques jours.

En tout cas, les modifications sanguines profondes observées à la suite des brûlures traitées par les procédés habituels manquent à la suite de l'emploi de l'acide tannique.

Si la croûte reste sèche, la température, le pouls et le nombre des leucocytes reviennent assez tôt à la normale et restent tels jusqu'à la fin de la maladie.

Une élévation de température ou l'accélération du pouls sont les indices d'une suppuration sous la croûte.

Un certain degré de toxhémie peut être pourtant observé dans les brûlures profondes où la coagulation et l'assèchement étant plus difficiles à obtenir, l'absorption continue à se faire pendant le temps nécessaire pour parfaire la coagulation.

En résumé, les bons effets de l'acide tannique sur l'évolution de la toxhémie semblent dus, d'une part à la précipitation des albumines toxiques et à l'assèchement du coagulum qui rendent les tissus détruits inoffensifs, parce que inabsorbables, et d'autre part à la protection efficace que la croûte offre pour la plaie contre l'infection secondaire ou les traumatismes et surtout contre la déperdition des liquides.

Les observations des brûlures traitées par l'acide tannique publiées jusqu'à présent (25 cas de Davidson, 9 cas de Bancroft et Rogers, 8 cas de Ch. Beck) ainsi que nos observations personnelles prouvent la valeur de ce nouveau traitement et nous permettent de formuler les suivantes :

Conclusions. — 1° L'emploi de l'acide tannique marque un progrès considérable dans le traitement des brûlures ;

2° La coagulation des tissus dévitalisés par l'acide tannique et leur assèchement ultérieur par l'exposition à l'air fait diminuer et même disparaître la toxhémie.

3° Un certain degré d'intoxication peut être pourtant observé dans les cas des brûlures profondes où l'asséchement de la peau s'obtient plus difficilement et plus tardivement;

4° Les phénomènes toxiques réapparaissent si, par l'usage d'un pansement humide, on redissout le coagulum asséché;

5° L'emploi de l'acide tannique comme pansement initial d'une plaie a un important effet analgésique ;

6° Le traitement par des pansements ouverts et les bains d'air chaud sont très facilement supportés par les malades;

7° Ce traitement empêche toute déperdition de liquide au niveau de la brûlure ;

8° Les risques d'infection secondaire sont considérablement réduits par ce procédé grâce à l'absence complète des conditions favorables à l'infection;

9° Les rétractions cicatricielles sont moins marquées qu'après n'importe quel autre traitement;

10° Dans les brûlures superficielles les protéines coagulées forment une couche protectrice qui favorisent la réparation épithéliale sous-jacente;

11° Dans les brûlures profondes les croûtes doivent être enlevées chirurgicalement et la plaie restante greffée le plus tôt possible ;

12° La précocité de la greffe est le meilleur moyen pour prévenir la production de rétractions et d'adhérences cicatricielles;

13° Si des signes d'infection apparaissent au cours du traitement d'une brûlure profonde, les croûtes doivent être enlevées et un traitement anti-infectieux institué;

14° L'acide tannique mérite d'être définitivement accepté dans notre arsenal thérapeutique comme le meilleur traitement d'urgence des brûlures.

BIBLIOGRAPHIE

Tannic acid in the treatement of burns :
E. C. DAVIDSON. *Surg., gyn. and obst.*, august 1925, p. 202.

The treatement of cutaneous burns :
Frederic W. BANCROFT and Ch. S. ROGERS. *Ann. of surg.*, july 1926, p. 1, vol. LXXXIV.

Burns treated by tannic acid :
Claude S. BECK and John H. POWERS. *Ann. of surg.*, july 1926, p. 19, vol. LXXXIV.

NOTE SUR UN CAS DE TÉTANOS DU NOUVEAU-NÉ

Par M. DESHAYES,
Ancien interne des hôpitaux.

L'enfant B..., âgé de douze jours entre dans le service de la Fondation Payen le 14 mars, pour un tétanos dont le début remonte probablement à quatre ou cinq jours, autant qu'on peut le comprendre d'après les explications des parents. Le bébé est né dans une roulotte de romanichels, ce qui explique suffisamment la facilité d'infection ombilicale.

L'aspect de l'enfant est des plus caractéristiques : ce bébé du poids de 1.980 grammes est rigide comme une barre : jambes et tête en extension, bras allongés, collés le long du corps; cette raideur ne peut être vaincue qu'au prix d'un véritable effort et les mouvements ainsi obtenus sont au reste très limités, le trismus est absolu, l'enfant n'a rien bu depuis deux jours et est exposé à brève échéance à mourir à la fois de son tétanos et d'inanition. La température est de 39°6.

La ponction lombaire n'est pas retenue comme voie d'intro-

duction médicamenteuse : sur un sujet si jeune, en hyperextension, des manœuvres infructueuses pour la réussir pourraient devenir un traumatisme redoutable, de même, pensons-nous, que des essais par les fontanelles déprimées.

Nous nous arrêtons alors à la médication sous-cutanée, qui sera faite par tâtonnements, la posologie médicamenteuse n'étant encore pas fixée et c'est cette posologie à laquelle nous croyons intéressant d'apporter une contribution.

La voie sous-cutanée aura d'ailleurs le gros intérêt de mettre de suite du liquide en circulation.

Premier jour : toutes les trois heures 2 centimètres cubes de sérum antitétanique désalbuminé et 1 centimètre cube de solution de chloral au vingtième.

Deuxième jour : mêmes doses de sérum mais doses doubles de chloral, ce qui représente 16 centimètres cubes de sérum et 0,80 de chloral : la température baisse progressivement : nous aidons à cela par des bains tièdes, donnés toutes les quatre heures depuis le début du traitement.

Troisième jour : la température n'est plus qu'à 35°8. Nous espaçons nos piqûres pour diminuer les doses de moitié : l'état est d'ailleurs tout aussi mauvais : l'enfant souffre, crie sans cesse et ne peut encore rien avaler.

Quatrième jour : température 37 degrés. Quatre piqûres de 5 centimètres cubes de sérum et quatre piqûres de 3 centimètres cubes de solution chloralée.

Cinquième et sixième jour : même traitement.

Septième jour : trois piqûres de 5 centimètres cubes de sérum et trois fois 4 centimètres cubes de chloral : l'enfant va mieux; il commence à boire. Nous comprenons que nous sommes arrivés à des doses convenables et pendant toute la seconde semaine le bébé reçoit deux piqûres quotidiennes de 4 centimètres cubes de sérum; comme il peut maintenant avaler et que les téguments sont criblés de piqûres, nous donnons le chloral par la bouche, aux doses quotidiennes de 0,60 puis 0,75 dans du lait. Remarquons que cet enfant de 2 kilogs, aux organes d'élimination heureusement en bon état reçoit des doses qui correspondraient pour un adulte de 60 kilogs à 240 centimètres cubes de sérum et 20 grammes de chloral par jour. D'ailleurs les progrès sont maintenant visibles; la raideur s'assouplit, l'enfant dort convenablement.

A partir de ce moment nous limiterons notre action à une piqûre de 5 centimètres cubes de sérum et 20 centigrammes de chloral; les bains sont espacés progressivement; le traitement ne sera complètement cessé qu'au bout d'un mois; l'enfant va bien, boit, grossit, mais les membres et le tronc ne seront bien souples qu'à la sixième semaine et depuis lors il n'est plus survenu le moindre incident.

Depuis la rédaction de cette observation nous avons eu connaissance d'un cas superposable publié en mai par Deherripon et Delattre dans le *Journal des sciences médicales de Lille* du 1er mai 1927; d'après la note sommaire que nous avons lue, ils paraissent s'être adressés au sérum seul, mais à doses notablement plus fortes que les nôtres; nous voyons par le cas de l'enfant B... que le chloral peut lui être adjoint sans inconvénients, apportant le concours de ses propriétés calmantes et indiscutablement favorables.

La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes, par le docteur E. Minkowski. Un volume in-8. — Prix : 20 fr. — Paris, Payot.

L'état actuel de l'étude des réflexes, par le professeur M. Minkowski (de Zurich), traduit de l'allemand par le docteur Henry Ey. Un volume in-8. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(Séance du 20 juin 1927)

Quelques cas de glossodynie. — M. Alajouanine. Après avoir rappelé rapidement les glossodynies symptomatiques secondaires à une affection locale facile à diagnostiquer, M. Alajouanine passe en revue des faits où la glossodynie évolue sans lésion de la langue; dans quatre observations qu'il rappelle, elle est survenue deux fois chez des tabétiques et deux autres fois, il a pu les rattacher à des troubles endocrino-sympathiques, dans tous les cas chez des femmes.

Deux cas de parotidite par voie ascendante. — M. Merville. Ils s'ajoutent au dossier des parotidites d'origine bucco-dentaire.

Observation contribuant à l'étude étiologique de la carie dentaire. — MM. Rousseau-Decelle, Chatellier et Ramorino. Observation capitale qui démontre nettement le rôle du système vago-sympathique dans la pathogénie de la carie dentaire.

Deux observations d'ostéomyélite chronique mandibulaire à forme hypertrophiante. — MM. Worms et Bercher. Ostéomyélites très intéressantes par leur aspect clinique et radiologique, leur évolution et leur étiologie, toutes les deux sont pour les auteurs d'origine hématogène et une dentaire.

Cinq observations d'ostéomyélite des maxillaires. — M. Puig. A retenir surtout l'association au traitement chirurgical du traitement vaccinothérapie.

(Séance du 18 juillet 1927)

Lupus primitif buccal. — MM. Chompret et Sassier présentent une malade ayant au niveau du plancher de la bouche une ulcératinn indolore à bords décollés. La biopsie permet de constater la présence de cellules géantes avec une très remarquable limitation des follicules à la périphérie.

La malade n'a pas d'autre manifestation tuberculeuse. L'électro-coagulation semble donner de bons résultats.

Un cas de dystrophie dentaire généralisée. — MM. Chompret et Champeval présentent des modèles sur lesquels vingt-huit dents sont atteintes de dysplasies : sillons horizontaux, cuspides, atrophies cuspidiennes. On ne retrouve pas de traces de syphilis héréditaire mais un syndrome rachitique vers l'âge de trois ans.

Note aur l'appareillage des fractures mandibulaires avec perte de substance. — M. Duchange.

Luxation constante de l'articulation temporo-maxillaire. — MM. Bercher et Puig ont observé une malade ayant une luxation constante de l'articulation temporo-maxillaire ignorée par le sujet lui-même. L'articulation est normale bouche fermée, mais à chaque ouverture de la bouche, la mâchoire se dévie et la luxation se produit pour se réduire seule quand la bouche se referme.

Anesthésie des nerfs massétérin, buccal, lingual et dentaire inférieur en un seul temps par modification de l'anesthésie tronculaire à l'épine de Spix. — M. Félix Ginestet expose une technique permettant d'éviter l'anesthésie complémentaire vestibulaire au cours de l'anesthésie tronculaire à l'épine de spix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE-CHIRURGICALE DES HOPITAUX DE NANTES

(SÉANCE DU 31 MAI 1927)

Pleurésie purulente à entérocoque chez un enfant. — M. E. JOÜON présente une fillette de douze ans qui, à la suite d'une broncho-pneumonie grave, fut atteinte d'une pleurésie purulente gauche très étendue.

Opération de l'empyème après résection peu étendue de la VIIIe côte sur le prolongement de la pointe de l'omoplate.

Guérison très rapide.

Ce qui fait l'intérêt de l'observation, c'est la présence de l'entérocoque dans l'épanchement purulent.

Les observations analogues, à en juger par les publications sont très rares. La seule que nous ayons trouvée et qui est relatée dans l'article très récent d'Harvier et Pinard du *Nouveau Traité de médecine* de Roger, Widal et Tessier et celle publiée en 1906 par Ménétrier.

Dans un article très documenté paru dans la *Presse médicale* de 1925 où M. Dufourt, médecin des hôpitaux de Lyon, insiste sur l'importance de l'entérocoque comme agent des broncho-pneumonies infantiles, cet auteur dit avoir trouvé ce germe à l'état pur dans un cas de pleurésie purulente post-broncho-pneumonique.

M. DUFOURT dit que c'est par les caractères de culture et d'agglutination que l'on peut identifier ce germe et le différencier du pneumocoque et du streptocoque.

Fièvre typhoïde et vaccin antityphique. — M. Ch. MIRALLIÉ. 63 cas de fièvre typhoïde observés en un an dans un service hospitalier : 55 cas chez des femmes non vaccinées; 8 chez des hommes dont 2 seulement vaccinés au lipo-vaccin depuis quatre ans.

Un cas de diabète traité par l'insuline. Amélioration. Cessation du traitement. Mort dans le coma. — MM. BRELET et H. LUNEAU. Un homme de trente-six ans a un diabète grave, avec acidose et dénutrition; pendant quatre mois, il se soigne régulièrement, se fait faire chaque jour deux piqûres d'insuline; on observe alors une transformation complète de l'état général, une diminution très grande de la glycosurie et de l'acidose. Mais ensuite ce diabétique échappe à la surveillance médicale, ne suit plus que très irrégulièrement le traitement par l'insuline; il recommence à maigrir, l'acidose augmente de plus en plus et le malade meurt dans le coma.

Physiothérapie des névralgies. — M. R. GAUDUCHEAU. Avant d'entreprendre un traitement physiothérapique quelconque, il faut s'attacher, dans la mesure du possible, à établir un diagnostic étiologique. Rechercher notamment les névralgies d'origines osseuses, telles que Pott, cancer, rhumatismes et malformations rachidiennes, les névralgies d'origine toxi-infectieuses, telles que celles dues à la syphilis, le paludisme, la tuberculose, la typhoïde, le diabète, la goutte.

Bien que de plus en plus la radiothérapie tende à devenir le traitement de choix des névralgies, surtout à type radiculaire, l'auteur estime qu'il y a lieu de ne pas négliger la galvanisation, la diathermie, la haute fréquence, les rayons ultraviolets ou infrarouges dans divers cas qu'il précise.

Quel que soit l'agent employé, on constate toujours d'une façon plus ou moins rapide une réaction douloureuse souvent assez vive qui précède la sédation. Cette dernière demande parfois plusieurs semaines pour s'établir.

Enfin il y a des névralgies qui ne guérissent pas par les traitements électriques. Il faut savoir ne pas s'obstiner et, recourir à d'autres médications.

Pleurésie médiastine et bronchectasie. — M. A. GENDRON a observé 8 cas de pleurésie médiastine postérieure avec expectoration purulente se caractérisant radiologiquement par une ombre triangulaire en équerre juxta-vertébrale. 5 fois la pleurésie siégeait à gauche, 2 fois à droite, 1 fois des deux côtés avec prédominance à gauche. Les 8 malades étaient du sexe féminin : 5 femmes et 3 fillettes.

3 malades ont guéri complètement et une autre fut fortement améliorée par la vaccinothérapie. Les 4 malades ayant résisté à la vaccinothérapie furent soumises à l'exploration lipiodolée des bronches et cette épreuve a montré que leur pleurésie médiastine était symptomatique de bronchectasie. Ces quatre dernières observations confirment les faits rapportés par MM. Rist, Jacob et Trocmé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 28 MAI 1927)

Néphroptose et appendicite. — M. DIEULAFÉ. A propos de trois observations personnelles absolument caractéristiques M. Dieulafé, envisageant la pathogénie de ces lésions, n'a pas eu à faire intervenir les lésions anatomiques par vascularisation sanguine et lymphatique du fascia rétro-colique droit et de l'atmosphère cellulo-adipeuse péri-rénale, pas plus que des phénomènes réflexes : ce sont les phénomènes appendiculaires qui, ayant été suivis de troubles digestifs permanents, ont amené, par amaigrissement général du sujet un affaiblissement de la sustentation du rein et la mobilité de cet organe. Les fatigues, en période de diminution marquée, en ont aggravé le déplacement. Guérison par appendicectomie et néphropexie.

De l'aspiration du contenu intestinal dans l'iléus. — Dans cinq cas d'occlusion aiguë traités récemment, M. BAILLAT, pénétré des idées d'Okinczic sur la nécessité de vider l'intestin du contenu toxique qui l'encombre, a réalisé cette vidange soit par l'aspirateur de Villard, soit par la mise en place d'un tube de Paul, une fois en refoulant le contenu d'un volvulus de la première anse jéjunale à travers une bouche de gastro-entérostomie ancienne et en vidant ce liquide avec un tube de Faucher. Ces cinq cas comprenant deux volvulus du grêle, deux volvulus du côlon pelvien, une tumeur de l'ampoule rectale ont guéri avec des suites opératoires particulièrement bénignes.

Le traitement des nœvo-cancers. — M. DUCUING. Il est actuellement impossible de juger les procédés thérapeutiques, les critiques qui en sont faites seront peut-être à revoir. Voici la conduite à tenir d'après M. Ducuing. 1. La tumeur n'évolue pas : ne rien tenter, même pour les nœvi ayant la réputation de se maligniser fréquemment comme ceux de la vulve ; 2. la tumeur évolue : *a*. à sa place locale, barrage scléreux à l'électrolyse négative, puis détruire la tumeur par diathermo-coagulation ; *b*. il y a des ganglions. Radiothérapie pénétrante fortement filtrée sur les ganglions, détruire la tumeur par diathermo-coagulation ; *c*. elle est généralisée, radiothérapie pénétrante sur les métastases, injections intra-veineuses d'émanation.

(SÉANCE DU 25 JUIN 1927)

Grossesse ectopique et manœuvres intra-utérines. — MM. BAILLAT et BERTRAND insistent sur les difficultés de diagnostic lorsque les malades se croyant enceintes ont fait pratiquer des manœuvres abortives intra-utérines. Dans un cas, l'un d'eux pratique un curettage; ce n'est que dix jours après que se produit l'hématocèle pour laquelle on fit une colpotomie soupçonnant une pelvi-péritonite. Dans le deuxième, les signes infectieux dominaient le tableau clinique; ce n'est qu'à l'intervention que l'on découvrit la trompe rompue. Guérison dans les deux cas.

Enophtalmie et tumeur fibro-lépomateuse congénitale de la paupière supérieure. — M. DIEULAFÉ Cette tumeur met-

tant un obstacle totale à la vision de l'œil gauche, M. Dieulafé intervint sous anesthésie locale chez une femme de quarante-cinq ans. L'œil apparut petit, lointain, enfoncé à plus d'un centimètre de la base orbitraire; la surface cornéenne voilée d'un léger exsudat blanchâtre. La malade eut pendant longtemps de la photophobie. Huit mois après, l'œil avait repris son aspect normal.

Un cas de granulome myxomateux de la joue. — MM. Argaud et Lefebvre. Cette tumeur grosse comme un œuf de poule, translucide dans ses parties superficielles, fut extirpée chez un malade âgé de soixante-dix ans et paraissait pouvoir être rattachée à une lithiase salvaire très ancienne, l'irritation ayant déterminé probablement une réaction génétique du collagène ambiant, un bourgeon charnu s'est fixé à la phase myxo-formative et hyperphasié sous cette forme. Une récidive locale a pu être extirpée définitivement.

Un cas de fracture des apophyses transverses des vertèbres bombaires prises pour des calculs du bassinet. — M. Martin. En réalité les douleurs lombaires présentées par ce malade étaient dues à un mal de Pott lombaire, les pseudo-calculs étaient des fractures des apophyses transverses de LI, LII, LIII, dont on ne peut d'ailleurs déceler la cause dans l'histoire antérieure du malade.

Un cas d'ostéochondrite de la hanche. — MM. Mériel et Baillat. Chez un garçon de seize ans, boitant depuis deux ans de la hanche gauche, apparurent des douleurs légères après des efforts prolongés. Radiologiquement, on trouva des lésions considérables à gauche qui sont lésions décrites dans les ostéochondrites guéries, et, fait intéressant, il existe à droite des lésions qui sont un stade intermédiaire entre une hanche saine et le côté malade. L'examen radiologique ultérieur dira si la hanche droite prend à peu près la même forme que la gauche.

LIVRES NOUVEAUX

Les radiations luminenses, en physiologie et thérapeutique de l'infra-rouge à l'ultra-violet (1), par M. A.-C. Guillaume.

La thérapeutique par les radiations de la lumière, l'actinologie thérapeutique, est un des problèmes qui occupent et préoccupent le monde des médecins et même le grand public. Les ouvrages consacrés à ces problèmes sont encore peu nombreux et il n'en existe pas en langue française tout au moins, dans lequel on puisse trouver un *exposé d'ensemble de ce problème des radiations lumineuses dans ses rapports avec la physiologie et la pathologie générales.*

Le docteur A.-C. Guillaume a eu le mérite de faire de ce volume un ouvrage de pathologie générale et de physio-pathologie qui dépasse, et de beaucoup, le cadre d'une simple étude de l'actinothérapie; ouvrage qui doit retenir d'autant plus l'attention de tous les médecins en général et des spécialistes actinothérapeutes, en particulier, qu'il est le fruit de longues et nombreuses recherches expérimentales, dont les conclusions viennent souvent corriger et modifier des idées et des théories admises aujourd'hui.

L. G.

(1) Un volume de 516 pages avec 17 figures. — Prix : France et Etranger, 40 fr. (Sans majoration.) — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

LUXATION DU COUDE EN ARRIÈRE

Résumant à peu près toutes les luxations du coude, son évolution est dominée par la possibilité de deux complications capitales qu'il faut mettre en valeur d'emblée :

L'OSTÉOME du BRACHIAL ANTÉRIEUR.

La FRACTURE ASSOCIÉE des EXTRÉMITÉS ARTICULAIRES.

I. ETIOLOGIE

C'est une luxation FRÉQUENTE malgré le caractère SERRÉ de l'article.

Luxation du JEUNE ADULTE, on l'observe assez souvent chez l'ENFANT.

Elle succède :

Dans la règle à une chute sur la paume de la main, le bras étant en abduction et en extension.

Plus rarement à une chute sur le coude.

Très rarement à un choc direct.

Pour qu'elle se produise, une DISLOCATION COMPLÈTE de l'article est NÉCESSAIRE.

II. PATHOGÉNIE

Différents temps successifs :

1° Rupture du ligament antérieur par hyperextension et du latéral interne par hyperflexion en dehors.

2° Passage de la trochlée humérale dans la brèche ainsi formée en même temps que l'apophyse coronoïde se couche sur le versant postérieur de la trochlée par exagération de l'inclinaison en dehors de l'avant-bras.

3° La luxation jusque-là est incomplète, instable. Elle va se parfaire :

Le ligament latéral externe se rompt.

Le bec coronoïdien se place dans la fossette olécranienne, et le radius remonte en haut et en arrière, refoule devant lui l'anconé et se plaque derrière le condyle.

III. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Deux grandes variétés :

La luxation directement postérieure.

Les postéro-latérales, peut-être plus fréquentes :

En arrière et en dehors.

En arrière et en dedans, suivant que l'inflexion latérale est plus prononcée dans un sens ou dans l'autre.

Deux notions importantes :

Les ARRACHEMENTS OSSEUX sont fréquents.

Le BICEPS et surtout le BRACHIAL ANTÉRIEUR sont les deux muscles qui font les frais de cette luxation. Articulation essentiellement serrée, la luxation de ses surfaces ne peut pas aller sans GROS TIRAILLEMENTS MUSCULAIRES.

IV. CLINIQUE

Le tableau est tout à fait différent suivant que le jeune blessé est vu tout de suite ou quelques heures après l'accident. Dans le premier cas la luxation est évidente, crève les yeux; dans le second, le gonflement voile les contours et les lésions, gêne l'examen.

Quoiqu'il en soit, l'examen sera MÉTHODIQUE, SYSTÉMATIQUE.

Le sujet, qui a accusé une douleur très vive parfois syncopale au moment de l'accident, et se présente avec l'attitude commune à tous les traumatisés du membre supérieur, sera examiné ASSIS, LE THORAX NU JUSQU'A LA CEINTURE.

A. **Inspection.** — Gonflement variable.

De face :

L'avant-bras est en pronation plus ou moins complète.

Le membre paraît plus COURT que du côté opposé.

De profil. Deux choses frappent :

L'avant-bras semble RENTRÉ dans le bras, ce dernier coupant l'axe de l'avant-bras au quart postérieur.

Gros ÉPAISSISSEMENT antéro-postérieur de l'article, le contour antérieur venant saillir au maximum en DESSOUS DU PLI DE FLEXION DU COUDE. En arrière la saillie est surmontée d'une ENCOCHE ou d'un COUP DE HACHE.

B. **Palpation.** — En avant où vient sentir le gros bourrelet saillant, DUR, ARRONDI, PEU DOULOUREUX de la palette humérale, EN DESSOUS DU PLI DE FLEXION DU COUDE.

En arrière :

Remontant avec le pouce le bord postérieur du cubitus on tombe dans une DÉPRESSION où le doigt refoule le triceps relâché.

Imprimant de la main droite des mouvements de pronation et de supination à l'avant-bras, on vient reconnaître plus en dehors la TÊTE RADIALE QUI ROULE.

Ce n'est que si le blessé est examiné immédiatement après l'accident :

Que l'on peut pincer entre deux doigts la grande cavité sigmoïde déshabitée;

Et que plus en dehors l'index dirigé de haut en bas peut pénétrer dans la cupule radiale.

C. **Reconnaissance des rapports des repères anatomiques de l'article.** — 1° Alors que, NORMALEMENT, épicondyle, épitrochlée et olécrâne forment :

En extension : une ligne droite.

En flexion : un triangle à base supérieure dans un plan frontal.

2° Au cas de LUXATION on met en évidence :

En demi-flexion : l'ascension de l'olécrâne.

En flexion : l'inversion du triangle; la BASE EST INFÉRIEURE et surtout les saillies ne sont plus dans le même plan : l'OLÉCRANE POINTE EN ARRIÈRE.

D. **Etude des mouvements.** — Actifs : extension possible.

Flexion impossible.

Passifs : flexion limitée.

Mouvements anormaux de latéralité très étendus.

E. **L'examen n'est pas fini.** — Systématiquement rechercher les signes des complications immédiates possibles. Voire une radio.

1° Au premier plan : La luxation-fracture. — a. *Fracture de l'olécrâne.* — Encoche à la face postérieure.

Douleur vive.

Extension active impossible.

Radio.

b. *Fracture de l'épitrochlée.* — Très fréquente. Ecchymose, douleur exquise, mobilité anormale à la partie interne.

c. *Décollement périostique.* — Remplace souvent la fracture. Jetée périostique entre l'humérus et la cupule.

d. *Fracture de la coronoïde.* — Le déplacement se réduit et se reproduit automatiquement. Point douloureux en avant et en dedans du biceps.

e. *Fracture très basse du condyle externe.* — La clinique sauf quelques cas nets, ne permet que de soupçonner ces lésions associées : une **radio** de face et de profil devra donc être systématiquement pratiquée.

2° Toujours explorer la sensibilité dans les territoires des médian, radial et cubital.

3° Prendre le pouls de la radiale.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pa s.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Barbier, Thiroloix, P. Duval, Cleisz, qui acceptent; Bénard (Henri), Pinard, Vallery-Radot, Basset, Ombrédanne, Dujarrier, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

GUERRE. — Avis de concours pour la nomination de professeurs adjoints a l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales. — Le concours annuel, prévu par le décret du 7 mai 1908 et l'instruction du 15 juin 1909, pour la nomination aux emplois de professeurs adjoints à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales aura lieu à cette école, le 14 novembre 1927, dans les conditions indiquées par ladite instruction.

Les médecins et pharmaciens-majors de 2e classe, qui désireraient prendre part à ce concours, adresseront, par la voie hiérarchique, au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), une demande, qui devra parvenir avant le 1er novembre 1927, en spécifiant l'emploi, ou les emplois, pour lesquels ils désirent concourir.

Les candidats devront être présents en France et n'avoir pas reçu de désignation coloniale au 10 novembre 1927. Il ne sera accordé aucun sursis de départ pour les colonies, aucune dispense de service colonial, ni aucune autorisation de rentrer en France, en vue de subir les épreuves de ce concours.

Il est rappelé qu'il est tenu le plus grand compte, dans le travail d'avancement et de concours pour la Légion d'honneur des services rendus par le personnel enseignant de l'Ecole d'application (Circulaire n° 3309 1/8 du 17 novembre 1922).

De même, le classement sur la liste d'aptitude à l'emploi de professeur adjoint constitue un titre à l'avancement.

— (Active). — Sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. Morvan et Malaspina.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. Brionval, Armeilla et Grenier.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. Chaumet, Raymondeau, Jourdan, Tronyo, Blondel, Russo, Guillaume.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. Zumbiehl, Brousses, Roucaute, Chauzy, Jabot, Charbonnier, Mazeyrie, Gélis, Maulin, Provost et Bolzinger.

M. Chanoine est rappelé à l'activité.

— Mutations. Sont nommés :

MM. les médecins principaux Perrin, à Amiens; Chrétien, chef de la section technique; Reverchon, à l'armée du Rhin; Combe, à Tunis; Fayet, à la section technique.

MM. les médecins-majors Christau, à la section technique; Kliszowski, à la 19e section; Trèves, au 130e R. A. L.; Anglade, à Versailles; Junquet, à Saint-Mandé; Charton, à Belfort; Mulot, à l'armée du Rhin; Millet, à Orléans; Durban, à Belfort; Cœurdevey, à la 19e région; Patoiseau, à Quimper; Rohmer, à Strasbourg.

ÉLÈVES DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décision ministérielle du 22 septembre 1927, les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent ont été nommés élèves du Service de santé de la marine, à la suite du concours de 1927.

Ligne médicale. — Candidats à quatre inscriptions : 1. MM. Hebraud, Kervern, Mari, Auregan, Flandrin, Secourieux, Gallais, Crispel, Breteau, Moncourier, Loubatières, Aymard, Lévy, Grall, Serre, Tinard, Bargues, Loumaigne, Canteau, Le Faou.

21. MM. Lagarde, Maria, Melereau, Arloing, Gaulier, Debeugny, Gensollen, Picard, Le Goff, Gras, Tessier, Cauvin, Coulanges, Bourdier, Paoletti, Marty, Lombard, Queneudec, Devoivre, Arnauld.

41. MM. Gaignaire, Arquie, Lacorne, Rouge, Morel, Mevel, Seguy, Bergouniou, Rivaud, Allard, Blutesu, Goulard, Martin, Demur, Creste, Boursiac, Stephan, Brun, Delacoux des Roseaux, Courtier.

61. MM. Blanchet, Carn, Lambert, Bouisset, Delage, Tarello, Martin, Becuwe, Blein, Sagnard, Nouaille-Degorce, Manciot, Dantec, Regimbaud, Cevaer, Mary, Malavoy, Baloux, Domec, Remy.

81. MM. Nicolas, Rostan, Bertho, Rosec, Serafino, Duris, Le Van Truoc, Desse, Marlette, Dupuy, Vesnat, Martinaud, Calvez, Pourtau, Rollin, Morand, Chomet, Arnaud, Bonamy, Mahoudo.

101. MM. Boubée, Morel, Bittore, Mazet, Le Bot, Moulinier, Mercat, Peyronny, Boyer, Boiron, Bories, Pecarrère, Langeard, Guilhaumou, Vignes, Berthon, Soueix, Matriolet, Faguet, Nomdedeu.

121. MM. Brunati, Baudet-Desroches, Muller, Amigues, Woitelet, Diagne, Bouffier.

LIGNE PHARMACEUTIQUE ET CHIMIQUE. — Candidats munis de la validation des sièges : 1. MM. Rivoalen, Fagon, Chapheau, Buffe, Jacquier, Laviec, Auffrel, Giboin, Morand, Randier, Clamen, Bellec, Le Rest, Le Bouder, Jaugeon, Auffret, Foerster.

Ces élèves devront être rendus à Bordeaux, le jeudi 20 octobre 1927, et se présenter, avant onze heures, au médecin général, directeur de l'Ecole, cours de la Marne, 145.

LES CONGRÈS DU DÉBUT D'OCTOBRE. — 3-8 octobre. Paris. XXXVIe Congrès français de chirurgie. Ouverture lundi 3, à 14 heures, à la Faculté de médecine. — Secrét. gén. : M. Auvray, 186, avenue Victor-Hugo.

4 octobre. Paris. XXVIIe Congrès français d'urologie. — Secrét. gén. : M. Pasteau, 13, avenue de Villars.

5-9 octobre. Lyon. XIIe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicale. — Secrét. gén. : M. Piéry, 18, quai Claude-Bernard, Lyon.

7 octobre. Paris. IXe Congrès d'orthopédie. — Secrét. gén. : M. Mathieu, 74, rue Vaneau.

11-15 octobre. Paris. XIXe Congrès français de médecine. — Secrét. gén. : M. Chiray, 14, rue Pétrarque.

15-19 octobre. Centenaire de Villemin.

17-20 octobre. Paris. Congrès français d'oto-rhino-laryngologie. — Secrét. gén. : M. Liébault, 216, boulevard Saint-Germain.

RÉCEPTION DES MÉDECINS DE L'AMERICAN LEGION. — Samedi dernier 24 septembre, l'Association amicale des anciens médecins des Corps combattants et l'Union des médecins mutilés avaient organisé, au restaurant Ledoyen, un dîner intime en l'honneur des médecins de l'American Legion. Un certain nombre de distingués médecins de cette Association avaient répondu à l'appel des deux sociétés françaises et la sympathie la plus complète ne cessa de régner au cours du dîner en dépit des différences de langage. La bienvenue fut souhaitée en anglais aux médecins de la Légion par le docteur F. Landolt au nom de l'U. M. M., et le docteur Jacques Forestier au nom de l'A. A. M. C. C. Le docteur Clovis Vincent, président de l'A. A. M. C. C., qui présidait le banquet, rappela le rôle glorieux du Corps médical des deux nations, en particulier des médecins de régiments durant la guerre.

Le docteur Edmond Gros, de l'American hôpital de Neuilly, le docteur Kennon Dunbrun, délégué du Réhabilitation Committee, et le docteur G. G. Rambraud, ancien directeur de l'Institut Pasteur de New-York, répondirent en termes émus et exprimèrent leurs sentiments de grande reconnaissance envers le peuple français tout entier pour la réception magnifique qu'il avait réservée aux légionnaires au cours de leur pèlerinage.

Cette manifestation médicale franco-américaine a heureusement complété le programme des fêtes de réception de l'American Legion.

UNE MISSION MÉDICALE FRANÇAISE AUX ÉTATS-UNIS. — On annonce que nos confrères de Martel, Le Mée, Clovis Vincent et Hélie viennent de partir pour les Etats-Unis pour organiser d'une façon efficace les relations entre médecins américains et médecins français. Ils vont se mettre en rapport avec les principaux centres médicaux des Etats-Unis et de Cuba dans le but de permettre aux médecins de ces pays de venir faire des stages dans les services hospitaliers français tandis que des médecins français feront des stages dans les centres américains.

MÉDECINE COLONIALE. — Comme complément à la nouvelle que nous avons donnée le 3 septembre 1927, p. 1166, au sujet des médecins recrutés en vue de la lutte contre la maladie du sommeil en Afrique équatoriale, nous informons nos lecteurs que toutes les demandes doivent être adressées au ministère des Colonies (Service de santé, 2e section).

Les candidats doivent être de préférence célibataires. Les candidats mariés ne peuvent emmener ni femme, ni enfants.

Les femmes ne sont pas admises à poser leur candidature.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le mardi 18 octobre 1927, à 21 h., à la Faculté de médecine, amphithéâtre de l'Ecole pratique.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Quelques moyens simples de faciliter la compréhension des travaux pratiques du Service de santé en campagne », par M. le médecin inspecteur général Toubert, président du Comité technique de santé.

La date de la conférence a été reportée du lundi au mardi exceptionnellement en raison du banquet de clôture du Centenaire de Villemin.

HÔPITAL LAENNEC. — LA DIATHERMIE EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur H. Bourgeois et les docteurs Fouquet et Lemoine commenceront, le lundi 10 octobre 1927, une série de huit leçons.

Ce cours, dont le nombre des auditeurs est limité à six, aura lieu tous les matins, à 10 h., et, en outre, le 10 et le 11 octobre, à 16 h.

Prix du cours : 600 fr. — S'adresser au docteur Fouquet

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Auguste Prenant, membre de l'Académie de médecine.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

EXTERNE, 3e année, cons. oto-rhino-laryng., permuterait ou prendrait serv. méd. ou accouc. Ecr. A. P., bureau du Journal.

REVUE GÉNÉRALE

ACCIDENTS D'ÉRUPTION DE LA DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE

Par Ch. RUPPE,
Ancien interne, stomatologiste des hôpitaux de Paris.

Posons bien le problème. Une dent de sagesse peut avoir fait son éruption normale, se carier, gangréner sa pulpe et provoquer des accidents infectieux comme toute autre dent; ce ne sont pas des accidents éruptifs. Nous les éliminons.

Nous ne nous occuperons que des accidents dus à une éruption difficile ou impossible de la dent de sagesse. Celle-ci est dite *incluse*, lorsque le sac épithélio-conjonctif qui recouvre sa couronne n'est pas en communication avec la carie buccale. Elle est dite *enclavée*, quand la communication s'est produite.

Pathogénie. — Mais pourquoi cette difficulté ou cette impossibilité d'éruption. Nous éliminons d'emblée les théories insoutenables du canal mandibulaire d'Adam ou de l'inclusion épithéliale de Moty, pour arriver *à la théorie mécanique*, d'après laquelle les accidents éruptifs seraient dus à l'irritation et à l'inflammation des tissus comprimés par une dent de sagesse évoluant dans un espace restreint. La dent de sagesse n'aurait pas la place pour faire son éruption entre la deuxième grosse molaire et le triangle rétromolaire, et irriterait le bord antérieur de la branche montante, parce que dans nos races civilisées l'arc osseux ne se développerait pas proportionnellement à l'arc alvéolaire.

Cette théorie du manque de place est fausse. Il suffit, pour s'en rendre compte, de regarder un maxillaire. Si l'arc osseux n'est pas assez long, l'arc alvéolaire s'inscrit en dedans de l'arc osseux, et la dent de sagesse sort franchement en dedans du triangle rétromolaire. Elle a toute la place nécessaire pour évoluer. Cependant, il ne faut pas méconnaître que la disproportion entre la longueur de l'arc osseux et de l'arc alvéolaire joue un rôle adjuvant dans la production des accidents éruptifs, rôle que nous décrirons plus loin.

Mais cette théorie, fausse anatomiquement, n'expliquant ni l'obliquité de la dent de sagesse, ni la nature infectieuse des lésions, a dû être abandonnée pour la **théorie infectieuse.**

Celle-ci a consacré, au début, la voie sanguine comme voie d'infection. Ce fut la théorie du bulbe d'Ombrédanne.

« Lorsque le germe dentaire inclus se développe, il représente de ce chef un bulbe osseux, un point physiologiquement congestionné par la croissance, où une infection virulente se fixera avec prédilection ». Cette théorie est en contradiction avec les faits. Les accidents éruptifs se produisent après seize, dix-sept ans alors que la dent de sagesse est complètement formée et non de huit à quinze ans, alors qu'elle calcifie son germe et pousse ses racines.

L'infection est donc directe, elle se fait par la bouche; mais il faut une raison pour qu'elle s'installe à ce niveau.

Cette cause, Redier l'a cherchée dans la théorie du décollement fibro-muqueux.

La dent de sagesse ne trouverait pas devant elle des tissus adaptés à leur fonction alvéolaire. Elle décollerait une fibro-muqueuse dure sans pouvoir la détruire et c'est sous ce décollement que se ferait l'infection. Or, la dent de sagesse qui est capable de provoquer des ulcérations des tissus dentinaires est à plus forte raison susceptible de détruire une fibro-muqueuse; mais elle n'a pas à le faire, puisque le capuchon qui recouvre la dent de sagesse est formé de tissu cellulaire lâche.

C'est *à Capdepont* que revient l'honneur d'avoir donné une théorie satisfaisante et complète de ces accidents d'éruption. *La raison déterminante est une raison embryologique; la raison adjuvante est une raison anatomque.*

La dent de sagesse qui ne peut évoluer est oblique ou horizontale. Elle vient buter contre la deuxième grosse molaire. L'embryologie nous l'explique.

La dent a une double origine recto et mésodermique. L'épithélium gingival s'enfonce dans le derme, sous forme d'un mur plongeant, puis d'une lame dentaire. Il se renfle en un bulbe qui coiffe le tissu conjonctif différencié. Or, dans la partie antérieure des mâchoires, il y a superposition des follicules des dents temporaires et permanentes, tandis que dans la région postérieure, les follicules des deux grosses molaires et de la dent de sagesse s'étagent d'avant en arrière et de haut en bas, parce qu'ils proviennent d'une même lame. Aussi, les axes folliculaires de ces dents sont obliques et la dent de sagesse se comporte comme la dent de remplacement de la deuxième grosse molaire. Puis la dent de sagesse tend à se redresser, comme en témoigne l'incurvation postéro-supérieure des racines. Mais si l'axe est trop oblique, la dent de sagesse bute contre la dent de douze ans ou se coïnce sous son collet; il lui est dès lors impossible d'évoluer normalement.

Cette première notion embryologique nous fait saisir pourquoi la dent de sagesse présente si souvent une direction anormale. Le mécanisme de l'éruption va nous faire comprendre comment s'installe l'infection péricoronaire, point de départ de tous les autres accidents.

La dent, en évoluant, trouve devant elle le gubernaculum dentis, formé de tissu conjonctif et des restes épithéliaux du mur plongeant et de la lame dentaire. Ces restes épithéliaux se mettent à proliférer, se vacuolisent et coiffent la dent d'un sac péricoronaire.

Ce sac péricoronaire comprimé entre la dent de douze ans et la dent de sagesse oblique, s'ulcère. Une crevasse se forme dans ce mur épithélial qui est surplombé par le bourrelet gingival, vertical à ce niveau. Par cette brèche déclive, s'insinuent les microbes qui trouvent dans le sac péricoronaire et la couronne dentaire une cavité presque close, le plus propice des milieux de culture. En somme, il s'agit d'une infection d'origine buccale, due à une impossibilité d'éruption normale, par suite d'une inclinaison folliculaire de la dent.

Mais il est parfois des dents de sagesse verticales qui donnent lieu à des accidents éruptifs; c'est alors que le peu de longueur de l'arc osseux intervient, comme il intervient également pour les dents de sagesse obliques. La dent de sagesse a bien la place de sortir en dedans du triangle rétromolaire, mais la muqueuse tendue par le triangle, forme un rideau

vertical, trop antérieur par rapport à la dent pour pouvoir disparaître et dégager complètement la face triturante de la dent qui ne peut ainsi se désencapuchonner.

Anatomie. — En résumé, nous trouverons :

α. *Des dents verticales bien alignées* par rapport aux molaires, ou bien versées en dedans ou en dehors, avec un arc osseux court et un rideau muqueux antérieur.

β. *Des dents obliques en haut et en avant,* on vérifiera toujours si les tubercules antéro-inférieurs de la dent de sagesse sont coïncés sous le collet de la deuxième molaire; source de difficultés d'extraction.

χ. *Des dents horizontales.*

δ. *Des dents avec un axe infléchi.* — L'axe de la couronne regarde en haut et en arrière, l'axe des racines en bas et en arrière. L'angle ainsi formé se coïnce sous le collet de la deuxième molaire.

ε. *Des dents en hétérotopie.* — Elles peuvent n'être séparées de la deuxième molaire que de quelques millimètres, regarder en haut et en arrière, ou être beaucoup plus lointaines, en ectopie dans la branche montante.

Clinique. — Les classiques ont donné des accidents d'éruption de la dent de sagesse des descriptions différentes; basées soit sur leur gravité (formes légères, moyennes ou graves), soit sur leur profondeur (forme superficielle, profonde).

S'il est exact que cliniquement les mêmes accidents d'éruption peuvent se présenter avec une gravité variable, nous pensons qu'il est à la fois plus schématique et plus près de la vérité clinique, d'étudier les accidents éruptifs suivant le tissu atteint; car chacune des catégories de ces accidents se traduit par un tableau clinique qui permet de les bien distinguer.

La péricoronarite suppurée est l'accident initial, le *primum movens* des autres accidents. De là, l'infection peut se propager à des tissus différents :

1° *Si elle ensemence la muqueuse buccale*, elle crée *une stomatite.*

2° *Si elle contagionne le tissu cellulaire sous-muqueux*, elle engendre des *cellulites* de siège et de gravité différents.

3° *Si elle se propage aux voies lymphatiques,* elle donne naissance à des *adénites ou à des adénophlégmons.*

4° *Si elle attaque l'os*, des accidents ostéomyélitiques graves peuvent se produire dont la pathogénie reste à discuter.

1. PÉRICORONARITE SUPPURÉE

Symptômes. — Cet accident initial est fréquent; c'est la production d'une goutte de pus sous le capuchon muqueux de la dent de sagesse.

Un sujet d'une vingtaine d'années (*mais les accidents éruptifs de dents de sagesse sont de tout âge*) est pris de douleurs assez vives dans la région rétromolaire. Cette *douleur* irradie vers l'oreille, en avant du tragus. Elle provoque de l'insomnie. Le *trismus* apparaît, mais il bloque rarement complètement la bouche. Le malade éprouve aussi de la difficulté pour avaler, un peu comme s'il avait une angine.

Rien d'apparent à l'examen exobuccal; mais en examinant la bouche, autant que le permet le trismus, on aperçoit un capuchon muqueux, œdématié, rouge, gardant les empreintes des dents supérieures. Cette tuméfaction et cette rougeur peuvent se propager en dehors sous le sillon gingivojugal, et en dedans, vers le pilier antérieur du voile. Le lendemain ou le surlendemain, un peu de pus sourd sous ce capuchon enflammé.

Evolution. — 1° Ces accidents durent deux ou trois jours, fatiguent le patient, puis tout rentre souvent dans l'ordre. Le malade se croit guéri; mais quelque temps après, un nouvel incident se reproduit; ces incidents peuvent aller en s'espaçant et en s'atténuant, ils finissent par disparaître dès que le capuchon muqueux se trouve complètement détruit.

2° Dans d'autres cas, l'infection persiste légère et peut être la source de toute une série de petits accidents qu'il faut savoir rapporter à leur cause véritable : stomatite légère catarrhale, adénite monoganglionnaire subaiguë, angine à répétition, ulcération linguale ou jugale.

3° Si tout peut se borner à ces incidents, chez d'autres malades, *la péricoronarite se complique*, est-ce par exaltation de virulence ou par déficience momentanée de l'état général?

2. COMPLICATIONS MUQUEUSES

La péricoronarite est parfois la source d'une **stomatite ulcéro-membraneuse**. Cette stomatite peut débuter sans prodromes; elle peut rester longtemps au stade catarrhal lorsque l'infection est atténuée.

Dans d'autres cas, après avoir revêtu pendant quelque temps une allure torpide, elle se déclanche brutalement, comme une véritable maladie infectieuse. Chompret l'a décrit avec justesse, sous *le nom de stomatite odontiasique.*

La douleur, la fétidité de l'haleine, la salivation sont accusées par un malade fatigué, légèrement fébrile. Si l'on regarde sa bouche, on note une tuméfaction de la muqueuse gingivale inférieure et jugale répondant à l'espace interdentaire. Les gencives sont non seulement tuméfiées, mais décollées, surtout au niveau des espaces interdentaires et ulcérées. Ces *ulcérations* sont recouvertes d'une bouillie grisâtre ou jaunâtre plus ou moins adhérente, qui n'est pas une fausse membrane, mais l'accumulation de débris sphacélés. Cette stomatite peut rester une hémistomatite inférieure, ou se propager à la moitié de la bouche, ou se généraliser complètement. Elle peut dans quelques cas se compliquer d'*angine ulcéreuse du type de Vincent.* De toute manière, il y a léger engorgement ganglionnaire.

Diagnostic. — L'aspect des lésions permet d'affirmer rapidement qu'il s'agit d'une stomatite ulcéro-membraneuse; mais cette stomatite est loin d'avoir toujours pour cause un accident d'éruption de dent de sagesse. On peut l'affirmer : par la brusquerie du

début, l'intensité des symptômes fonctionnels, la présence d'un capuchon infecté d'une dent de sagesse, non complètement évoluée, la décroissance des lésions muqueuses de la dent de sagesse vers la partie antérieure de la bouche.

Mais si la dent de sagesse a fait une éruption complète, n'allons pas dire qu'elle est coupable parce que le maximum de lésions ulcéreuses siège derrière elle. Cette localisation est fréquente dans toute stomatite parce que c'est un endroit déclive, à l'abri de la chasse salivaire et du brassage mécanique qui se produit au cours de la mastication.

Donc, si l'étiologie paraît douteuse, recherchons toutes les autres causes de stomatite. Ne laissons pas passer une stomatite toxique. Nous ne parlons pas de la *stomatite bismuthique* qui se trahit par son liseré gingival et la pigmentation de la muqueuse, mais nous avons en vue la *stomatite mercurielle.* Si le malade répondait toujours aux questions posées à ce propos, le problème serait simple; mais il nie souvent pour cacher sa maladie. Dans d'autres cas, il a subi quelques mois avant, une série de piqûres d'huile grise, et ne peut pas voir le lien qui unit sa stomatite au traitement fait antérieurement. En cas de doute, l'examen des urines permet de déceler la présence du mercure.

Dans certaines agglomérations et dans certaines périodes sociales difficiles, il se produit d'assez nombreux cas de stomatite. *Bergeron leur donnait un caractère épidémique, caractère qui a été controuvé; David et Hecquet les rattachaient à une déficience de l'état général, à la misère physiologique; certains auteurs y voient toujours un accident* éruptif de dent de sagesse, interprétation qui paraît excessive; *car toute cause qui trouble l'équilibre buccal est susceptible de provoquer une stomatite.*

Dans bien des cas, la cause resterait méconnue, si l'examen intrabuccal n'était minutieusement pratiqué et ne permettait de découvrir *une épine irritative alvéole dentaire* qui déclanche un trouble réflexopathique, source d'une diminution de résistance tissulaire propice à l'éclosion des lésions ulcéreuses (Bercher).

Enfin signalons que l'angine de Vincent peut exister à l'état isolé sans autre lésion de la muqueuse buccale et qu'un certain nombre d'auteurs y voient un accident d'éruption de la dent de sagesse.

Nous retiendrons que cette stomatite ulcéro-membraneuse, pour certains auteurs unicistes serait due uniquement à l'*association fuso-spirillaire* et pour d'autres à une *action polymicrobienne*; les microbes habituels faisant le lit à l'association fuso-spirillaire qui est nécrophile.

Anatomiquement, la stomatite est caractérisée par une escarre avec couche polymicrobienne et feutrage de bacilles; sous laquelle se trouve une zone inflammatoire pénétrée de moins en moins activement par les spirilles.

3. COMPLICATIONS CELLULAIRES

Du sac péricoronaire, l'inflammation gagne parfois le tissu cellulaire et provoque des cellulites qui peuvent être :

1° Des *phlegmons diffus, du type angine de Ludwig*;
2° Des *phlegmons gazeux, circonscrits;*
3° Des *phlegmons circonscrits, l'abcès banal;*
4° Des *œdèmes inflammatoires n'aboutissant pas à la suppuration;*
5° Des *infections chroniques du tissu cellulaire, du type phlegmon ligneux ou abcès aréolaires.*

1° Les *phlegmons diffus sphacélisants et hypertoxiques*, qui tuent en quelques jours, sont heureusement rares. Ils peuvent se diriger vers la région sublinguale, en réalisant le tableau de l'*angine de Ludwig.* Ils peuvent disséquer la joue, la face interne de la branche montante, gagnant la région temporale et ptérygo-maxillaire; ou bien s'étendre vers le cou : *phlegmons cervico-jugaux* aussi redoutables.

2° Le plus habituellement, les *cellulites* dues à un accident éruptif, se traduisent par des *abcès à pus louable, parfois, à sérosité sanguinolente avec gaz.*

L'étude anatomique de la région devient nécessaire pour comprendre la migration de ces collections purulentes qui ont tendance à suivre les voies préformées.

a. Or, le capuchon de la dent de sagesse, est recouvert par une muqueuse molle, mobile qui se continue avec celle du triangle rétro-molaire, et avec celle du pilier antérieur du voile. Ceci nous explique une première propagation possible, peu fréquente d'ailleurs, en haut et en arrière, en plein tissu vélaire : *c'est le phlegmon sus-amygdalien.*

b. Beaucoup plus souvent, la collection se fraie un chemin dans le tissu cellulaire vestibulaire, compris entre le maxillaire, en dedans; le buccinateur, en dehors, et la réflexion gingivo-jugale de la muqueuse, en haut. Cet espace est d'autant plus haut qu'il est plus antérieur, puisque le buccinateur s'insère sur la ligne oblique externe. Il aboutit en avant, dans le tissu cellulaire jugal, de la région prémolaire, entre le bord antérieur du buccinateur et les muscles triangulaire et carré du menton. L'abcès qui y prend naissance est l'*abcès buccinato-maxillaire de Chompret et Lhirondel.*

c. En dedans, le pus peut se faire jour entre le tissu lingual, le mylo-hyoïdien et la muqueuse réfléchie gingivo-linguale. Cet abcès interne est peu fréquent, *c'est un abcès du plancher de la bouche.*

d. Enfin, l'infection peut gagner le tissu cellulaire de la joue qui peut être infiltré dans son ensemble.

Toutes ces collections donnent :

a. Les signes locaux des abcès chauds;
b. Toujours de la douleur et du trismus;
c. D'autres troubles fonctionnels en rapport avec le siège de l'abcès.

α. Le plus fréquent *est l'abcès buccinato-maxillaire de Chompret et Lhirondel.* Nous reproduisons ici leur description. « On remarque à la partie moyenne du maxillaire une tuméfaction chaude. Il n'y a rien ni au menton ni au niveau de l'angle. En examinant la bouche on constate une tuméfaction vestibulaire en regard de la deuxième prémolaire et de la première molaire soit en forme de massue ou de fuseau dont l'extrémité effilée est attachée au capuchon de la dent de sagesse; soit en forme de sphère, réunie au capuchon muqueux par un simple

soulèvement muqueux ou par une simple traînée inflammatoire. Elle occupe rarement tout le vestibule; mais en soulève plutôt la face externe et jugale, déterminant entre lui et la paroi alvéolo-maxillaire un léger sillon. La table osseuse n'est pas douloureuse. Les prémolaires et molaires sont saines. Mais le capuchon est enflammé et la pression y fait sourdre du pus.

Le plus habituellement, la collection s'ouvre spontanément au niveau du vestibule. Mais cette évolution constitue rarement la guérison. Le plus habituellement, il y a récidive; d'où une forme chronique et à répétition de l'abcès migrateur. Il y a possibilité de fistules cutanées.

Le siège au niveau des prémolaires pourrait faire croire à tort à un ostéophlegmon provoqué par la carie de ces dents. Il ne faut pas non plus confondre cet abcès avec une adénite génienne inférieure.

β. Les *abcès internes* occasionnent des *troubles de la déglutition*, de la gêne pour la mobilisation de la langue. La région sous-maxillaire est refoulée et augmentée de volume par œdème de voisinage. Au cours de l'anesthésie générale, lorsque le trismus a cédé, on aperçoit une tuméfaction paramaxillaire, dont l'ouverture intrabuccale amène rapidement la guérison.

γ. Les *abcès sus-amygdaliens* tuméfient considérablement le voile au-dessus de l'amygdale. Ils sont extrêmement douloureux et provoquent une vive dysphagie. Abandonnés à eux-mêmes, leur ouverture se fait spontanément par le voile. Dans quelques cas rares, il y a effraction de la paroi pharyngée qui est mince à ce niveau et production d'un *abcès latéro-pharyngien.*

3° A côté de ces abcès, la cellulite peut se borner à un *œdème inflammatoire* qui n'aboutit pas à la suppuration et guérit en trois, quatre jours. Nous avons remarqué que ces cellulites étaient très douloureuses.

4° Enfin, les accidents éruptifs de la dent de sagesse peuvent engendrer un *phlegmon ligneux cervical*, si caractéristique avec son induration de la peau qui est adhérente et de couleur violacée, vineuse. Ce phlegmon a une évolution très lente, durant des semaines, entrecoupée par la production de petits abcès qui ne donnent que très peu de pus. Ce phlegmon ligneux dû à des germes banaux, ne doit pas être confondu avec l'*actinomycose* qui aboutit à la production de fistules en cratère, d'où s'écoule un pus avec grains jaunes.

Quant aux *abcès subaigus, multiples, aréolaires* du tissu cellulaire, ils évoluent presque sans symptômes et ne donnent à l'ouverture que peu de pus. On en extrait au contraire du tissu sphacélé comme de l'étoupe. *(A suivre.)*

Les Vertiges labyrinthiques, par André MOULONGUET, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. Collection Médecine et Chirurgie pratiques. Un volume de 166 pages avec 17 figures. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

Opérations usuelles, par PASCALIS. Un volume de 80 pages avec 150 figures. — Paris, Baillière et fils.

CHIRURGIE GASTRIQUE

LA SURVIE DES OPÉRÉS POUR ULCÈRE

D'APRÈS DONALD BALFOUR

Par A. TIERNY (d'Arras),
Ancien interne (lauréat) des hôpitaux de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Jean.

Les anciens opérés pour ulcère duodénal vivent autant que la moyenne des hommes. Chez les sujets opérés pour ulcère gastrique, la survie est trois fois plus courte. Il est connu que l'ulcère gastrique est une maladie plus sérieuse que l'ulcère duodénal. Elle provoque une impotence fonctionnelle et sociale plus grande; les dangers qu'elle fait courir sont plus importants, d'une part parce qu'il y a plus de risques d'hémorragie, d'autre part, en raison de la dégénérescence cancéreuse qu'il peut subir. Sur l'ulcère duodénal, l'influence du traitement médical et du régime est beaucoup plus efficace. La simple gastro-entérostomie pour ulcère gastrique donne des résultats infiniment moins bons que pour ulcère duodénal. La plupart des anciens ulcères gastriques opérés meurent de cancer (1).

40 p. 100 des anciens opérés gastriques meurent de cancer d'estomac. Les malades qui ont succombé quelques années après l'opération d'un ulcère gastrique et qui meurent de cancer peuvent être divisés en deux groupes : ceux chez lesquels la lésion a été enlevée et ceux chez lesquels la lésion n'a pas été enlevée (gastro-entérostomie ou brûlage). Dans le premier groupe, on retrouve, à l'opération, les lésions suivantes : grand ulcère à bord calleux, adhérant au pancréas, infiltrant une assez grande étendue de tunique gastrique. Le diagnostic entre malin et bénin n'a pas été posé, car la biopsie n'était pas efficacement possible. Les ganglions étaient inflammatoires. On fit simplement la gastro-entérostomie postérieure. De tels malades ont été classés à la clinique comme ulcère, mais le fait que 40 sur 100 de ces malades ont succombé deux ans après l'opération montre qu'il y avait des chances pour que ce cancer existât déjà au moment de l'opération. Ces ulcus suspects de néoplasme auraient dû être considérés comme cancer gastrique et réséqués largement. D'ailleurs, chez tous ces malades, il y avait de cinq à huit ans que les souffrances existaient. Dans les cas où il y a eu une longue survie entre la gastro-entérostomie et la mort du sujet par cancer gastrique, il faut supposer que c'est beaucoup plus tard que le cancer s'est greffé sur l'ancien ulcère non excisé. Quand l'opérateur n'enlève pas les grands ulcères, il doit craindre, avec raison, la mort prochaine, soit parce que l'ulcère est déjà transformé, soit parce qu'il aura de grandes chances de se transformer plus tard.

On pourra objecter que le fait de réséquer systé-

---

(1) Il est vraisemblable que la plupart de ces malades ont été opérés par la gastro-entérostomie simple, le brûlage à la Balfour ou l'excision de la région malade. Les résections larges de l'estomac, la gastro-pylorectomie donnent une survie éloignée aussi longue que celle des ulcères duodénaux opérés et guéris.

matiquement ces grands ulcères fait courir trop de risques au malade, mais le risque opératoire est très inférieur aux risques de cancérisation, étant donné que, après la gastro-entérostomie, il y a 25 p. 100 de ces cas qui meurent rapidement. En tout cas, il est suffisant de ne faire qu'une gastrectomie limitée de façon à ce que le risque ne soit pas considérable.

Quand l'ulcère est près du pylore, la pylorectomie suivie de Polya ou du Bilroth I est bénigne. L'opération est parfois difficile s'il y a fixation de l'estomac au pancréas ou si l'ulcus est haut placé; 130 gastrectomies partielles donnèrent 3 p. 100 de mortalité par cancer; 296 brûlages ou gastro-entérostomies donnèrent 3 p. 100 de mort par cancer; 172 excisions aux ciseaux furent suivies de 6 p. 100 de mort par cancer; 56 résections en manchette n'ont pas donné de cancer secondaire. Cela montre l'avantage de la gastrectomie partielle. Broder a examiné les pièces de malades réopérés après ancienne gastro-entérostomie pour ulcus. Il avait conclu à l'existence d'un ulcère au moment de la gastro-entérostomie avec biopsie. Le même anatomo-pathologiste trouva, d'après un grand nombre de coupes, que 50 p. 100 des gros ulcus se trouvaient en état de dégénérescence. Le diagnostic au moment de l'opération est impossible; en tout cas, l'excision simple aux ciseaux ne vaut pas, à beaucoup près, le brûlage à la Balfour et encore moins l'excision au galvano cautère. Celui-ci permet une biopsie complète et l'irradiation calorique détruit les cellules cancéreuses de voisinage si elles existent.

Les assurances sur la vie se sont préoccupées de savoir si les malades opérés pour ulcère duodénal ou ulcère gastrique étaient encore « assurables ». L'observation porta sur 2.300 cas. Les résultats prouvèrent que la durée de la vie, pour les cas d'ulcère duodénal opérés, était égale à celle de la moyenne des hommes. Par conséquent, le fait d'avoir subi une gastro-entérostomie pour ulcère duodénal n'augmente pas les risques de mortalité dans la suite de l'existence; il n'en est pas de même pour les ulcères gastriques. Cela n'est pas étonnant puisqu'un grand nombre d'ulcères gastriques sont destinés à subir la dégénérescence néoplasique.

En résumé :

a. L'ulcère duodénal est guéri par la gastro-entérostomie dans 95 p. 100 des cas. Et en cas d'échec une opération nouvelle peut amener la cure complète. L'ulcère duodénal n'a jamais tendance à dégénérer en cancer.

b. La mortalité opératoire de l'ulcère duodénal est environ de 2 p. 100.

c. Dans les cas d'ulcère gastrique, la cure obtenue par une opération simple, brûlage, excision aux ciseaux et gastro-entérostomie, est de 85 p. 100. Dans les cas qui ne sont pas guéris ainsi, il faut faire secondairement la gastrectomie. La mortalité moyenne du traitement opératoire dans les cas d'ulcères gastriques aigus ou chroniques est à peu près de 3 p. 100.

d. Dans 50 p. 100 des cas « qui ne vont pas » après l'intervention, la moitié des malades se trouvent soulagés par le traitement médical, et en supprimant les foyers infectieux (dents, gencives, gorge, nez); l'autre moitié doivent être réopérés.

Cette opinion de Donald Balfour présente une grande importance, puisqu'il s'agit d'un des chirurgiens qui ont la plus grosse expérience de la chirurgie digestive. Nous ferons toutefois remarquer que, actuellement, tout un groupe de chirurgiens renoncent de plus en plus aux gastro-entérostomies pour pratiquer des opérations radicales d'emblée ; quelques-uns même, comme Finsterer, von Haberer et Victor Pauchet, ont presque renoncé à la gastro-entérostomie pour faire exclusivement des résections. Entre les mains de ces chirurgiens, très entraînés à la gastrectomie, la résection est supérieure dans ses résultats éloignés ; d'ailleurs elle n'est pas plus grave que la gastro-entérostomie. La mortalité opératoire oscille autour de 2 p. 100.

Certains chirurgiens reconnaissent la supériorité de la gastrectomie systématique pour l'ulcus gastrique ; c'est également l'opinion de Cunéo, Beaver, etc.; mais pour l'ulcus duodénal, ils restent fidèles, dans la majorité des cas, à la gastro-entérostomie.

Les résectionnistes systématiques poussent tellement loin cette indication que presque tous les ulcères duodénaux sont traités par la gastro-pylorectomie. Les indications principales sont : la térébration, la menace de perforation, l'hémorragie et l'hyperacidité; celle-ci prédispose à l'ulcus jéjunal; il faut admettre en principe que chez tout sujet qui a subi la résection large de l'estomac, le plus souvent l'estomac, en cas d'ulcère duodénal, ne présente aucune lésion, mais la gastrectomie large met le sujet à l'abri des possibilités d'ulcus jéjunal. Si on examine et si on interroge les malades qui ont subi la gastrectomie large et ceux qui ont été gastro-entérostomisés, la situation des premiers est infiniment meilleure. Une tendance se manifeste vers la gastrectomie systématique, la seule objection qui puisse faire hésiter c'est que, pour arriver à faire des résections gastriques et duodénales d'une façon aussi sûre qu'une gastro-entérostomie simple, sans plus de mortalité, il faut une très grande expérience, et qu'avant d'avoir acquis cette grande expérience il est nécessaire d'avoir opéré beaucoup. Comme l'opération est délicate, il est à craindre que les chirurgiens qui n'ont point un service de gastro-entérologie à leur disposition soient découragés par une mortalité beaucoup plus grande que celle d'une simple gastro-entérostomie. *En somme, la technique et l'expérience seules du chirurgien dirigent l'indication. Il n'y a pas d'opération, il n'y a que des opérateurs.*

Les broncho-pneumonies et leur traitement par les lysats-vaccins, par le docteur Louis DUCHON, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-8, 300 pages (Collection des travaux de pathologie comparée). — Prix : 35 fr. — Editions de la *Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale*, 8, rue des Acacias, Paris.

FAITS CLINIQUES

LE TRANSIT PARADOXAL DANS CERTAINES FORMES D'ATONIE DIGESTIVE (1).

Par MM. Lœper et Baumann (de Châtel-Guyon).

Dans certaines formes d'atonie gastrique et intestinale, le transit initial, contrairement à toute attente s'effectue avec une extrême rapidité. Chez certains constipés rebelles atteints de dolicholon, par exemple, la tête de colonne barytée atteint le rectum dès la septième et huitième heure alors que normalement elle ne devrait y parvenir que vers la vingt-quatrième heure.

Lorsque, chez ces malades, on excite certains réflexes viscéraux par la percussion des apophyses épineuses des trois premières lombaires (méthode d'Abrams) et que la constipation cède à la suite de ce traitement, on constate que le cours des matières a repris son rythme normal et que le transit marque un temps d'arrêt au niveau de chacun des trois segments coliques permettant aux actes physiologiques de s'effectuer dans le temps nécessaire.

A un transit désordonné n'obéissant plus à ses régulateurs qui sont les sphincters secondaires du côlon et le système nerveux autonome, succède un transit équilibré par le jeu régulier de ces organes.

Les auteurs en concluent que la physiologie motrice des organes digestifs a plus d'importance que leur morphologie et que les viciations de la motricité, ainsi que les diverses phases du transit, doivent être plus minutieusement étudiées que les anomalies de forme ou de position.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ANGINE DE POITRINE (2).

Par M. le docteur Valory.

La thérapeutique symptomatique de l'angine de poitrine a une importance primordiale car, comme le fait remarquer l'auteur, c'est souvent la seule arme dont dispose le médecin praticien. Aussi M. Valory insiste-t-il sur les avantages de la spasmalgine, combinaison de pantopon, de papavérine et d'éther sulfurique d'atropine, dont M. Timbal s'est servi également avec succès dans le traitement des sténoses pyloriques (*Paris médical*, 1927, p. 517).

Le pantopon renferme, comme on sait, sous forme de chlorhydrate soluble la totalité des alcaloïdes de l'opium. C'est l'opium total injectable. La papavérine très peu toxique (on en peut donner 0g20 à 0g30 par jour) est un antispasmodique à action élective sur la musculature lisse des viscères et des vaisseaux.

L'éther sulfurique d'atropine a sur l'atropine l'avantage de n'avoir pour ainsi dire aucun des effets empêchants périphériques. Il ne provoque ni augmentation de la pression sanguine, ni sécheresse de la bouche, ni paralysie du tube digestif, ni mydriase. Par contre, il a électivement les propriétés excitantes centrales de l'atropine qui en font l'antidote de choix de la morphine.

Cette constitution bien définie fait qu'avec une toxicité relativement faible, la spasmalgine a la propriété de faire disparaître les contractions convulsives de la musculature lisse et les phénomènes douloureux résultant des troubles fonctionnels. C'est donc le médicament de choix de la crise d'angine de poitrine. En cas d'accès de moyenne intensité, on pourra la prescrire sous forme de comprimés.

Auparavant, en présence d'une crise particulièrement violente et, qui plus est, lorsque des accès subintrants créaient un véritable état de mal, force était de recourir à une injection de morphine. Et, trop nombreux sont les cas où l'obligation de pratiquer des injections successives conduisait les malades, surtout les névropathes, à la morphinomanie. Aussi est-il préférable d'utiliser la spasmalgine par voie hypodermique, car il n'y a à craindre aucune accoutumance et c'est un médicament quasi spécifique de la crise d'angor. A son défaut, dans les cas d'extrême urgence, le médecin pratiquera une injection de pantopon qui, de plus en plus, dans la trousse du praticien se substitue à la morphine.

Dans les cas où il faudrait combattre une hyperexcitabilité nerveuse telle qu'elle domine le tableau clinique, on pourra prescrire des bromures, mais on sait que leur usage tant soit peu prolongé réduit la sécrétion, d'où anorexie et dyspepsie atonique. Aussi faut-il donner la préférence au sédobrol parfaitement inoffensif pour la muqueuse gastrique. C'est de plus un moyen élégant et discret de faire absorber du bromure. Pour une hyperexcitabilité intense et un état de mal prolongé, on pourra l'associer ou le faire alterner avec le somnifène. Il paraît assez pratique et de résultats heureux de donner du sédobrol dans la journée et du somnifène le soir. Absorbé le soir par un malade, qui aura été victime dans la journée de crises subintrantes, le somnifène donne un sommeil réparateur.

D'autre part, il faut toujours suspecter un certain degré d'insuffisance rénale, en particulier dans les angors d'origine cardio-artérielle. Ces dernières forment à elles seules le tiers de la totalité des angines de poitrine (Gallavardin). En conséquence, au régime il faudra adjoindre un diurétique dont le type est la théobromine. La théobromine soluble ou allylthéobromine possède sur la théobromine courante l'avantage d'une action diurétique supérieure et plus facilement contrôlable. La diurèse-théobrylique sera notamment plus rapide, plus abondante, plus durable que la diurèse digitalique dans certains cas de cardiopathies artérielles, associées à l'insuffisance rénale. On l'administrera donc toutes les fois que la théobromine est indiquée, à petites doses répétées, par exemple x gouttes trois à huit fois par jour dans de l'eau sucrée ou dans une tisane diurétique. On pourra en injecter une demi-ampoule deux ou quatre fois par jour par voie intramusculaire (complètement indolore) et même par voie endoveineuse. Lorsqu'il y aura urgence à débloquer un rein, on pourra faire jusqu'à trois ampoules quotidiennes par voie endoveineuse ou intramusculaire. Inoffensif pour le parenchyme rénal (Radenac), d'action rapide et sûre, le théobryl est le diurétique de choix du praticien. Il sera donc d'un précieux secours car, dans ce cas-là, c'est par le régime, la théobromine et la digitale qu'on fait baisser l'hypertension artérielle et ce n'est pas avec les hypotenseurs.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

ABSENCE DE FAUTE. REJET

Dans l'espèce que nous rapportons ci-dessous, les faits étaient particulièrement graves : au cours d'un accouchement, sont décédés en même temps la mère et l'enfant. Le médecin qui avait procédé à l'accouchement était l'objet d'une action en responsabilité pénale et pécuniaire; mais il s'agissait de l'examen d'une question technique.

Le Tribunal correctionnel des Bouches-du-Rhône (section de Marseille) a, le 20 janvier 1927, rendu un jugement sur lequel nous attirons l'attention des lecteurs, parce qu'il applique à nouveau un principe que nous avons toujours défendu ici. Le jugement dit : « Il est essentiel de proclamer que, si la profession médicale ou chirurgicale ne saurait jouir

(1) *Progrès méd.*, 23 avril 1927.
(2) *Courrier médical*, 1927, n° 19.

du privilège de l'impunité, le juge ne doit critiquer l'exercice libre et consciencieux de l'art médical qu'avec la plus grande circonspection; il ne doit formuler des appréciations défavorables et prononcer des sanctions que dans des cas exceptionnels; il ne doit se décider à frapper le médecin que si la négligence s'affirme grossièrement ou si la faute est inexcusable. »

Le Tribunal ajoute très justement plus loin que soumettre l'art médical à la critique victorieuse de témoins sans expérience serait exposer l'humanité à un grand péril et rendre la pratique presque impossible.

Voici ce jugement :

« Attendu que, par exploit du 19 juillet 1926, le sieur R... a cité devant le Tribunal de police correctionnelle de Marseille le docteur X..., sous la prévention d'un double homicide involontaire sur la personne de sa femme et sur celle de son enfant, et en vue de l'obtention d'une somme de 100.000 fr., représentation du préjudice matériel et moral qui lui avait été ainsi occasionné;

Attendu qu'il convient tout d'abord de retenir que les faits incriminés officiellement dénoncés le 19 juillet 1926 se placent à la date du 18 décembre 1924 et qu'il est anormal que des faits aussi graves, susceptibles de provoquer un vif et immédiat ressentiment, aient été si tardivement dénoncés à la justice; que si M. le procureur de la République avait été aussitôt informé des imprudences ou négligences aujourd'hui reprochées au docteur X..., il aurait pu sans le moindre retard, à l'aide des prescriptions que lui confère la loi, faire la lumière sur les événements du 18 décembre; qu'il n'est pas douteux que les déclarations faites à la justice plus de deux ans après les faits dénoncés ont perdu leur fidélité et ont, peut-être aussi, revêtu un caractère tendancieux et un ton d'amertume que des témoignages spontanés, plus voisins des actes qu'ils relataient, n'auraient pas accusés; que, dans tous les cas, une impression plus grande est à redouter dans une matière qui cependant sollicite une excessive clarté et une extrême prudence; qu'en effet, il est essentiel de proclamer que, si la profession médicale ou chirurgicale ne saurait jouir du privilège de l'impunité, le juge ne doit critiquer l'exercice libre et consciencieux de l'art médical qu'avec la plus sage circonspection; qu'il ne doit formuler des appréciations défavorables et prononcer des sanctions que dans des cas exceptionnels; qu'il ne doit se décider à frapper le médecin que si la négligence s'affirme grossièrement ou si la faute est inexcusable; que le docteur X... ne saurait en conséquence être recherché comme responsable qu'autant qu'il aurait commis une faute lourde s'accusant par des faits palpables et évidents, constituant un oubli du devoir professionnel ou la méconnaissance des règles générales de bon sens et de prudence qui sont hors de toute discussion; que les imprudences ou négligences graves, si elles étaient relevées à la charge du docteur X..., ne pourraient en outre motiver une condamnation que s'il existe une relation certaine de cause à effet entre l'opération pratiquée et le décès des victimes;

Attendu que R... prétend que le docteur X... a pratiqué dans la nuit du 18 décembre 1924 l'accouchement de sa femme dans des conditions d'impéritie et de brutalité qui ont provoqué la mort de la mère et de l'enfant; qu'il a, dans le but d'administrer la preuve de ses prétentions, fait entendre un certain nombre de témoins qui ont fait devant le Tribunal le récit de diverses phases de l'accouchement; qu'il n'est pas douteux que ces témoins ont été vivement impressionnés par le spectacle de la délivrance de la dame R..., mais que le Tribunal ne saurait retenir comme éléments d'appréciation suffisants pour juger des actes d'un praticien les déclarations de témoins qui n'ont retenu de l'accouchement que le caractère pénible, inséparable de ce genre d'opération; que leur sensibilité, leur douleur familiale, l'aspect des mutilations subies par un être cher ont pu colorer leur témoignage d'une teinte d'exagération, d'ailleurs involontaire;

Attendu, dans tous les cas, qu'ils n'avaient pas la compétence nécessaire pour apprécier la nature de l'opportunité des interventions tentées par le docteur X...; qu'ils ont pu se méprendre sur la prétendue brutalité de ses gestes et considérer à tort comme inutiles imprudences les tentatives du docteur au point de vue de la délivrance; que soumettre l'art médical à la critique victorieuse de témoins sans expérience serait exposer l'humanité à un grand péril, rendre la pratique presque impossible, et encourager le médecin à livrer des malades aux progrès de leurs maux, dans la crainte constante d'avoir la conscience mise en échec par une critique inconsidérée;

Attendu qu'enfin il convient de retenir, pour apprécier le mérite du docteur X..., les déclarations catégoriques du docteur B... qui a assisté son confrère et a proclamé à plusieurs reprises que ce dernier avait fait tout ce qu'il fallait faire, que la malade avait reçu tous les soins que comportait sa situation; qu'il a fait humainement tout ce qu'il était possible de faire;

Attendu, dans ces conditions, qu'aucune faute opératoire de nature à engager la responsabilité ne peut être retenue à la charge du docteur X..., et que le décès de la dame R... et de son enfant ne saurait lui être en conséquence imputé;

Pour ces motifs : Relaxe le docteur X... et le renvoie sans frais ni dépens des fins de la poursuite. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1926-1927

DOCTORAT D'ÉTAT. — 24. BARON. — Du traitement des luxations anciennes de l'épaule.

77. BARRAL. — De la vaccination préventive de l'infection puerpérale.

15. BATAILLON. — Étude de la chloration de l'eau à Montpellier.

36. BELLIER. — Contribution à l'étude du kala-azar infantile dans les Alpes-Maritimes.

27. BENET. — De l'influence des changements de position sur la pression intrapleurale et la cinématique diaphragmatique dans les cas de pneumothorax artificiels.

5. BERAHA. — Contribution à l'exploration comparée des deux reins : 1° Rapport des constantes d'Ambard; 2° Rapport uréochlorurique.

71. BOUDON. — Contribution à l'étude du traitement des broncho-pneumonies des enfants.

56. BOUSSINESQ. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des dysenteries bacillaires. A propos de deux cas de dysenteries à bacilles de Flexner.

3. BRÉMOND. — Le pH du contenu de l'intestin. Contribution à l'étude des conditions physico-chimiques de la digestion.

69. BRUNET. — Contribution à l'étude des métrorragies d'origine ovarienne. Parallèle entre la radiothérapie et la curiethérapie dans les métrorragies de la ménopause.

1. CASTAGNÉ. — Le radon (émanation du radium) libre. Bases physiques de la radonthérapie. Radon natif et hydrogéologie. Traitements.

76. CAVALIÉ (Aimé). — Contribution à l'étude du traitement des luxations externes de la clavicule.

47. CAVALIÉ (Louis-Jules-Marie). — De la rhinite atrophique hérédo-syphilitique.

78. CAZES (Mlle). — Le traitement des maladies infectieuses par la transfusion du sang total de convalescents.

11. CERTONCINY (Mlle). — Contribution à l'étude de la lambliose biliaire.

40. CHARDONNEAU. — Contribution à l'étude du traitement

de l'hypertension artérielle. Étude clinique de l'action de quelques médicaments dits « hypotenseurs ».

63. CHOSSON. — L'entéro-anastomose dans le traitement des occlusions aiguës et subaiguës de l'intestin grêle.

2. CONTE. — Cent vingt cas de tuberculose pulmonaire traités par le pneumothorax artificiel. Statistique de M. le professeur Gaussel.

22. COUËTOUX DU TERTRE. — Traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie.

46. CROCHON. — Herpès et encéphalite épidémique. Contribution clinique à la doctrine de l'unicité.

7. DALLONI (Mlle). — Contribution à l'étude des résultats apportés par la conservation des ovaires dans l'hystérectomie.

26. DANIEL. — Contribution à l'étude de l'azotémie postopératoire.

74. DARBANS. — Contribution à l'étude de l'infection méningococcique à type de fièvre intermittente.

34. DAYOT. — A propos d'un cas de kyste hydatique du foie rompu dans les voies biliaires. Revue critique de la question.

70. DENIZET. — Contribution à l'étude de l'infantilisme hypophysaire.

35. DESHONS. — Quelques remarques au sujet de l'acétonémie des enfants.

41. DONATI. — Traitement symptomatique des états parkinsoniens par le datura stramonium.

68. DONNIER. — La cholécystectomie à chaud dans les cholécystites aiguës.

72. ENSALES. — Le médiastin du chien. Notes anatomophysiologiques pour servir à l'expérimentation.

23. ESTÈVE. — Contribution à l'étude de l'épithélioma primitif de la trompe de Fallope.

55. ESTOR. — L'appendicite chronique. Étude clinique et radiologique.

67. GALAVIELLE. — Sur l'absence de l'antre mastoïdien, déductions opératoires pour la cure radicale des otorrhées chroniques.

39. GIRAUD. — Contribution à l'étude des épiploïtes. L'épiploïte traumatique.

4. GRANON. — L'enseignement clinique à la Faculté de Montpellier.

48. GRAVIER. — Contribution à l'étude du diagnostic des formes anatomo-cliniques des tumeurs de la prostate.

32. GUÉRIN. — Notes sur l'action diurétique de l'extrait thyroïdien employé dans certaines néphrites chroniques.

33. GUIBERT. — Le comportement de la trame conjonctive sous-cutanée au cours de l'inflammation expérimentale.

54. GUIRY. — Contribution à l'étude de la cure radicale des éventrations abdominales. (Procédé de Mayo.)

50. IMBERT. — Sur un procédé de périnéoraphie par autoplastie cutanée.

18. ISÉMEIN. — Essai critique sur les indications et les résultats du traitement chirurgical de la dilatation des bronches.

65. JAMBON. — Recherches sur les composés azotés du suc gastrique en vue du diagnostic précoce du cancer de l'estomac.

20. JANI. — Le lavement des peintres de Lancereaux et ses résultats chez les hyperazotémiques et les urémiques.

12. JAULMES. — L'état mental au cours des périviscérites.

8. JEAN. — L'extirpation chirurgicale du sac lacrymal.

29. DE LA LANDE D'OLCE. — L'emploi des agents chimiques injectés par voie intraveineuse en urologie.

43. LANFRANCHI. — Les syphilides prurigineuses.

13. LAPIERRE. — Formes méningées de l'endocardite infectieuse.

10. LAURENT. — Remarques sur la genèse des lésions et leur traitement dans l'invagination intestinale du nourrisson.

14. LAURET. — Les accès pseudo-palustres au décours de la dothiénentérie.

59. LAUX. — Contribution à l'étude anatomique du sympathique pelvien. Déductions chirurgicales.

49. LIOTIER. — Essai de rapprochement entre la constitution paranoïaque et les individus atteints d'obsessions, de phobies, d'aboulies, etc.

9. MANS. — De l'organisation et du fonctionnement du dispensaire antituberculeux de Montpellier.

60. MARCHAND. — Contribution à l'étude des hanches congénitalement désaxées.

45. MARCOU. — Laboratoire central de sérologie et dispensaires prophylactiques antivénériens.

44. MAURIN. — A propos d'une observation d'épithélioma primitif de l'urètre chez la femme.

6. MAZOUYER. — Essai de traitement de la gonorrhée par des chocs.

73. MICHEL-BÉCHET. — Étude clinique et expérimentale du drainage, par le procédé de Mickulicz, dans la chirurgie gastro-intestinale.

16. MINICONI. — Contribution à l'étude de la coxa-valga.

58. NEMORIN. — Traitement des fractures traumatiques de l'urètre.

64. PELLOUX. — Contribution à l'étude de la mélitococcie dans le Var. Formes pleuro-pulmonaires.

37. PENEL. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques des organes génitaux de la femme.

25. PICOU. — Des phlébites dans les fibromes utérins.

66. PILGRAIN (Mme). — L'acétylarsan dans le traitement de la syphilis nerveuse.

17. POLI. — La paralysie des scaphandriers.

61. RAMA. — Traitement des fistules urétro-rectales et, en particulier, par la myorraphie interurétro-rectale des releveurs.

62. REY. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement opératoire des kystes hydatiques du poumon.

51. ROCHAS. — Contribution à l'étude de la viscosité sanguine dans la tuberculose pulmonaire et dans les résultats de son traitement par le pneumothorax artificiel.

53. ROUIS. — Contribution à l'étude de la myosite ossifiante progressive.

75. ROUSTAN. — Contribution à l'étude des ruptures vasculaires du cordon ombilical.

30. ROZÉ. — Quelques cas troublants en contribution à l'étude de la contagion cancéreuse.

57. SAINT-MARTIN. — De la tolérance du cerveau dans les fractures ouvertes de la voûte cranienne.

31. SESQUÈS. — Contribution à l'étude des médiastinites postérieures.

28, SETTIMO. — Contribution à l'étude des péricolites.

42. TRABUC. — De l'hémothérapie dans la fièvre typhoïde. Transfusion. Injections sous-cutanés de sang.

52. VALEAU. — Sur l'extirpation des tumeurs fibreuses de la région choanale par la voie trans-velo-palatine.

19. VAUVILLIER. — A propos de deux cas de tumeurs des maxillaires.

38. VIDAL (Joseph-Ferdinand-Jacques). — Etude sur les variations de la glycémie au cours des néphrites. Les relations de l'hyperglycémie et de l'acidose rénale.

21. VIDAL. (Joseph-Louis). — Considérations sur le traitement des luxations irréductibles du pouce en arrière.

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ. — 1. BRACHITCH. — Contribution à l'étude des salpingo-ovarites tuberculeuses.

6. KANTOROVICZ. — Contribution à l'étude du traitement de certaines luxations congénitales de la hanche chez l'enfant par des butées ostéoplastiques.

7. KO YEOU LIEN. — Contribution à l'étude des canaux urétraux accessoires.

8. LAZAREVITCH. — Contribution à l'étude de la torsion de la trompe utérine saine.

3. MIRANSKY. — Contribution à l'étude des torsions (volvulus) du testicule.

11. MIYOWITCH. — Contribution à l'étude de la luxation pathologique vraie dans la coxalgie.

4. PIPERKOVITCH. — De la colpectomie totale dans les prolapsus génitaux chez les vieilles femmes.
5. SAFONOFF (Mlle). — Traitement curatif de la dyphtérie par l'anatoxine de Ramon ou anatoxinothérapie de la diphtérie.
2. TANTAWY. — Pyonéphrose développée dans le rein en ectopsie pelvienne.
10. THEOCHARUS. — A propos d'un cas d'hermaphrodisme.
9. VICHECK. — Contribution à l'étude du cancer primitif de l'ovaire.

LIVRES NOUVEAUX

Atlas de radiographie osseuse. Squelette normal (1), par G. HARET et A. DARIAUX, électro-radiologiste des hôpitaux de Paris, et Jean QUÉNU, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris. Avec la collaboration de H.-P. CHATELLIER, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. Préface du professeur Pierre DUVAL.

Cet ouvrage est une nouveauté dans la littérature médicale française par son fonds et par sa forme :

C'est un atlas de radiographie osseuse, *normale*, réalisé en collaboration par un chirurgien et deux radiographes, il est destiné à servir d'instrument de travail à tous ceux qui ont besoin d'interpréter une radiographie, depuis l'étudiant jusqu'au clinicien le plus averti.

On y trouvera toutes les images utiles : toutes les parties du squelette ont été reproduites, de face, de profil, de 3/4 et sous les angles où l'on peut pratiquement examiner un organe.

Les 65 premières images concernent l'*adulte*, les 60 dernières concernent l'*enfant* pris depuis la période fœtale (*in situ*) jusqu'à l'âge de seize ans.

En face de chaque document a été publié un schéma établi sous une forme nouvelle : ce schéma, en effet, a été dessiné sur une seconde radiographie, identique à la première et reproduite à la même échelle. Les notations anatomiques ont été portées sur cette seconde image, de sorte que le lecteur embrasse d'un coup d'œil : la radiographie, le schéma analytique et son commentaire anatomique, sans qu'il ait à feuilleter le livre ou même à se reporter de l'image à la légende.

On trouvera au-dessous de chaque figure :

1° La position de la partie radiographiée par rapport à la plaque sensible : *face palmaire plaque, côté interne plaque*, etc. ;

2° L'attitude du segment radiographié quand celle-ci présentait quelque intérêt particulier : *flexion à 90 degrés, fémur vertical, tibia horizontal, pronation, tête demi-défléchie*, etc. ;

3° Le point d'incidence du rayon normal par rapport à des repères anatomiques visibles ou tangibles à la surface du corps : *R. N. milieu du pli du coude, R. N. pointe de la malléole interne*, etc. ;

4° La distance de l'anticathode à la plaque exprimée en centimètres ;

5° L'indice de réduction ou, pour les nombreuses images non réduites, l'indication : grandeur nature.

Ainsi présenté, l'ouvrage constitue une véritable ostéologie radiographique. Selon le mot du professeur Pierre Duval, il mériterait également l'épithète de *clinique*, car « les auteurs, et à complète raison, ont pris le soin de ne radiographier que des os entourés des parties molles normales, et sur le vivant.

Ce livre est un Précis, d'une forme nouvelle, adapté à des besoins qu'on ignorait il y a peu de temps encore et qui ouvre à la pratique médicale des facilités qu'on ne lui avait pas encore données.

L. G.

(1) Un volume in-4 (28 × 32) de 132 pages avec 123 figures et 123 schémas. Relié fers spéciaux. — Prix : 160 fr. — Paris, Masson et Cie.

Comment consulter ? Essai d'hygiène et de médecine préventive (1), par L. SCHEKTER.

C'est habituellement au médecin que sont réservés les ouvrages de sémiologie générale. L'un des traits originaux du présent volume est de s'adresser à la fois au médecin et au malade. Pour le premier c'est une revue générale des examens cliniques : éléments généraux d'un interrogatoire, les antécédents, l'état actuel ; les éléments de l'examen clinique des divers appareils et des diverses spécialités. La lecture de ces questionnaires est pour le malade une préparation utile à la visite médicale et le met à même par une mise en observation utilement dirigée dès avant le premier examen médical de répondre de façon plus complète et plus précise. Aucun élément de diagnostic, ce qui ne nuit ni à la tranquillité d'esprit du malade ni à la facilité de recherche du clinicien, bien au contraire.

Un « appendice », au moins aussi important que la partie précédente rassemble une série de données statistiques, une série de recommandations d'hygiène générale où le médecin pourra sans difficulté vérifier l'exactitude d'un souvenir et le malade trouver l'indication d'urgence qui lui est utile. On y trouvera des données précises de l'hygiène et de la diététique des principales affections chroniques et surtout des renseignements de puériculture précieux pour la surveillance des enfants du premier âge. Données classiques mais qu'il est précieux dans bien des cas de trouver réunies sans recherche préalable.

L. BABONNEIX.

Medicus 1928 (2). Guide-annuaire du Corps médical français.

Ce Guide-annuaire, d'une documentation des plus soignée, est incontestablement le plus complet qui existe. Sa division en cinq parties divisées en chapitres, l'emploi de papiers de couleurs, un sommaire et une table de matières détaillés en font le Guide-annuaire le plus précieux et le plus facile à consulter. Il fait le plus grand honneur à son éditeur M. Rouzaud.

Dans ces 1.400 pages, *Medicus* est vraiment le Bottin de l'étudiant, du médecin et du pharmacien, son encyclopédie, son formulaire professionnel, qui lui indique ses droits et devoirs tout en le renseignant sur tout ce qui de près ou de loin touche à la profession médicale.

Paraissant régulièrement chaque année — en octobre — il est indispensable aux médecins comme aux pharmaciens, donnant à chacun tout ce qui peut les intéresser (questions d'assistance, tarifs médicaux pour les accidents du travail et les victimes de la guerre. Les syndicats, les sociétés mutuelles, etc.).

Enfin, ce que l'on ne trouve nulle part, un dictionnaire raisonné de droit et de jurisprudence médicale exclusivement écrit pour *Medicus* et constamment tenu à jour par un maître du barreau, M. Paul Castel, avocat à la Cour d'appel de Paris. Ce dictionnaire répond à toutes les questions que le médecin, le pharmacien ou le spécialiste peuvent lui poser et les met en garde contre les embûches de la profession.

Quant à sa partie annuaire, grâce aux documents puisés aux sources officielles et aux nombreux correspondants que *Medicus* a su s'adjoindre, tant en France qu'aux Colonies, elle est aussi exacte que possible.

L. G.

(1) Paris, Doin et Cie.
(2) In-8 raisin relié pleine toile, 1.400 pages. — Prix : 30 fr. ; franco France et Colonies, 35 fr. — Paris, Aimé Rouzaud, 41, rue des Écoles.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 80. — MERCREDI 5 OCTOBRE 1927. 100e ANNÉE. MERCREDI 5 OCTOBRE 1927. — N° 80.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Bénard (Henri), Barbier, Thiroloix, Vallery-Radot, Basset, P. Duval, Cleisz, qui acceptent; Pinard, Ombrédanne, Dujarrier, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NÎMES. — Un concours pour quatre places d'interne en médecine et en chirurgie s'ouvrira le 2 décembre 1927, à l'hôpital Ruffi, 12, rue de Montpellier, à Nîmes.

S'inscrire avant le 15 novembre au secrétariat, à l'hôpital Ruffi.

— Un concours pour une place de médecin adjoint s'ouvrira en février 1928.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au secrétariat des hospices, à l'hôpital Ruffi, à Nîmes.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de commandeur.* — M. le professeur Lambret (de Lille).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un décret fixe les traitements du personnel central de prophylaxie des maladies vénériennes.

Ces traitements sont fixés pour les médecins à 27.000, 32.000 et 38.000 fr. (*J. O.*, 28 sept. 1927.)

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — L'indemnité annuelle allouée aux médecins attachés au service médical du personnel de la police d'Etat de Marseille est portée aux chiffres suivants :

Médecins de circonscription, 6.000 fr.; médecins des mœurs, 5.000 fr. (*J. O.*, 28 sept. 1927.)

SANATORIUMS PUBLICS. — Un concours sur titres est ouvert pour deux places de médecin adjoint aux sanatoriums de Ponteils (Gard) et de Plougonven (Finistère).

Traitement : 15.000 fr., plus logement, chauffage, blanchissage.

S'inscrire avant le 3 novembre au ministère du Travail, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique, 4e bureau, 7, rue Cambacérès, Paris.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE VALENCE (DRÔME). — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Valence (Drôme).

Le traitement alloué est fixé à 20.000 fr. par an, après un an de stage à 18.000 fr.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références. (*J. O.*, 2 oct. 1927.)

LE CENTENAIRE DE VILLEMIN. — Le centenaire de Villemin qui doit être célébré au Val-de-Grâce du 15 au 18 octobre, sera commémoré le 9 octobre à Bruyères (Vosges), où naquit le grand savant et où il fut inhumé dans la tombe familiale.

Sur la place Stanislas existe un monument élevé à sa mémoire. C'est là, devant le buste de Villemin, qu'aura lieu la cérémonie, présidée par M. Louis Marin, ministre des pensions, assisté de M. Charles Adam, recteur de l'Université de Nancy.

JOURNÉES MÉDICALES DE MADRID. — Les journées médicales de Madrid auront lieu du 18 au 23 octobre, à la Faculté

de médecine, sous la présidence du professeur Recasens. Le secrétaire général est notre excellent confrère le docteur Coca secrétaire général de l'Association de la Presse médicale espagnole.

JOURNÉES MÉDICALES D'ÉGYPTE. — Nous informons les confrères qui désirent se rendre aux journées médicales d'Egypte qu'un voyage collectif est organisé. Le *Mariette Pacha*, paquebot de grand luxe des Messageries maritimes, a été affrété à cet effet. Le prix du voyage, séjour et excursions compris, varie de 3.700 à 800 fr., suivant la classe. Le menu sera identique et les passagers auront accès dans toute l'étendue du paquebot sans distinction de classe. Départ le 10 décembre, retour le 31.

S'inscrire sans retard auprès de M. Zeitoun, secrétaire général, 32, rue Gay-Lussac, Paris (5e).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. (HÔPITAL SAINT-LOUIS. Professeur : M. JEANSELME.) — **Cours de perfectionnement.** — *Dermatologie et vénéréologie*, sous la direction de M. le professeur Jeanselme.

Le prochain cours de *dermatologie* aura lieu du 3 au 28 octobre 1927.

Le prochain cours de *vénéréologie* aura lieu du 31 octobre au 25 novembre 1927.

Le prochain cours de *thérapeutique dermato-vénéréologique* aura lieu du 28 novembre au 20 décembre 1927.

Un cours de *technique de laboratoire* aura également lieu durant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 250 fr.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.) de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultraviolets, finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Le Musée des moulages est ouvert de 9 h. à midi et de 2 h. à 5 h.

Les cours auront lieu tous les après-midi de 1 h. 30 à 5 h. et les matinées seront réservées aux policliniques, visites des salles, consultations externes, ouvertes dans tous les services aux élèves.

Un certificat pourra être attribué, à la fin des cours, aux auditeurs assidus.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h. (On peut s'inscrire par correspondance.)

Pour tous renseignemennts, s'adresser à M. le docteur Burnier, hôpital Saint-Louis (Pavillon Bazin).

— CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. — Un cours complémentaire sur le traitement des fractures et luxations des membres sera fait du 11 au 22 octobre, sous la direction de M. le professeur Delbet, par MM. Jacques Leveuf, chirurgien des hôpitaux, assistant du service; Lascombe, Godard et Oberthür, chefs de clinique.

Droit : 150 fr. — S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

— CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Hôpital de la Charité.) — *Cours de revision d'une semaine* (24 au 29 octobre 1927) *sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du professeur Emile Sergent et du docteur Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Faroy, Harvier, P. Pruvost, Tinel, Weissenbach, agrégés, médecins des hôpitaux; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Joannon, anciens internes des hôpitaux.

Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1927 du 24 au 29 octobre, sont exposées dans une série de conférences cliniques et de démonstrations pratiques les principales notions nouvelles cliniques et thérapeutiques de l'année en pathologie interne.

Programme du cours. — I. Chaque matin, dans un hôpital différent, de 9 h. 1/2 à 11. : Exercices pratiques au lit des malades; de 11 à 12 h. : Démonstration pratique.

II. L'après-midi, à l'hôpital de la Charité, de 3 à 4 h. : Démonstration pratique, service ou laboratoire du professeur Sergent; de 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et de 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Conférences cliniques, amphithéâtre de la Clinique du professeur Sergent.

La leçon de clôture sera faite par le professeur Sergent.

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin de 9 h. 1/2 à midi; l'après-midi, de 3 à 4 h.), les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 200 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

HÔPITAL LAENNEC (service du Dr H. BOURGEOIS). — *La diathermie en oto-rhino-laryngologie.* — Le docteur H. Bourgeois et les docteurs Fouquet et Lemoine, commenceront le *lundi 10 octobre 1927*, une série de huit leçons.

Ce cours, dont le nombre des auditeurs est limité à six, aura lieu tous les matins à 10 heures, et, en outre, le 10 et le 11 octobre à 16 heures.

Programme du cours. — 1. Principes électriques. — 2. Appareils de diathermie. — 3. Physio-pathologie, technique. — 4. Tumeurs. — 5. Tuberculose des premières voies respiratoires. Lupus. — 6. Amygdalites chroniques. — Rhinite hypertrophique, synéchies nasales, oblitérations choanales, polypes naso-pharyngés. — 8. Sténoses vélo-pharyngées.

Prix du cours : 600 francs. S'adresser au docteur Fouquet.

SÉANCE DE DÉMONSTRATIONS. — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot (de Berck) fera, le mercredi 5 octobre, de 9 h. 1/2 à midi dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay une séance de démonstrations sur le traitement des adénites, coxalgies, maux de Pott, luxations congénitales de la hanche, coxa vara de l'adolescence, torticolis, pieds bots.

Et un exposé de ce que tout médecin et chirurgien doit savoir de la rénovation de la pathologie tant médicale que chirurgicale de la hanche, par les travaux d'après guerre.

(Moyens d'accès : tramways 14 et 20 du boulevard Saint-Germain, descendre à l'arrêt facultatif « Jean Nicot » entre la place des Invalides et le pont de l'Alma.)

ESSAI D'ENGRAISSEMENT

DES

TUBERCULEUX PULMONAIRES

PAR LE PETIT DÉJEUNER DE SUCRE

(Zückerfrühstück de Depisch)

PAR MM.

CH.-A. PIGUET et PAUL VÉRAN

de Leysin (Suisse). Interne des hôpitaux de Paris.

L'idée de la méthode appartient à Depisch, de Vienne. Les résultats brillants, obtenus par l'auteur à la clinique du professeur Falta, nous ont invités à l'expérimenter chez des tuberculeux pulmonaires bien choisis, et nous apportons le bilan de notre expérience qui est loin d'être aussi encourageante que celle des auteurs viennois.

On sait que chez le sujet normal, la prise à jeun d'une grande quantité de sucre produit une hyperglycémie, suivie, trois ou quatre heures après l'ingestion, d'une chute de la glycémie, dont la courbe descend au-dessous de son point de départ. A ce moment, où le taux du sucre dans le sang est le plus bas, les sujets en observation ressentent une faim parfois intense. Se basant sur ce fait, Depisch eut l'idée de provoquer régulièrement cette « faim hypoglycémique » pour exciter l'appétit et obtenir l'engraissement.

L'ingestion de sucre doit se faire le matin, à jeun, au petit déjeuner qui consistera uniquement en deux tasses de thé, additionnées chacune de sept à huit morceaux de sucre, et prises dans l'intervalle d'une demi-heure. La sensation de faim, souvent impérieuse, apparaît généralement trois ou quatre heures plus tard. Le malade devra lui résister sans ingérer aucun aliment jusqu'au repas de midi qui comprendra l'alimentation variée habituelle.

Le déjeuner de sucre doit être continué pendant dix jours au moins, trois semaines au plus. Si, au bout d'une semaine le sujet n'a pas engraissé, il semble inutile de poursuivre. Les malades fébriles, intoxiqués, présentant des troubles digestifs sont, comme pour l'insuline, rebelles au traitement.

Dans la plupart des cas publiés par les auteurs viennois, la sensation de faim ne se produit qu'au bout de trois ou quatre jours. Le poids augmente par semaine de 1 kilo à 1k1/2 et même plus. Après cessation du traitement, l'appétit reste meilleur, la courbe du poids continue son ascension. Presque tous les sujets, soumis par Depisch au déjeuner de sucre, ont engraissé de 2 à 6 kilos en neuf à dix semaines d'observation.

Les dix malades que nous avons soumis à ce régime étaient tous des tuberculeux pulmonaires apyrétiques, bien stabilisés, non évolutifs, sans troubles digestifs importants, mais restant maigres, malgré une bonne alimentation et une cure sanatoriale disciplinée et prolongée. Dans ces cas, l'insulinothérapie pouvait être indiquée, mais le déjeuner de sucre avait l'attrait d'un traitement simple et moins onéreux. Nous apportons simplement le résultat de nos observations cliniques et, pour être plus brefs, les groupons suivant leurs similitudes.

Dans 6 cas, qui semblaient particulièrement favorables à une cure d'engraissement, le poids resta exactement stationnaire, malgré que l'appétit fût très augmenté au repas de midi (ce qui n'est pas surprenant), au repas du soir et à quatre heures, invitant les malades à prendre une collation, ce dont ils n'avaient pas l'habitude.

Deux autres cas furent plus satisfaisants : il s'agissait de sujets très maigres, absolument anorexiques depuis plusieurs années. Le déjeuner de sucre déclancha une faim intense, mais la balance n'enregistra qu'un modeste progrès, soit une prise de poids de 700 grammes dans l'un des cas et de 1 kilo dans l'autre cas. Dès la fin de l'épreuve, les malades perdaient l'appétit, mais gardaient leur poids.

Les dernières observations concernent des sujets qui furent successivement soumis à l'insulinothérapie et au traitement préconisé par Depisch. Dans le premier cas, on dut abandonner rapidement l'insuline, à cause de réactions urticariennes intenses, et l'on institua le déjeuner de sucre qui ne fut d'aucune utilité. Dans le second cas, l'insuline fut aussi bienfaisante que fut inefficace le Zuckerfrühstück. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans, aux lésions pulmonaires actives, mais stabilisées depuis longtemps par un pneumothorax grand partiel du côté droit. Le poids stationnaire à 35k5 depuis un an, passe à 36 kilos après une cure d'insuline, poursuivie pendant un mois. On institue le déjeuner de sucre pendant vingt et un jours, durant lesquels l'appétit diminue de plus en plus et le poids retombe à 35k400. On reprend l'insuline qui réveille la faim, et après trois semaines, le poids augmente de nouveau jusqu'à 37k200 où il se maintient désormais.

CONCLUSION. — Le nombre restreint de 10 observations ne nous permet pas de nous inscrire en faux contre l'opinion de Falta et Depisch, mais il nous est permis de conclure que ce traitement qui leur a donné de si encourageants résultats, nous a paru n'être d'aucun secours dans la cure d'engraissement des tuberculeux pulmonaires, fussent-ils choisis aussi bien que possible. L'insuline, au contraire, chez l'un de ces malades et chez d'autres comparables, a fait la preuve de son utilité.

La méthode des auteurs viennois mérite cependant d'être connue en France, et expérimentée dans les cas de maigreurs rebelles, d'anorexie essentielle. Son innocuité et son coût peu élevé la rendent attrayante, et les bienfaits dont parle Depisch n'en sont que plus précieux.

Où en est l'embryologie, par M. FAURÉ-FRÉMIET; — Où en est la chimie colloïdale, par M. Paul BARY. Collection des « Mises au point ». Deux vol. in-8 écu. — Paris, Gauthier-Villars.

L'Année médicale pratique, par le docteur Camille LIAN. Un vol. de 527 p. — René Lépine, édit., 3, rue Vézelay, Paris.

Organisation und Ordnungs-gemässer betrieb des Operationssaals, par le professeur Max KAPPIS (de Hanovre). — Prix : 4 m. 80. — Leipzig 1927, Georg Thieme Verlag.

NOTE

SUR

L'OBTURATION DES BRÈCHES CRANIENNES

PAR AUTOPLASTIE CARTILAGINEUSE

Par George PASCALIS.

J'ai eu l'occasion de revoir récemment deux très grands blessés du crâne, à qui j'avais eu à donner mes soins, respectivement, en 1915 et en 1917. Dans l'un et l'autre cas, j'avais, pour fermer l'importante perte de substance de la boîte crânienne, eu recours à un autogreffon cartilagineux. Le résultat, à longue distance, est tel et vient à tel point confirmer, à tous égards, ce que m'avait appris une assez grande expérience, que je me demande s'il n'y a pas lieu d'en appeler de l'anathème jeté sur une méthode susceptible de rendre les plus grands services, sous la réserve qu'elle soit employée à bon escient et exécutée selon une technique irréprochable.

Justement inquiet de l'avenir réservé aux blessés du cerveau, Morestin, pour protéger le cortex a eu l'ingénieuse idée de combler les brèches du crâne à l'aide de copeaux provenant d'un cartilage costal. Il engageait sous la table interne les extrémités, préalablement biseautées, d'un premier greffon de dimensions convenablement choisies. Puis il comblait la perte de substance aussi parfaitement que possible, en y plaçant, en couches superposées, des copeaux de toutes formes et de toutes dimensions (*Bull. de la Soc. de chir.*, oct. 1915). Par-dessus le tout il rabattait le lambeau arrondi, préalablement taillé, et le suturait. Cette opération exécutée sur des sujets judicieusement choisis donna des résultats immédiats parfaits et fut adoptée par de nombreux chirurgiens.

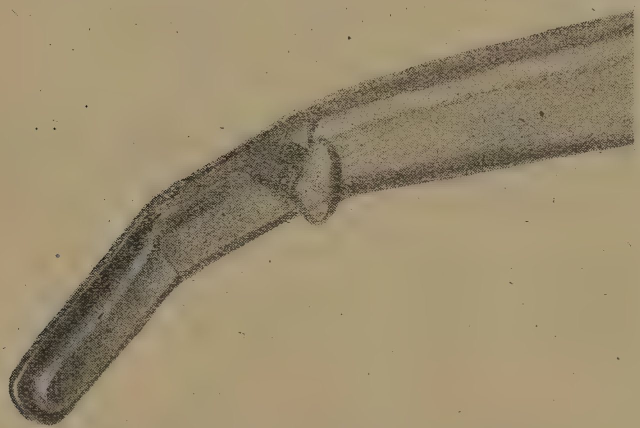


Fig. 1. — *Le chondrotome de Collin.*

Gosset (*Bull. de la Soc. de chir.*, mars 1916), à cette technique, apporta des modifications. Pour les pertes de substances de dimensions modestes, il taillait à l'aide d'un chondrodome, au point d'union des cartilages costaux sur le rebord thoracique, une pièce de dimensions un peu supérieures à celles de l'orifice à fermer et, après l'avoir convenablement taillée et biseautée, il l'introduisait, périchondre en bas sous la table interne comme on place un verre de montre dans son logement. Le lambeau après hémostase soignée, était rabattu et suturé. Ici, encore, les résultats immédiats furent excellents et l'opération fut généralement acceptée comme un progrès. Peu à peu, quelques rares opérés, revus après leur évacuation, présentèrent des troubles de compression tels qu'il fallut réintervenir pour enlever le greffon, cause du mal. L'opération eut une mauvaise presse, et sous l'influence de certains neurologistes fut condamnée. L'autorité militaire alla jusqu'à en interdire l'exécution. Ceci n'empêcha pas les opérateurs qui avaient été satisfaits de leurs résultats et qui étaient certains que leur technique ne pouvait en rien aggraver les choses, de continuer à opérer les cas, minutieusement étudiés et sélectionnés, qu'ils jugeaient susceptibles de tirer un bénéfice de l'intervention.

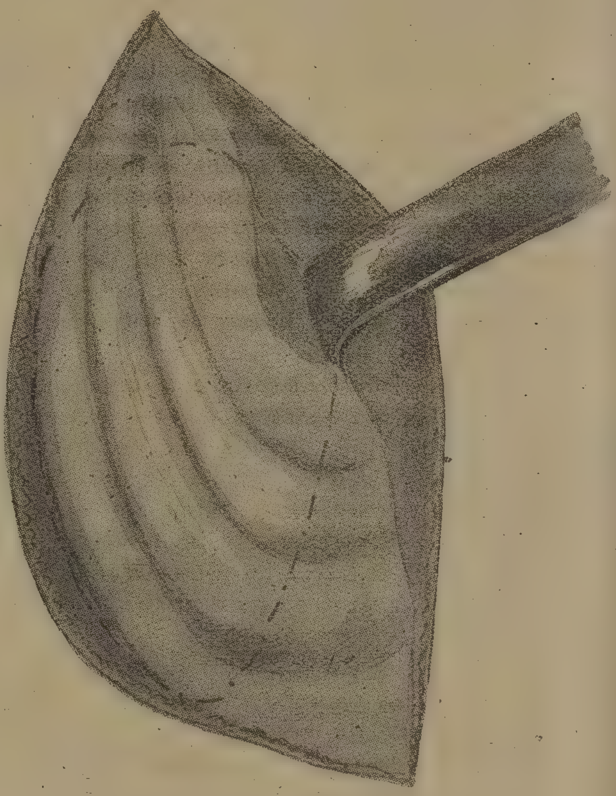


Fig. 2. — *Tracé du greffon sur le contour inférieur du thorax gauche.*

Voici, en ce qui me concerne comment j'ai procédé.

Le malade étant complètement rasé, mon serre-tête hémostatique est mis en place par-dessus un bonnet de coton stérilisé.

A la faveur de l'anesthésie générale au chloroforme (qui fait saigner moins que celle à l'éther ou au protoxyde d'azote) on taille dans le cuir chevelu un lambeau arrondi dépassant très largement les dimensions de la brèche cranienne. Ce lambeau est placé sous un champ de toile. Avec une rugine courbe maniée très doucement, on libère les bords de la perte de substance osseuse des plans sous-jacents. Il faut ici procéder à petits coups, en évitant surtout de comprimer la corticalité. Ceci fait une compresse chaude vient abriter la région opératoire après qu'une empreinte de la perte de substance a été taillée dans

un morceau de gaze. On change rapidement de gants et, à l'aide d'instruments propres on va prélever le greffon cartilagineux.

Une incision est menée obliquement sur le contour inférieur du thorax gauche, le long de la VIIe côte, de longueur proportionnée à la taille du greffon à prélever. Les lèvres en sont disséquées suffisamment, pour qu'on puisse manœuvrer sans être gêné et confiées à deux écarteurs. L'empreinte de gaze mesurant la brèche cranienne est posée sur les cartilages à leur point de jonction, là où elle se présente le mieux; et, le contour en est tracé au bistouri

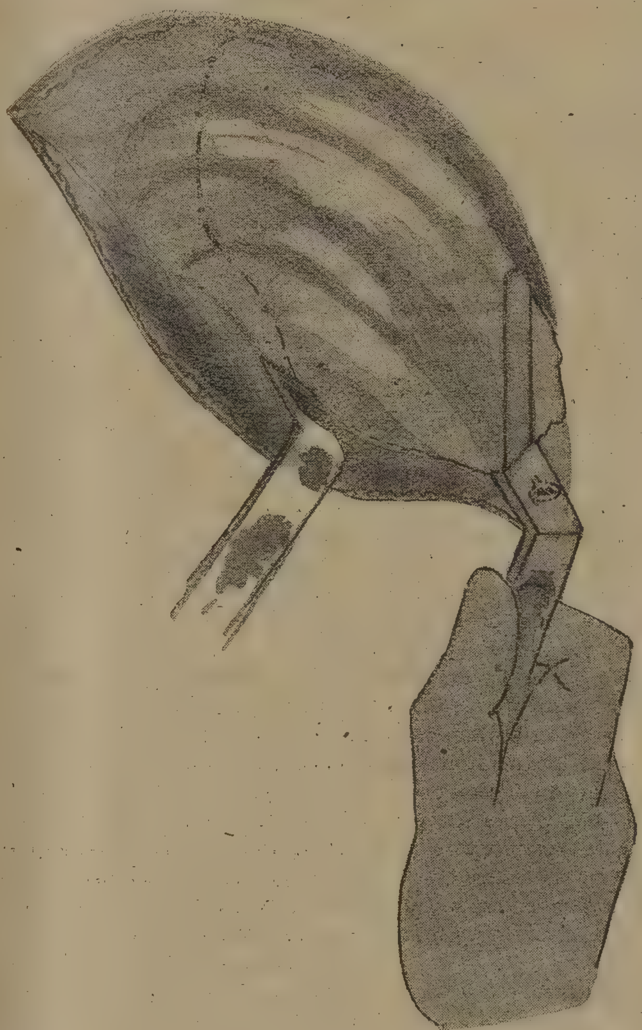


Fig. 3. — *Prélèvement du greffon à l'aide du chondrotome.*

sur un millimètre de profondeur, en passant au large. Toujours avec le même instrument, le dédoublement du cartilage est amorcé. On le parachève avec le chondrodome de Collin et on place le greffon dans du sérum stérilisé à 38 degrés.

La plaie thoracique est rapidement refermée ou mieux, confiée à un aide qui s'acquitte de ce soin et l'on retourne au crâne. Le greffon est présenté et ajusté aux dimensions convenables. Dans la position la meilleure, on repère soigneusement les points où ses extrémités, préalablement taillées en biseau, viennent porter sur le rebord cranien. A l'aide de la petite pince gouge, on creuse à chacune, dans le diploé, un logement qui respecte la table interne et où elles viennent porter à frottement. Lorsque la chose est convenablement faite, le greffon abandonné, reste en place. On peut l'y maintenir à l'aide de

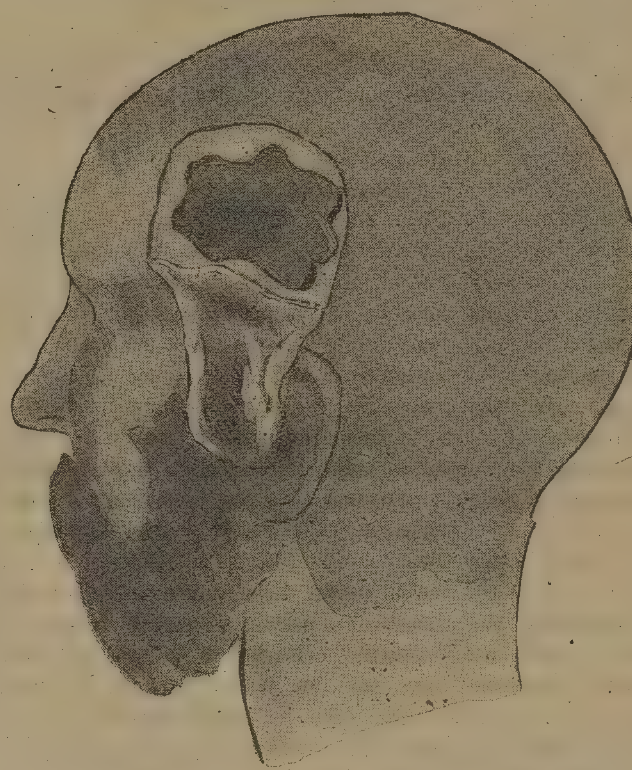


Fig. 4. — *Préparation de la brèche osseuse du crâne.*



Fig. 5. — *Le greffon mis en place.*

catguts passés dans les débris des intercostaux d'une part et le péricrâne d'autre part. Il suffit ensuite de rabattre avec soin le lambeau et de le bâtir rapide-

ment par quelques points. Le serre-tête est alors légèrement desserré, de manière à ce qu'on puisse terminer la suture avec le plus grand soin, en assurant l'hémostase.

Un pansement sec est mis en place. La brèche se trouve ainsi comblée par un Y de cartilage qui n'appuie point sur le cerveau et laisse deux ou trois petits jours formant soupape.

J'ai opéré ainsi un assez grand nombre de blessés; je n'ai observé aucun accident et il ne m'est point revenu qu'il en ait été noté par d'autres sur mes opérés. Je suis resté en contact avec un certain nombre d'entre eux et les deux auxquels j'ai fait allusion présentaient de si graves lésions que leur cas me paraît probant.

L'un, le capitaine X... présentait une perte de substance de 10×7 centimètres intéressant frontal, pariétal, temporal droits et remontant jusqu'au sinus longitudinal supérieur. Des extrémités antérieure et postérieure de la perte de substance partait une fissure large de 1 à 2 millimètres qui paraissait s'étendre à toute la longueur du crâne. Cette perte de substance a été comblée plusieurs mois après la blessure, comme il a été dit plus haut. Les suites ont été des plus simples. Le capitaine X... a participé, dans l'administration supérieure des régions dévastées, à un travail qui a nécessité une activité physique et intellectuelle considérables. Sa santé est restée parfaite à tous égards. Il s'est marié entre temps et a eu quatre beaux enfants.

L'autre blessé présentait une perte de substance de $3,5 \times 8$ avec hémiplégie gauche. Ces troubles paralytiques se sont atténués à tel point qu'il a pu faire dans l'armée active la campagne du Maroc et est aujourd'hui officier de cavalerie, en Tunisie, à la satisfaction de tous.

Ces deux observations sont intéressantes. D'autre part, je le répète, je n'ai pas eu connaissance malgré les recherches auxquelles je me suis livré, qu'un de mes opérés ait dû subir l'ablation secondaire de son greffon. Aussi ai-je le droit de penser qu'il y a lieu de conserver une opération excellente et qui peut rendre de grands services, à la condition que les indications en soient parfaitement posées.

Et je me rallie bien volontiers aux conclusions de Lenormant. Cet auteur admet que la plastie est légitime après les traumatismes fermés du crâne lorsque l'opération a montré la cause du mal et permis de la traiter (une craniotomie à volets temporaires me paraît ici préférable); dans les plaies cranio-cérébrales, il pense qu'il faut l'exécuter tardivement après des mois, voire des années (le chiffre de deux ans, fixé par Kuttner, me semble arbitraire et aussi peu défendable que les délais proposés pour définir, par exemple, la chronicité d'une pleurésie) lorsque le cerveau ne bombe pas, ne tend pas à faire hernie, lorsqu'il n'y a pas tension de la cicatrice, que le malade est resté sans crise épileptiforme, que le liquide céphalo-rachidien est normal, quant à sa tension, sa formule leucocytaire, et sa composition chimique. Je ne me sépare de cet auteur que lorsqu'il rejette la plastie cartilagineuse pour des opérations qui ne lui sont pas supérieures.

Je ne changerais quelque chose à ma technique aujourd'hui, que pour placer par-dessus le greffon cartilagineux quelques copeaux ostéo-périostiques, prélevés à la manière de Delagénière, dans les pertes de substance de grandes dimensions et je me contenterais de ces dernières pour fermer une brèche de peu d'étendue.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

CONDUITE A TENIR DANS LA RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES

Par M. le docteur Bourret,

Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon,
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

On dit qu'il y a rupture prématurée des membranes lorsque celles-ci se rompent avant tout début de travail.

Il nous suffit d'envisager les dangers qui peuvent résulter, soit pour l'enfant soit pour la mère, de cette anomalie dans la marche normale de l'accouchement pour établir de façon rationnelle la conduite à tenir. Nous parlons d'anomalie et non d'accident car dans l'immense majorité des cas il n'y a pas là à proprement parler une complication de l'accouchement, celui-ci neuf fois sur dix devant se terminer normalement si l'on se borne à réaliser la prophylaxie de complications possibles mais en somme assez peu fréquentes.

La *première* complication qui peut résulter d'une rupture prématurée spontanée des membranes, c'est, naturellement l'interruption de la grossesse. A moins d'une rupture très incomplète, d'une perte minime des eaux, il est habituel de voir les douleurs de l'accouchement ne pas tarder à apparaître et l'on peut considérer qu'il est exceptionnel que l'évacuation utérine ne se produise pas dans les huit à dix jours au maximum qui suivent la rupture.

Il n'y aura là évidemment une anomalie regrettable que si la grossesse n'est pas à terme et sa gravité sera naturellement en fonction de la plus ou moins grande prématurité du fœtus menacé d'expulsion à brève échéance; elle pourra l'être aussi parfois en fonction de l'état de la mère pour laquelle un accouchement prématuré peut être un bien, par exemple dans les cas de cardiopathie, d'albuminurie ou de rétrécissement du bassin. C'est dire que la conduite à tenir ne peut être uniforme dans tous les cas et qu'elle doit au contraire se baser sur des éléments cliniques fort différents. Néanmoins, en principe, en dehors des cas de maladies maternelles bien caractérisées, on doit chercher à retarder dans la mesure du possible l'expulsion d'un enfant avant terme et par conséquent mettre immédiatement en œuvre les moyens habituels de retarder l'accouchement : repos complet au lit, lavements de laudanum ou injection de morphine. Cette thérapeutique n'est, il faut le reconnaître, pas très efficace et ne parvient le plus souvent à retarder que de quelques jours l'apparition du travail; mais ces quelques jours pendant lesquels la vie intra-utérine a pu être prolongée ont parfois une importance capitale lorsqu'on se trouve au voisinage de sept mois ou de sept mois et demi.

La *deuxième* complication qui menace l'enfant du fait de l'écoulement prématuré des eaux est sa souffrance et sa mort dans la cavité utérine. Cet accident peut survenir, que la rupture ait lieu près ou loin du terme : il est pourtant cela va sans dire, beaucoup plus à redouter dans ce cas comme dans ceux où pour une raison quelconque la présentation n'est pas suffisamment volumineuse ou suffisamment engagée pour faire bouchon et s'apposer à la procidence du cordon ou à l'issue trop importante du liquide amniotique.

La première précaution à prendre en présence d'une rupture prématurée spontanée des membranes sera donc toujours de se rendre compte d'abord par les moyens externes (palper et

auscultation) si la présentation est normale, si elle est engagée ou au moins fixée, et si les bruits du cœur ne subissent aucune modification.

S'il en est ainsi on peut être tranquille, et il faut savoir de propos délibéré, renoncer au toucher absolument inutile et toujours dangereux pour l'infection.

Si au contraire le palper révèle un fœtus petit, une présentation qui ne forme pas bouchon et bouchon permanent à l'entrée du détroit supérieur il faut toucher, mais en prenant bien entendu pour le faire au moins les mêmes précautions d'asepsie que pendant l'accouchement lui-même.

On se comportera ensuite suivant les résultats du toucher soit pour corriger une présentation vicieuse soit pour obtenir la réduction de la procidence. Vis-à-vis de celle-ci le col n'étant que fort peu perméable en l'absence d'un début de travail on ne pourra guère utiliser que les manœuvres externes de réduction (repos en position surélevée du siège) mais comme il ne peut guère s'agir que de procidence incomplète précisément parce que le col est peu perméable ces manœuvres seront souvent suffisantes.

La *troisième* complication dont la possibilité doit guider notre conduite, est l'infection de l'œuf. En pratique cette infection est exceptionnelle spontanément, au moins tant que le fœtus est vivant : mais il est incontestable aussi que le liquide amniotique, particulièrement lorsqu'il est mélangé de méconium, constitue un milieu de culture essentiellement favorable au développement des germes apportés du dehors : de cette notion découle ce précepte capital : éviter toutes les causes d'infection hétérogène chez les malades ayant fait les eaux ; pour cela imposer le repos absolu au lit, faire pratiquer une toilette de la région vulvaire comme pour l'accouchement, et surtout éviter les explorations vaginales : celles-ci, en dehors des cas où elles sont nécessitées par une complication, sont absolument inutiles ; il n'y a que des inconvénients et des inconvénients sérieux à procéder comme on le voit faire, souvent sur les instances de la famille, à un examen quotidien quelquefois même biquotidien pour se renseigner sur l'imminence de l'accouchement; celui-ci doit toujours être considéré comme prochain du moment que les membranes sont rompues, et les préparatifs faits en conséquence : inutile donc de rechercher par le toucher une précision que l'apparition des premières douleurs fournira mieux que tout autre signe. Donc le mieux est de laisser la malade au lit, de procéder à des lavages vulvaires surtout après les émissions d'urine et d'attendre patiemment en surveillant la température rectale, la couleur et l'odeur du liquide amniotique, et le rythme des bruits du cœur fœtal.

Y a-t-il indication à faire des injections pendant cette période d'attente, qui doit se prolonger tout le temps nécessaire jusqu'à l'apparition spontanée des phénomènes du travail? Non, à notre avis : une injection donnée avec des précautions insuffisantes et il est difficile qu'il en soit autrement dans la plupart des cas de la pratique à domicile, a des inconvénients pires que le simple toucher. Les injections ne sont utiles que s'il y a début d'infection du liquide amniotique infection se traduisant en premier lieu, par l'odeur fétide des écoulements; c'est là un point à surveiller très attentivement car la constatation de cette odeur commande la cessation de l'expectative et rend souhaitable, ou même nécessaire suivant son degré, l'évacuation utérine.

Comment parvenir à ce résultat? Il faut bien entendu proportionner l'importance des moyens à mettre en œuvre au degré de nécessité et d'urgence de l'évacuation, celle-ci n'étant pas toujours une intervention facile ni sans danger. Si rien ne presse, s'il y a simplement un peu d'odeur ou un peu de fièvre, ou simplement si le fœtus étant à terme, bien engagé, l'accouchement tarde vraiment trop à se produire, on essaiera une injection sous-cutanée d'un demi-centimètre cube d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse; c'est un moyen de déterminer le travail qui est évidemment infidèle, mais qui, d'après notre expérience, réussit tout de même dans presque la moitié des cas après la rupture des membranes; il est d'autre part tellement simple que l'on aurait vraiment tort de ne pas l'essayer en premier lieu. S'il ne réussit pas et s'il y a réellement nécessité d'évacuer l'utérus, le meilleur moyen pour y parvenir sera l'emploi du ballon de Champetier. Mais en dehors des cas où l'utilisation de ce moyen est en quelque sorte imposée par les circonstances le meilleur conseil que nous puissions donner à nos confrères est de se rappeler que mettre une femme en travail n'est pas une intervention anodine ni toujours facile, et que mieux vaut généralement pour eux-mêmes et pour leur cliente savoir renoncer à toute thérapeutique active; leur patience sera là encore, comme en bien d'autres circonstances obstétricales largement récompensée par la terminaison très simple de l'accouchement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE 1927).

Radiations visibles provenant des fibres nerveuses excitées. — Mme Christiane LADD-FRANKLIN.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DES TROUBLES NERVEUX ET PSYCHIQUES CHEZ LES FEMMES CONTINENTES. HEUREUSE INFLUENCE DE L'OPOTHÉRAPIE SPERMATOGÉNÉTIQUE (1).

Par le docteur Henri MALHERBE (de Nantes).

Nombreuses sont déjà les publications traitant de l'administration hétérologue de l'extrait orchitique en vue de remédier, chez la femme, à certains troubles que l'on peut supposer dus à une carence de l'activité génitale. Si beaucoup de ces travaux laissent un peu l'impression de vues *a priori*, ce n'est pas le cas de la nouvelle contribution de Malherbe qui apporte des faits cliniques dont le témoignage semble irrécusable. L'auteur nous met en présence de malades qui, du fait de leur situation sociale (religieuses), se trouvent indubitablement soustraites à toute « imprégnation mâle ». Les troubles qu'elles présentent sont d'ordre nerveux, mais avec des déterminations parfois singulièrement topiques, telles que pelade ophiasique chez l'une, violentes éruptions urticariennes chez l'autre. Ces accidents qui avaient résisté à tous les médicaments cédèrent, et très rapidement, lorsque fut institué un traitement par l'androstine (extrait spermatogénétique). Le produit fut administré par voie buccale, et les résultats dépassèrent toute attente, se traduisant par la régression des accidents trichosiques et cutanés, l'amendement et la disparition des troubles nerveux et psychiques concomitants. Une guérison durable s'en suivit dans plusieurs cas.

Ces observations apportent une nouvelle confirmation à la thèse de la nécessité de l'imprégnation mâle pour que soit réalisé le plein équilibre de l'organisme féminin; elles montrent que la meilleure thérapeutique des troubles provoqués par son absence est l'opothérapie par l'androstine qui a pu guérir des manifestations ayant résisté à toute autre médication.

(1) *Progrès méd.*, 19 mars 1927.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de coprologie clinique (1), par le docteur René GAULTIER, ancien chef de clinique et de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, assistant de consultation spéciale des maladies des voies digestives à l'hôpital Saint-Antoine, licencié ès-sciences. Préface de M. le professeur Albert Robin, professeur à la médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon.

La coprologie est un mode d'investigation clinique que notre sémiologie a beaucoup trop négligé. Depuis une dizaine d'années, de nombreuses recherches ont été faites hors de notre pays, au double point de vue de la science et de la clinique, sur la composition chimique des feces et sur leur bactériologie. Des traités importants ont été écrits par des savants fort compétents qui ont compris que cet examen pouvait éclairer, aux yeux des médecins, bien des phénomènes encore obscurs relatifs à l'assimilation.

Mais, dans tous ces traités, ces éléments même de diagnostic et de traitement n'ont pas été dégagés avec la précision que réclame la clinique.

M. René Gaultier commence par un exposé didactique qui résume bien le bilan des connaissances spéciales que le médecin doit posséder pour faire entrer la coprologie au nombre de ses moyens d'informations.

Dans un chapitre sur les matières grasses des fèces, M. Gaultier donne un exemple de la manière dont doivent être faites les recherches.

Dans la deuxième partie, on trouve l'application des principes coprologiques exposés dans la première partie pour le diagnostic de fonctionnement de l'intestin.

Cette seconde partie mérite bien le titre de *Guide pratique*. De sa méthode analytique des substances constituantes des fèces dans un cas pathologique donné, le docteur Gaultier déduit des indications diagnostiques, hygiéniques et alimentaires qui sont encore restreintes, mais dont l'étendue et la portée s'accroîtront par des investigations nouvelles. Puis, il établit les coefficients d'utilisation digestive des aliments dans divers états morbides, en se fondant sur les recherches de ses devanciers.

Il est indispensable d'établir des bilans nutritifs complet où l'analyse des excréta urinaires vienne apporter son contingent d'enseignements aux données déjà fournies par l'analyse chimique des fèces. Un individu aura beau digérer et assimiler parfaitement les albuminoïdes, les féculents et les graisses, il demeurera en état d'insuffisance nutritive, si ses dépenses organiques sont supérieures à ses recettes. Or, il n'y a pas qu'une manière de juger s'il y a un déficit dans le bilan nutritif, c'est de faire concurremment l'analyse des fèces et des urines après établissement d'un régime d'entretien.

Ces analyses comparées sont indispensables aussi quand l'on veut étudier les déminéralisations organiques partielles ou totales qui figurent à l'origine de la tuberculose pulmonaire et au cours de nombreux états morbides.

Les deux modes d'exploration doivent donc marcher de pair quand l'on tente d'envisager toutes les faces du problème de la nutrition, et d'assigner aux variations de celle-ci la place qui leur revient en séméiologie et en thérapeutique.

La méthode personnelle du docteur Gaultier pour la détermination de ce que l'on pourrait appeler le *bilan nutritif coprologique*, pour le distinguer du bilan nutritif général a permis de mettre au jour des indications fort précieuses pour le diagnostic de la lithiase biliaires, des pancréatites chroniques et de la perméabilité du canal cholédoque et a abouti à des formules de séméiologie coprologique relatives aux affections du foie, du pancréas et de l'intestin grêle qui seront certainement d'un grand secours pour le médecin. L. G.

(1) 3e édition, 1927. Un volume in-8 de 500 pages avec figures et planches coloriées. Prix : 54 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'Angine de poitrine et l'angine abdominale (1), par M. P. DANIELOPOLU, professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Bucarest, directeur de l'Institut clinico-médical B de l'hôpital Filantropia.

Le nom du professeur Danielopolu (de Bucarest) est intimement lié à tous les travaux importants qui ont vu récemment le jour sur l'angine de poitrine. Il présente aujourd'hui dans un important ouvrage illustré de 159 figures en noir et en couleurs la question dans tout son ensemble, tant au point de vue de la symptomatologie, de l'étiologie, de la pathogénie que du traitement.

I. *Définition et classification des syndromes angineux.*
II. *Symptomatologie.*
A. Angine de poitrine; I. Angine de poitrine pure; II. Angine de poitrine compliquée; *B.* Angine abdominale; *C.* Examen objectif des angineux; *D.* Facteurs déterminants des accès angineux.
III. *Evolution de l'angine de poitrine.*
IV. *Diagnostic.*
V. *Etiologie.*
VI. *Pathogénie.*
A. Anatomo-physiologie des filets sensitifs cardio-aortiques. Réflexes végétatifs à l'état normal et pathologique. I. Terminaisons sensitives cardio-aortiques. II. Nerfs qui peuvent contenir chez l'homme des filets sensitifs cardio-aortiques. III. Trajet probable des filets sensitifs cardio-aortiques chez l'homme. IV. Connexions probables des filets sensitifs cardio-aortiques dans le névraxe. V. Physiologie des filets sensitifs cardio-aortiques.
B. Trajet des filets cardio-accélérateurs et cardio-modérateurs.
C. Notions anatomo-physiologiques sur l'irrigation sanguine du myocarde : I. Artères coronaires; II. Veines cardiaques; III. Physiologie de l'irrigation sanguine du myocarde.
D. Etat anatomique du cœur, de l'aorte et des nerfs cardiaques chez les angineux.
E. Physiologie pathologique de l'irrigation sanguine du myocarde.
F. Hypothèses sur la pathogénie de l'angine de poitrine.
I. Pathogénie de l'angine de poitrine organique.
II. Pathogénie de l'angine de poitrine non organique.
III. Pathogénie de l'angine de poitrine compliquée.
IV. Antagonisme entre l'angine de poitrine et l'insuffisance myocardique. Pathogénie de l'angine abdominale.
VII. *Traitement.*
A. Traitement médical.
B. Traitement chirurgical. I. Historique. Principes des différentes méthodes. II. Avantages et désavantages des différentes méthodes. Résultats. III. Traitement chirurgical de l'angine abdominale. IV. Possibilité d'un traitement chirurgical de l'accès compliqué et de certains accidents de l'hypertension. V. Troubles postopératoires dans les interventions sur le sympathique.
VIII. *Bibliographie.*
IX. *Index alphabétique des noms d'auteurs.* L. G.

Radiothérapie. Rœntgenthérapie, curiethérapie, actinothérapie. [Les consulations journalières] (2), par W. VIGNAL, électro-radiologiste des hôpitaux de Paris.

Cet excellent livre est divisé en deux parties :

Dans la première partie, sans formules mathématiques toujours quelque peu rébarbatives, sont exposées les propriétés

(1) Un volume de 154 pages avec 159 figures en noir et en couleurs. — Prix : 140 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) Un volume in-16 de 420 pages avec 67 figures dans le texte. — Prix : cartonné, 25 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

physiques des divers rayonnements, leur dosimétrie, le principe des appareils qui les produisent et leurs modalités d'action sur l'organisme normal et pathologique.

Dans la deuxième partie, intitulée *Radiothérapie pratique*, on trouvera méthodiquement énoncées les indications et les techniques appropriées à chaque cas particulier, ainsi que les résultats que l'on est en droit d'escompter.

La radiothérapie des tumeurs malignes qui, grâce aux travaux de l'École française, acquiert une importance sans cesse grandissante, y a été particulièrement étudiée.

Enfin ce livre contient des conseils pratiques qui permettront de faire des irradiations sans incidents ou accidents, qui peuvent affecter soit le patient, soit le radiothérapeute.

En résumé, sous un volume restreint, se trouvent réunies les notions indispensables pour prescrire à bon escient ou appliquer correctement la radiothérapie. L. G.

Origines des univers et de la vie (1), par le docteur L. Garrigue.

Ce livre laisse un peu rêveur, surtout de nos jours où chaque année voit s'écrouler les théories en apparence les plus solides et en surgir de nouvelles, non moins éphémères. Cependant, à la lecture, d'ailleurs facile, de ce livre, on se rend compte qu'il s'agit d'un essai de cosmogonie, voulant tirer parti d'observations et d'hypothèses encore bien fragiles mais qui ne sont pas toutes à repousser sans plus ample informé. De l'origine de la vie, l'auteur ne parle pas bien longuement, se contentant de déclarer qu'elle est de provenance terrestre et résulte de la régression de la matière. Sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, il y a lieu à de sérieuses réserves. J. L.

Antigénothérapie de la tuberculose par les extraits méthyliques de bacilles de Koch (2), par L. Nègre et A. Boquet, chefs de laboratoire à l'Institut Pasteur. Préface du professeur A. Calmette.

Ce livre est consacré à l'exposé des recherches poursuivies dans le laboratoire de M. A. Calmette sur les propriétés antigéniques des extraits méthyliques des bacilles de Koch et leur application au traitement de la tuberculose. On y trouvera tous les renseignements utiles concernant le mode de préparation des extraits bacillaires, leurs propriétés physiologiques et leur mode d'emploi pour la recherche des anticorps sériques et enfin leur utilisation dans le traitement de la tuberculose, dont les résultats se trouvent consignés dans un certain nombre d'observations dues à divers cliniciens spécialement autorisés et qui font l'objet de la seconde et la plus considérable partie de cet ouvrage. C'est, en somme, une contribution nouvelle et fort intéressante à la solution de ce problème angoissant : le traitement curatif et spécifique de la tuberculose. J. L.

CONGRÈS

XIXe Congrès français de médecine. — Président : M. le professeur Pierre Teissier; vice-présidents : MM. les professeurs Ch. Achard, F. Bezançon, le médecin inspecteur C. Dopter, le docteur E. Rist; secrétaire général : M. le docteur M. Chiray; adjoint : M. le docteur P. Gastinel; trésoriers : MM. C. Lian, P. Masson, éditeur.

Programme scientifique. — Le mardi 11 octobre, à 9 h. 1/2 : Séance d'ouverture au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique.

Les mardi 11, après-midi, mercredi 12, jeudi 13, matin et après-midi : Exposé et discussion des rapports.

Rapports. — I. Sémiologie des septicémies médicales. — « Sémiologie générale de l'état septicémique », par MM. P. Gastinel et J. Reilly (de Paris).

« Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques spécifiques à virus connus ou inconnus », par MM. P. de Vezeaux de Lavergne (de Nancy).

« Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques non spécifiques », par MM. F. Arloing, P. Dufourt (de Lyon) et L. Langeron (de Lille).

II. Physiopathologie des œdèmes. — « Etude du rôle de quelques ions et des variations de leur répartition dans la pathogénie des œdèmes », par MM. E. Aubel et P. Mauriac (de Bordeaux).

« Rôle des propriétés physico-chimiques des protéines dans la pathogénie des œdèmes avec étude des variations de la tension osmotique et de la tension capillaire », par M. P. Govaerts (de Bruxelles).

« Les œdèmes brightiques », par MM. Pasteur Vallery-Radot et P. Nicaud (de Paris).

III. Indications médicales et valeur thérapeutique comparée de la splénectomie. — « La splénectomie dans les processus hémolytiques », par MM. N. Fiessinger et P.-L. Brodin (de Paris).

« La splénectomie dans les processus anémiques, anémies parasitaires et infectieuses », par M. A. Nanta (d'Alger).

« Anémies pernicieuses et leucémies », par MM. J. Tapie (de Toulouse).

Les volumes des rapports ont été envoyés à tous les congressistes au fur et à mesure de leur inscription.

Ceux des adhérents des pays d'outre-mer qui n'auraient pas reçu les volumes en temps utile pourront en retirer un duplicata sur présentation de leur carte de congressiste à la librairie Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à partir du 1er octobre.

Programme des fêtes et réceptions. — Mercredi 12 octobre, à 17 h. 30 : Réception offerte par le Conseil municipal de Paris, à l'Hôtel de Ville.

Mercredi 12 octobre, à 21 h. 30 : Soirée offerte par le président du Congrès.

Jeudi 13 octobre, à 20 h. : Banquet par souscription par les membres du Congrès (le lieu en sera ultérieurement fixé).

La liste des adhérents au banquet (cotisation 75 fr.) sera définitivement arrêtée au secrétariat du Congrès, le 12 octobre, à 17 h. du soir.

Les membres des délégations étrangères accrédités auprès du Comité sont invités au banquet.

Vendredi 14 octobre, à 8 h. 30 du matin : Excursion en cars aux champs de batailles de l'Aisne. Les excursionnistes seront accompagnés par un officier d'état-major de l'armée française qui donnera sur le terrain les explications techniques intéressantes. Au retour de cette excursion une halte aura lieu au Carrefour de l'Armistice. Nous croyons pouvoir espérer qu'une très haute personnalité militaire acceptera de venir y recevoir les congressistes.

La liste des personnes qui prendront part à l'excursion sera définitivement arrêtée le mercredi soir 12 octobre, dans les bureaux du secrétariat du Congrès.

Les frais d'inscription à l'excursion (comprenant le voyage en cars, le déjeuner et frais accessoires) sont fixés pour chaque personne au prix de 70 fr.

Samedi 15 octobre, à 10 h. du matin : Avec la bienveillante autorisation de M. le Recteur de l'Université de Paris, visite à la Cité universitaire. Réception par M. le Recteur et les membres du Comité d'administration de la Cité. Lunch au restaurant de la Cité.

(1) Un volume in-8. — Prix : 20 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Un volume in-8 illustré. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

Centenaire de Villemin. — Les journées du Centenaire de Villemin suivront immédiatement le Congrès. Les congressistes qui le désireront pourront prendre part aux cérémonies et fêtes qui seront données à cette occasion. Ils sont priés de se faire inscrire auprès du Comité d'organisation du Centenaire de Villemin, à la direction du Service de santé du ministère de la Guerre, 66, rue de Bellechasse.

Exposition. — Pendant la durée du Congrès se tiendra une exposition de journaux et de livres médicaux, d'appareils d'hygiène et de radiologie, d'instruments de laboratoire, de produits pharmaceutiques et diététiques. Cette exposition sera complétée par celle que le Comité du Centenaire de Villemin doit organiser. Pour tous les détails relatifs à cette exposition, s'adresser à M. Mouly, délégué technique, 12, rue de Seine.

En outre, une exposition artistique rétrospective sera organisée dans les locaux de l'exposition par M. le docteur Rabier; elle groupera, d'une part, des tableaux et gravures ayant trait à la vaccination, et, d'autre part, des portraits, silhouettes et caricatures de médecins contemporains.

Comité des dames. — Avec l'aide de la *Bienvenue française*, un Comité de dames s'occupera de la réception des familles des congressistes (membres associés) pendant la durée du Congrès.

Renseignements généraux sur l'organisation du Congrès (inscriptions, facilités de transport en chemins de fer et en bateaux, visa des passeports, logement dans les hôtels, etc.). — Membres du Congrès. — Les membres adhérents au Congrès comprennent : 1° de droit les membres de l'Association des médecins de langue française; 2° sous réserve d'acceptation par le bureau du présent Congrès, les médecins qu'intéressent les questions médicales et qui désirent y prendre part. La cotisation pour les membres adhérents est fixée à 50 fr.

Les étudiants en médecine et les membres non médecins de la famille des sociétaires ou des adhérents peuvent être admis comme membres associés du Congrès et paient une cotisation de 25 fr.

Tous les membres adhérents prennent part, au même titre, aux travaux du Congrès et en reçoivent les publications. Les membres permanents de l'Association possèdent seuls le droit de vote et sont seuls éligibles dans les diverses fonctions.

Les membres associés ont droit à tous les avantages du Congrès, exception faite des publications et des facilités de transport.

Les bulletins d'adhésion, accompagnés du montant de la cotisation (membres adhérents, 50 fr.; membres associés, 25 fr.) doivent être adressés à M. Pierre Masson, éditeur, trésorier du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), par chèque ou versement à la poste au compte-courant de chèques postaux nº 599, Paris.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la permanence du bureau du Congrès, salle Béclard, à la Faculté de médecine de Paris, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, « Bureau de l'Association pour le développement des relations médicales avec l'étranger », A. D. R. M., ou à M. le docteur Chiray, secrétaire général du Congrès, 14, rue Pétrarque, à Paris (XVe), ou à M. le docteur Lian, trésorier du Congrès, 19, rue de Bourgogne, à Paris (VIIe).

NOTES POUR L'INTERNAT

LUXATION DU COUDE EN ARRIÈRE [1]

V. ÉVOLUTION

Différentes éventualités :

1° **Luxation simple** sans complications immédiates, est d'un pronostic favorable sous réserve cependant de :

— Anesthésier les sujets musclés pour éviter toute brutalité dans les manœuvres de réduction.

— Et surtout : notion fondamentale, de premier plan :

Proscrire tout massage, toute mobilisation intempestive. C'est capital.

Ces deux conditions essentielles ayant été respectées, on devra malgré tout suivre le malade, car, si elles ont pour but d'éviter la production d'un ostéome, on doit se rappeler que ce dernier peut se rencontrer malgré tout au cours de luxations *bien réduites* et *non massées*.

2° **L'ostéome du brachial antérieur.** — a. *Etiologie.* — Surtout l'enfant.

— Sa grande cause : MOBILISATION INTEMPESTIVE. MASSAGE.

b. *Pathogénie.* — Très discutée :

Inclusion périostée;

Cal anormalement ossifié d'une fracture musculaire.

c. *Clinique.* — Passe par deux stades très différents qu'il faut bien connaître à cause de la conduite à tenir :

OSTÉOME JEUNE :

— Commence à se manifester de huit à quinze jours après la réduction par une gêne accentuée de la flexion.

— Se palpe facilement et paraît énorme.

— Ne donne rien à la radio.

— Ne pas intervenir chirurgicalement : sinon la récidive est fatale.

OSTÉOME VIEUX, MURI :

— Au bout de douze à dix-huit mois.

— S'est réduit au palper.

— Se voit bien à la radio où son volume paraît sensiblement le même qu'au palper.

— C'est le moment optimum pour intervenir.

3° **L'arthrite traumatique** avec : raideur;

Dolence;

Gêne fonctionnelle.

S'arrangera très vite chez le jeune, pourra persister chez l'adulte.

Savoir en tenir compte dans les invalidités pour accidents du travail.

4° **Luxation irréductible.** — Fragment épitrochléen qui est venu se coïncer dans l'article.

VI. FORMES CLINIQUES

A. **Les luxations postéro-latérales.** — Si elles sont très accentuées :

Déviation en baïonnette de l'avant-bras sur le bras.

Si peu accentuées :

Postéro-internes :

Rotation interne;

Pronation;

Saillie de l'épicondyle.

Postéro-externes :

Rotation externe;

Supination;

Saillie de l'épitrochlée.

B. **La luxation ancienne.** — Ce n'est pas une question de temps mais de processus anatomique.

1° **Anatomie** : Les surfaces articulaires déshabitées, se déforment et se comblent d'ostéophytes.

Les nouveaux points de contact se creusent avec tendance à la néarthrose.

Les ligaments s'épaississent, peuvent s'ossifier.

La capsule se rétracte, les muscles s'atrophient.

2° **Clinique** : Deux types différents suivant l'âge :

Chez l'enfant : la néarthrose est assez solide et présente souvent des mouvements assez étendus.

Chez l'adulte : Tendance manifeste à l'ankylose avec douleurs. Le point essentiel : la bonne position dans l'ankylose.

DIAGNOSTIC

Positif. — La RADIO doit toujours être faite.

Le point important : la recherche des FRACTURES ASSOCIÉES.

Différentiel. — Ne pas s'attarder sur :

Contusion simple,

Pronation douloureuse,

Très facile.

Les autres luxations : très rares.

En pratique, trois erreurs à éviter.

CROIRE UNE LUXATION RÉDUITE QUAND ELLE NE L'EST PAS : RADIO APRÈS RÉDUCTION TOUJOURS.

FRACTURE TRANSVERSALE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE L'HUMÉRUS :

Ecchymose,

Saillie antérieure au-dessus du pli de flexion,

Pas de perception de la cupule.

Rien de changé dans les repères,

Radio.

DÉCOLLEMENT ÉPIPHYSAIRE CHEZ L'ENFANT.

TRAITEMENT

A. **Luxation simple.** — Anesthésier les sujets musclés :

Réduction : associer :

Propulsion directe sur l'olécrane et traction sur l'avant-bras en extension,

Maintenir avec une écharpe.

PAS DE MOBILISATION PASSIVE.

PAS DE MASSAGE.

B. **Fractures associées.** — Intervention.

C. **Ostéome.** — *Ostéome jeune* : Pas d'intervention.

PAS DE RAYONS CHEZ L'ENFANT qui risqueraient de stériliser le cartilage de conjugaison.

Ostéome mûri : La réussite de l'intervention tient à deux facteurs :

ETRE LARGE.

FAIRE UNE HÉMOSTASE PARFAITE.

D. **Luxation ancienne.** — Si la néarthrose est suffisamment mobile et solide à la fois et est ainsi compatible avec les besoins de l'existence active du sujet : s'abstenir si ankylose :

En bonne position : l'intervention est une question d'opportunité.

En mauvaise position : intervenir.

LA REPOSITION SANGLANTE. — La seule opération que l'on puisse pratiquer chez l'enfant.

LA RÉSECTION. — Jamais avant vingt ans au moins.

Ne sera pratiquée que s'il n'y a plus d'adaptation possible des surfaces articulaires.

Devra être :

Assez large pour éviter l'ankylose,

Pas trop pour éviter le coude ballant.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 78, p. 1290.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 81. — SAMEDI 8 OCTOBRE 1927. 100e ANNÉE. SAMEDI 8 OCTOBRE 1927. — N° 81.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

XXXVIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — Séance d'ouverture. — Le XXXVIe Congrès de l'association française de chirurgie s'est ouvert lundi à la Faculté de médecine sous la présidence de M. André Fallières, ministre du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale, assisté de M. le professeur Bégouin (de Bordeaux), président du Congrès, et de M. Walther, président de l'Association française de chirurgie.

Sur l'estrade avaient pris place M. le Doyen, M. le médecin-inspecteur général Toubert, M. Gley, président de l'Académie de médecine, les médecins-inspecteurs Savornin et Cadiot, et M. Auvray, secrétaire général.

La plupart des membres de l'Association étaient présents. Derrière le bureau et dans la salle nous avons remarqué MM. Tuffier, Legueu, Hartmann, Sebileau, Pierre Duval, Gosset, Lejars, Chavasse, Lardennois, Proust (de Paris), M. le professeur Pierre Teissier, président du Congrès français de médecine, MM. Forgue, Jeanbrau, de Rouville (de Montpellier), M. Lambret (de Lille), MM. Bérard, Tixier, Patel, A. Chalier, P. Bonnet (de Lyon), Leriche (de Strasbourg), Delagenière (du Mans), Léon Imbert, Reynès, Silhol (de Marseille), Brun (de Tunis), Témoin (de Bourges), Peugniez (d'Amiens), MM. Alessandri (de Rome), Willems (de Gand), Lorthioir, Danis et Roussiel (de Bruxelles), Albert (de Liége), Phocas (d'Athènes), Zawadzki et Krynski (de Varsovie), Daniel (de Bucarest), Altramare et Martin du Pan (de Genève).

Le ministre donna la parole à M. le professeur Bégouin. Après avoir rappelé le souvenir de Desmons (de Bordeaux) à qui l'on doit la création du Congrès de chirurgie, l'orateur adressa une pensée émue aux morts de l'année et en particulier à M. le professeur Le Dentu, président de l'Association française de chirurgie. Il traita ensuite d'une façon aussi brillante que précise la question des rapports de la clinique et du laboratoire. Son discours fut particulièrement goûté.

M. Auvray donna ensuite lecture du rapport annuel. Il montra les progrès réalisés par l'Association et fit à son tour un excellent éloge de son maître Le Dentu exprimant en termes émus le souvenir reconnaissant que ses élèves gardent à sa mémoire.

Il salua ensuite aux applaudissements de l'assistance le nouveau président de l'Association, M. Walther.

Enfin M. André Fallières apporta au Congrès, en un excellent discours, ses vœux personnels et ceux du gouvernement.

Après une suspension de séance pendant laquelle les congressistes visitèrent la belle exposition qui fait le plus grand honneur au commissaire général, l'aimable M. Mouly, le Congrès commença ses travaux et entendit les rapports de MM. Lardennois et Silhol sur les *péricolites et les épiploïtes chroniques.*

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Le jury est définitivement composé de MM. Bénard (Henri), Barbier, Thiroloix, Vallery-Radot, Basset, P. Duval, Cleisz, Pinard, Ombrédanne, Dujarier.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Colson, Froment, Naussac, Marcon, Douillet, Boucomont, Mlle Bussy, MM. Brichet, Rochet, Jarricot, Savoye, Thevenon, Amic, Tourniaire, Mlle Mercier, M. Cade, Mlle Lambert, M. Girard, Mlle Rougier, MM. de Mourgues, Pizzera, Tiran.

Internes provisoires : MM. Boyer, Martinet, Guichard, Rochefort, Pipard, Aulagnier, Vernaud, Marmey, Tristani,

Dubois, Bisch, Fabre, Cuilleret, Seguin, Lévy, Juvanon, Belly, Aubert, Borie, Sassard.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin directeur est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne), par suite du départ de M. le docteur Dalmas.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — Une modification survenue dans le programme de la célébration du Centenaire de Villemin oblige à remettre à sa date normale la conférence mensuelle. Le lundi 17 octobre 1927, à 21 h., à la Faculté de médecine, amphithéâtre de l'Ecole pratique, conférence de M. le médecin inspecteur général Toubert.

U. M. F. I. A. — Le prochain dîner de l'Union médicale franco-ibéro-américaine aura lieu le mercredi 12 octobre, à 8 heures précises, au buffet de la gare de Lyon. Prix : 35 fr. Tenue de ville.

S'inscrire auprès du docteur Grimberg, 74, rue Blanche, Paris (9e), avant le 10 octobre.

UNE EXPOSITION DE CHAMPIGNONS. — Une exposition de champignons publique et gratuite aura lieu les samedi 8, dimanche 9 et lundi 10 octobre, au musée d'hygiène de la Ville de Paris, 57, boulevard de Sébastopol.

La détermination sera faite par des représentants de la Société mycologique de France.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 26e décade, du 11 au 20 septembre, 823 décès, au lieu de 757 pendant la décade précédente (moyenne 895). L'état sanitaire est donc satisfaisant. On signale 53 cas de diphtérie (moyenne 36). Toutes les autres affections signalées ne dépassent pas la moyenne habituelle de la saison.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Guillet, des troupes coloniales, décédé victime du devoir professionnel en soignant les malades atteints de fièvre jaune, à Thiès (Afrique occidentale française); Auguste Thoumsin, chirurgien des hôpitaux d'Anvers; Matthys (de Bruxelles); Antoine Dénarié (de Chambéry); Michon, président du Syndicat des médecins du Rhône.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de vacances de pratique obstétricale* (2e série), par MM. les docteurs Louis Fournier, médecin de l'hôpital Cochin; Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Tenon; Vaudescal, agrégé; Desoubry, Jacquet, Lantuéjoul, Mlle Labeaume, MM. de Peretti, chefs de clinique et anciens chefs de clinique; de Manet, ancien chef de clinique adjoint, assistés des moniteurs de la Clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le samedi 15 octobre 1927. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 16 h. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. — Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Le droit à verser est de 150 fr.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 17 heures.

— Un cours complémentaire sur la tuberculose, par MM. le professeur Léon Bernard et Robert Debré, agrégé, aura lieu du 7 novembre au 3 décembre 1927.

Droit : 250 fr. — S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — UNE SEMAINE DE GASTROLOGIE CLINIQUE. — Du 10 au 18 octobre, le docteur Félix Ramond, assisté de MM. Ch. Jacquelin, Zizine, Beaujard, fera, dans son service, une série de conférences sur les principales maladies de l'estomac et du duodénum et les méthodes nouvelles d'exploration et de diagnostic.

Des démonstrations pratiques accompagneront ces conférences.

Les conférences auront lieu tous les matins, à 9 h. 1/2. Elles sont gratuites.

Pour les travaux pratiques et examens radiologiques, qui auront lieu après chaque conférence, verser un droit de 250 fr., et s'inscrire, en raison du nombre limité des places, auprès du docteur Ch. Jacquelin, hôpital Saint-Antoine, salle Lorain.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — A l'occasion du Congrès d'oto-rhino-laryngologie et sous la direction de M. Lemaître, professeur agrégé, chef du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Louis, M. Leroux-Robert, chef des travaux de diathermothérapie et d'actinothérapie oto-rhino-laryngés, fera dans le service, le mardi matin 18 octobre, à 9 h., une démonstration publique des applications oto-rhino-laryngées de *diathermie*, *diathermo-coagulation*, *haute tension*, de rayons *ultra-violets* en surface et en profondeur et de rayons *infrarouges*.

Consécutivement, à une date fixée ultérieurement, auront lieu des conférences privées complémentaires de perfectionnement où chaque auditeur sera exercé individuellement.

CONSULTATION D'ENFANTS ANORMAUX. — La consultation gratuite de l'Assistance aux enfants nerveux, retardés et instables (A. B. N. G. reconnue d'utilité publique), a lieu le mardi de 9 h. à 12 h. et le vendredi de 4 h. à 6 h. 1/2, 35, avenue de Saint-Ouen (17e).

Assurée par le docteur Gilbert Robin, ancien chef de clinique psychiatrique à la Faculté, médecin des asiles, et le docteur Mâle, assistant, elle comprend les recherches biologiques et le traitement dans un laboratoire spécial annexé à l'œuvre et confié au docteur Cuel. Les enfants sont placés à l'institut Clamageran (Limours) ou au château d'Arnonville-Gonesse, où sont appliquées les méthodes nouvelles de pédagogie et d'orientation professionnelle.

Le docteur Gilbert Robin rappelle qu'il continue sa consultation de psychiatrie générale, le vendredi à 9 h., à l'hôpital Cochin, dans le service du docteur Marcel Pinard.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

JEUNE FILLE dist., bien sous tous rap., poss. aptit. intell., cherche pl. secrét. Serait util. au bes. comme sténo-dactylo-compt. — Ecr. Mlle Fort, 88, av. Paris, Châtillon-s.-Bagneux.

REVUE GÉNÉRALE

ACCIDENTS D'ÉRUPTION DE LA DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE[1]

Par Ch. RUPPE,
Ancien interne, stomatologiste des hôpitaux de Paris.

4. COMPLICATIONS GANGLIONNAIRES

Les lymphatiques de la région muqueuse qui recouvrent la région de la dent de sagesse, se dirigent en dehors et en dedans du maxillaire inférieur. Les uns se rendent *aux ganglions sous-maxillaires*, les autres, au ganglion *sous-rétro-angulo-maxillaire*. Dans 1/20 des cas, d'après Rouvière et Sassier, ils aboutissent à un ganglion *supramaxillaire, autrement dit génien inférieur*, situé en avant du bord antérieur du masséter, au-dessus du rebord basilaire de la mandibule.

Le plus habituellement, il s'agit d'une adénite simple : un ou plusieurs ganglions sont augmentés de volume et douloureux. Dans quelques cas l'infection est plus intense. Il y a, à la fois adénite et périadénite qui peut rétrocéder ou aboutir à la suppuration : d'où adéno-phlegmon.

Lorsque la péricoronite est légère, elle peut entraîner une adénite torpide, un gonflement ganglionnaire quelquefois douloureux uniquement à la palpation. Cette adénite subaiguë ne doit pas être confondue avec une bacillose mono-ganglionnaire. L'examen général, les antécédents, la perception d'autres petits ganglions permettront de faire le diagnostic, mais souvenons-nous de ces adénites tuberculeuses réchauffées par l'infection d'origine dentaire ou péridentaire. Dans la région sous-maxillaire, différencions aussi cette adénite subaiguë d'une sous-maxillite due à la lithiase.

5. COMPLICATIONS OSSEUSES

Les accidents osseux dus à l'éruption de la dent de sagesse ont une pathogénie discutée.

Il est de bonne clinique de dire que les accidents infectieux d'origine dentaire sont, avant tout, osseux et cellulaires; alors que les accidents éruptifs sont plus spécialement cellulaires et ganglionnaires. Ceci reste une vérité clinique et répond à la majorité des faits. Le pus formé sous le capuchon muqueux empruntera une voie facile : la voie cellulaire. Il n'a que faire de s'attaquer à un os qui est résistant, à un ligament alvéolo-dentaire qui est puissant.

L'infection osseuse ne se produira qu'en cas d'infection virulente, comme la nécrose osseuse ne se produit que dans les stomatites graves, elle se fait *par voie sous-périostée*.

La pyorrhée favorise la *voie alvéolo-dentaire*. Mais, nous ne devons pas oublier qu'une dent enclavée est susceptible de se carier, que la carie atteignant la chambre pulpaire provoque la gangrène de la pulpe qui donne naissance à une mono-arthrite apicale suppurée susceptible de déclancher un ostéophlegmon ou une ostéomyélite grave du maxillaire inférieur. Ceci nous paraît le mode de production le plus fréquent des accidents osseux. La *disposition oblique en bas et en arrière de la dent de sagesse enclavée* explique assez la *propagation de l'infection vers l'angle du maxillaire*.

En outre, une coupe frontale, à ce niveau, nous montre que l'os est plus épais en dehors qu'en dedans et que la collection intra-osseuse a tendance à se faire jour vers la table interne.

A cette période les accidents sont graves.

Les douleurs sont atroces avec otalgie, insomnie Le trismus serré bloque les mâchoires.

La douleur à la déglutition est vive.

Le sujet est infecté, avec fièvre, insomnie, état saburral des voies digestives.

L'examen révèle :

1° Tantôt une tuméfaction phlegmoneuse *jugale*, avec empâtement *de la table externe du maxillaire inférieur et de la région de l'angle*. Le palper de l'angle du maxillaire provoque une douleur exquise. Par le palper endobuccal, on constate l'empâtement du cul-de-sac gingivo-jugal;

2° Tantôt, une tuméfaction située *sur la table interne de la mandibule*. La région sous et rétro-angulo-maxillaire est comblée. Les doigts placés en crochet à ce niveau, la tête étant fléchie, sentent une tuméfaction qui double la face interne et l'angle du maxillaire. L'examen endo-buccal est impossible par suite du trismus.

Évolution. — L'évolution est variable. Si la lésion osseuse est du type *ostéo-phlegmon*, l'avulsion de la dent causale suffit en général pour amener la guérison. Elle devra être complétée parfois par une incision endobuccale s'il y a une grosse collection sous-périostée.

Si, au lieu d'une simple traînée purulente intra-osseuse, l'os a été frappé dans sa totalité, l'*ostéomyélite* s'est installée avec toute la gravité de son pronostic. Exceptionnellement mortelle, engendrant rarement des accidents osseux métastatiques, elle est grave localement par la lenteur de son évolution et par les opérations successives qu'elle nécessite. Elle peut s'étendre en avant à tout ou partie de la branche horizontale; on en sera averti par l'extension des signes locaux et par l'anesthésie du nerf dentaire inférieur, comme elle peut gagner la branche montante, l'articulation temporo-maxillaire, le temporal. Les fractures spontanées sont rares. L'ostéomyélite devenue chronique se traduit par de l'hyperostose, la présence de séquestre et une suppuration qui se fait jour par des fistules souvent multiples.

Diagnostic. — Devant le tableau clinique que nous venons de tracer, le praticien doit répondre aux trois questions suivantes :

1° S'agit-il d'un accident osseux;
2° Quel est cet accident osseux;
3° Quelle est la dent causale.

1° *En faveur de l'accident osseux*, plaident :
a. Le début par des douleurs dentaires;
b. Le trismus extrêmement intense;

c. La localisation de la tuméfaction et de l'œdème qui est péri-maxillaire.

Mais cette région angulo-maxillaire et sous-rétro-angulo-maxillaire est un carrefour important de collections purulentes.

L'*adéno-phlegmon sous-rétro-angulo-maxillaire* fait suite le plus souvent à une angine. Il provoque du *torticolis*. Le *trismus est secondaire et peu accusé.* La tuméfaction est comprise entre le bord postérieur de la branche montante et le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Les *abcès latéro-pharyngiens* sont secondaires à une angine; ils provoquent une *dysphagie atroce*.

La tuméfaction de la *parotidite* est plus haut située; elle est prétragienne. C'est un accident qui ne survient que dans des conditions étiologiques particulières. On recherchera si du pus sort par le canal de Stenon, si le conduit auditif externe bombe dans sa partie antéro-inférieure, si le facial réagit.

Signalons encore l'extériorisation cervicale de certaines *formes basses de mastoïdites*.

Mais il s'en faut que le problème soit toujours aussi facile, basé qu'il est sur l'interprétation de l'intensité respective de trois signes fonctionnels : le *trismus*, la *dysphagie*, le *torticolis*. Il s'agit souvent de nuances. Une collection de la table interne du maxillaire peut provoquer de la dysphagie. Une péricoronarite suppurée qui explique le trismus, peut se compliquer uniquement d'adénite cervicale d'où le torticolis.

2° *Le siège de la tuméfaction est aussi important à analyser.* — Dans les accidents osseux, il est périmaxillaire, l'os en marque les contours inférieur et postérieur. Mais l'œdème collatéral ou la cellulite dont se complique l'accident osseux viennent souvent troubler cette notion topographique; la tuméfaction débordant alors largement le cadre osseux. Inversement, l'infiltration des tissus périmaxillaires consécutifs à un adéno-phlegmon sous-rétro-angulo-maxillaire, peut donner le change pour un accident osseux.

3° De toute manière, chez un malade qui souffre et qui ne peut ouvrir la bouche, il est nécessaire de pratiquer une radiographie. Elle renseigne sur la dent causale et sur l'état de l'os.

a. Un accident dentaire banal provenant d'une grosse molaire, entraîne une symptomatologie absolument comparable à celle que nous venons de décrire. La discrimination de la cause est indispensable au point de vue thérapeutique. Elle sera faite par la radiographie.

b. Au début, l'image radiographique est une image diffuse plus ou moins étendue de raréfaction osseuse qui ne permet pas de préjuger de l'avenir car l'image du séquestre est plus tardive. Nous l'avons vu s'installer en huit jours. Elle demande plus de temps en général.

6. COMPLICATIONS VEINEUSES

Dans quelques cas exceptionnels et particulièrement graves, le plus habituellement en concomittance avec un phlegmon diffus, se produit une *thrombophlébite* qui atteint le sinus caverneux, par l'intermédiaire du plexus ptérygoïdien. L'évolution en est fatale. Cette thrombophlébite d'origine dentaire a été notée à gauche, jamais à droite.

En marge de ces complications infectieuses dont le point de départ est la péricoronarite suppurée, il y a lieu de signaler **des troubles réflexes**. *Ce sont des phénomènes névralgiques* dans le domaine du dentaire inférieur avec irradiations plus ou moins lointaines. Mais il ne faut s'arrêter à ce diagnostic de troubles réflexes qu'après avoir éliminé la possibilité d'une carie de collet de la deuxième grosse molaire ou d'une carie de la dent de sagesse avec irritation pulpaire, vite calmée par les soins dentaires habituels.

Dans d'autres cas, l'évolution de la dent de sagesse provoque une véritable poussée sur les autres dents et des troubles de l'articulé.

Aucun trouble ne marque, en général, l'existence *d'un germe en ectopie*. C'est un fait méconnu. Parfois, l'*éruption* peut se faire au *niveau de la joue*; exceptionnellement, une *infection périfolliculaire* peut se *produire par voie sanguine*. Notons encore la possibilité d'un *kyste dentifère*.

TRAITEMENT

Indications. — Le traitement des accidents de dent de sagesse comporte :

Le traitement de la cause.
Le traitement des lésions.

Il est toujours difficile d'insérer une conduite thérapeutique dans des règles fixes. C'est surtout une affaire d'espèce. Néanmoins, nous nous trouverons placés, schématiquement dans les circonstances suivantes :

a. Un sujet est porteur d'une dent de sagesse oblique. *Il n'a pas encore fait d'accidents* et nous demande conseil. Nous lui expliquerons ce qui le menace dans l'avenir et ce qu'est l'extraction d'une dent de sagesse enclavée. A lui de prendre la décision.

b. Le malade a fait des accidents légers; la dent peut être désencapuchonnée : le faire; elle ne peut l'être et ne peut évoluer normalement, l'extraire.

c. Le malade fait des accidents plus sérieux mais non osseux, non menaçants, les uns traitent les accidents et en période calme désencapuchonnent ou extraient la dent; les autres, interviennent en même temps sur la lésion et sur la cause de la lésion.

d. Le malade fait des accidents osseux, il faut intervenir d'urgence, extraire la dent et suivre ensuite très minutieusement son opéré, cliniquement et radiographiquement.

Radiographie. — Dans tous les cas, la radiographie est le guide nécessaire de l'intervention. Elle est seule capable de faire prévoir les difficultés opératoires. Mais pour la bien interpréter, il faut se souvenir qu'elle est une méthode de projection et toujours tenir compte des conditions dans lesquelles elle a été prise. Suivant les circonstances, les possibilités anatomiques ou pathologiques, nous utilise-

rons le procédé du film ou le procédé de la plaque extrabuccale, par le procédé de défilement de Belot.

Un cliché radiographique doit permettre de nous rendre compte :

1° De la position de la dent : oblique ou horizontale.

2° De son degré d'inclusion; mais la dent de sagesse est située en dedans de la branche montante du maxillaire, plus ou moins loin en arrière de son bord antérieur, de sorte que le triangle rétro molaire se projette au-dessous de la dent de sagesse et pourrait faire croire à une inclusion profonde qui n'existe pas. Pour tourner la difficulté, on comparera sa situation par rapport à la dent de douze ans; plus elle se rapproche de la face triturante de la dent de douze ans et moins elle est incluse.

3° De sa disposition radiculaire.

4° De son coïncement sous le collet de la dent de douze ans, qui est une source de difficulté considérable pour l'avulsion et qui est seulement apprécié avec exactitude par film intrabuccal.

5° De ses rapports avec le canal dentaire inférieur. Normalement les apex sont à 5 ou 6 millimètres du canal dentaire, mais lorsque la dent est oblique, les racines longues ou le canal haut, les racines peuvent être sillonnées ou traversées par le nerf dentaire inférieur. D'où les névrites traumatiques consécutives possibles.

Traitement de la cause. — 1° La *dent peut faire son éruption normale, la désencapuchonner.* Les incisions simples, unique ou double, curviligne ou cruciale paraissent insuffisantes.

Il est préférable de recourir à l'excision complète. Chompret la pratique avec son bistouri à double tranchant. Gault, après avoir fait deux incisions parallèles aux deux bords latéraux de la face triturante de la dent, enlève avec une pince type Luc, le lambeau ainsi formé.

2° Si *la dent ne peut faire son éruption, l'avulsion doit être pratiquée. Elle se heurte à toute une série de difficultés* occasionnées par l'emplacement du champ opératoire et les adhérences fibreuses de la muqueuse avec la partie postérieure du tégument de la dent.

a. L'*inclusion de la dent, dans un os épais et compact.* Elle nécessite une désinclusion souvent longue, à la fraise, à la gouge ou à la pince-gouge. L'attaque osseuse doit toujours être *pratiquée sur la table externe et supérieure, jamais sur la table interne,* pour éviter que l'infection ne diffuse vers le plancher de la bouche et le pharynx.

b. Le *coïncement de la dent de sagesse sous le collet de la deuxième grosse molaire.* La dent est bien désenclavée, mais il n'y a pas la place pour la luxer. Dans ce cas, il faut diminuer avec un disque à séparer l'épaisseur des cuspides de la dent de sagesse.

c. La *disposition spéciale des racines,* d'où les difficultés d'ordre dentaire.

Tout ceci rend l'opération souvent difficile. On retrouvera tous les détails de technique dans la thèse de Béal.

Traitement des accidents. — 1° *Le traitement habituel de la stomatite* : bains de bouche antiseptique, application du bleu de méthylène et de glycérine novarsénobenzolée. Le praticien appliquera lui-même de l'acide chromique chimiquement pur.

2° L'*incision intrabuccale des collections cellulaires.* Notamment, les abcès sus-amygdaliens seront incisés au milieu d'une ligne allant de la base de la luette à la face postérieure de la deuxième molaire.

3° Le *drainage filiforme des adénophlégmons,* afin de ne pas laisser de cicatrices.

4° L'*intervention par voie endobuccale,* en cas d'ostéomyélite, en suivant les lésions avec la curette en respectant l'ostéoperioste. Ultérieurement, on s'aidera de la radiographie pour juger de l'opportunité de la *séquestrectomie.* Si le séquestre est superficiel, il est cueilli par la bouche; s'il est profond, il faut le rechercher par voie intrabuccale; certains séquestres de la région de l'angle sont notamment difficiles à extraire par cette voie; mais cette tentative doit toujours être tentée.

BIBLIOGRAPHIE

ADAIN. *Le canal mandibulaire et les accidents de dent de sagesse.*

MOTY. Accidents causés par les dents de sagesse, *Rev. de chir.*, 1901.

OMBRÉDANNE. Accidents de dent de sagesse. *Traité de chir.*, Le Dentu et Delbet, 1909.

REDIER. *Précis de stomatologie*, Paris, 1909.

CAPDEPONT. Rôle et mécanisme de l'infection dans les accidents de dent de sagesse, *Rev. de chir.*, 10 juin 1910, n° 6.

FARGIN-FAYOLLE. La péricoronarite dentaire, *Presse méd.*, 19 nov. 1910.

DAVID et HECQUET. Les lésions ulcéreuses de la bouche à fuso spirilles, *Presse méd.*, 1920.

BERCHER. Contribution à l'étude de l'étiologie des stomatites ulcéreuses, *Rev. de stomatologie*, 1920.

CHOMPRET et LHIRONDEL. L'abcès buccinato-maxillaire. *Rev. de stomatologie*, avril 1925.

CANUYT. Les infections amygdaliennes et les suppurations péri-amygdaliennes d'origine dentaire, *Arch. internat. d'oto-rhino-laryng.*, 7 oct. 1922.

GORENSKY. Considération sur la marche des accidents d'évolution de la dent de sagesse, *Th. de Paris*, 1926, chez Ash (où l'on retrouvera une bonne bibliographie).

FREY et RUPPE. *Radiographie dentaire*, chez Baillière.

BROCQ et MONIER. Sur le traitement chirurgical des accidents initiaux de la dent de sagesse et l'extraction de cette dent encore incluse, *Presse méd.*, 25 oct. 1922.

GAULT. Accidents de dent de sagesse. *Arch. internat. d'oto-rhino-laryng.*, mars 1927.

BÉAL. Étude de la technique de l'extraction de la dent de sagesse inférieure, *Th. de Paris*, 1927, Presses Universitaires (avec bonne bibliographie).

George WINTER. *Principles of exodontia as applied to the impacted*, Saint-Louis, 1926.

ACTUALITÉS

LA MALARIATHÉRAPIE

La malariathérapie est le procédé qui consiste à provoquer dans un but thérapeutique chez un sujet qui en est indemne des crises de paludisme par l'inoculation de sang contenant des hématozoaires vivants. Après avoir surveillé un temps suffisant l'évolution de ce paludisme provoqué et les résultats obtenus on arrête par les procédés classiques l'évolution de la malaria.

Il s'agit ici d'une méthode thérapeutique récente et dont le mode d'action est encore obscur. S'il ne faut pas exclure un mécanisme comparable à l'action

de choc, il faut sans doute donner une importance plus grande à un antagonisme de nature entre les germes infectieux mis en présence et aussi sans doute à l'application aux deux germes des puissances défensives de l'organisme qu'a suscitées ou exaltées l'éclosion de la maladie artificiellement provoquée. La solution de ce problème de pathologie générale sera peut-être fournie par l'observation de cas plus nombreux ou par l'application à d'autres affections de techniques inspirées de la présente méthode.

HISTORIQUE. — *Febris ascendens spasmos solvit* est un adage antique qui n'avait jusqu'à ces dernières années qu'une valeur d'observation et n'avait encore servi de base à aucune expérience thérapeutique.

En 1887 cependant Wagner von Jauregg avait fait des essais bientôt interrompus de traitement de la paralysie générale par des méthodes non spécifiques.

C'est en 1917 seulement qu'il reprit ses recherches s'inspirant des fréquentes et notables rémissions observées dans les symptômes de la paralysie générale progressive, lorsque au cours de son évolution survenait une affection aiguë de quelque gravité. Parallèlement, d'autres auteurs (Anglade, A. Marie) avaient par divers procédés (nucléinate de soude, tuberculine) provoqué des épisodes fébriles dans l'espérance de contre-coups favorables. Pour l'obtention de la réaction thermique qui est un élément ou tout au moins un des caractères de la crise utile, Wagner von Jauregg (de Vienne) arrêta son choix sur le paludisme ; l'inoculation était faite avec du sang de paludéens. En 1925 Bunkler et Kirby ont également obtenu de bons résultats en injectant à leurs malades du sang citraté prélevé sur un sujet atteint de fièvre tierce ; le sang prélevé en dehors des périodes d'accès semblait aussi efficace que celui prélevé pendant des crises fébriles.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS. — Les indications sont actuellement peu nombreuses, la méthode étant encore à ses débuts.

La principale et la mieux connue parce que la première découverte est la *paralysie générale progressive*. Il ne semble pas que le bénéfice de ce traitement puisse être refusé à aucun malade en raison des caractères cliniques et évolutifs d'une méningo-encéphalite. Ce sont naturellement les cas les plus sérieux qu'on a toujours le plus volontiers traités par ce procédé ; il n'est pas de gravité apparente qui puisse constituer une raison de douter de l'efficacité du traitement. On ne peut non plus baser aucune précision sur la résistance de la paralysie générale à d'autres modes de traitement fussent-ils même considérés, ainsi que l'a été la tryparsamide, comme traitement d'élection.

Les résultats obtenus dans la paralysie générale ont engagé certains auteurs (Bering, Scherber et Albrecht, Hoff et Kauders) à user de la malariathérapie *contre le tabes*. L'étude des statistiques ne prouve pas encore qu'aucune forme de tabes doit être privée du bénéfice de ce traitement.

Étendant encore son domaine certains auteurs ont enfin pensé qu'on pourrait tirer parti de cette médication dans des cas de syphilis nerveuse encore en évolution et même dans les cas latents où l'examen du liquide céphalo-rachidien est le seul signe d'alarme du côté des centres nerveux ; mais ce ne sont là que des faits à l'étude sur lesquels on ne peut encore conclure.

Il y a cependant des *contre-indications* qui toutes *découlent de l'état organique* du malade.

Il faut mettre au premier plan le *mauvais état général, la profonde déchéance organique* quelle qu'en soit la cause et l'*âge trop avancé*.

On devra s'abstenir également chez les porteurs d'une *bacillose pulmonaire en évolution*, chez les sujets dont le *foie ou les reins* sont en mauvais état ou qui présentent des signes de *déchéance cardiaque*.

Une autre contre-indication est l'*alcoolisme* ; il serait imprudent de tenter la malariathérapie avant d'avoir obtenu une *désintoxication* complète. Il s'agit donc ici en quelque sorte d'une contre-indication relative.

Il en est de même chez les porteurs de *lésions spécifiques des vaisseaux* ou chez les sujets dont les *réactions sérologiques sont particulièrement intenses*. Il ne faut chez ces malades commencer la malariathérapie qu'après un *traitement antisyphilitique préalable*.

TECHNIQUE. — *Choix du germe.* — Il est important puisqu'il faut obtenir une réaction fébrile suffisante en n'exposant le malade qu'aux moindres risques. C'est le *plasmodium vivax*, agent de la fièvre tierce bénigne, qui semble de l'aveu de tous les auteurs présenter le mieux les qualités requises.

Le plasmodium malariae (fièvre quarte) ne donne qu'une réaction insuffisante et est souvent inopérant ; le plasmodium falciparum (fièvre tropicale) au contraire est dangereux. Seul Plehn, de Berlin, l'a quelquefois employé lorsque le vivax est resté inactif.

On se procure le plasmodium vivax en prélevant chez un *sujet en période fébrile* et non traité 5 à 7 centimètres cubes de sang par ponction veineuse. Il est souvent utile de se servir d'un germe dont on a eu l'occasion d'essayer antérieurement la vertu offensive vis-à-vis de l'affection à traiter.

Lieu d'injection. — L'injection est sous-cutanée ; on la pratique, dès le prélèvement, dans la région scapulaire, sans aucune technique particulière.

EFFETS DE L'INJECTION. — Ils semblent à peu près constants ; les malades réfractaires sont rares en effet.

L'incubation a une *durée moyenne de huit à neuf jours* ; elle peut cependant être beaucoup plus prolongée, jusqu'à vingt et vingt-deux jours dans quelques cas, sans que l'on puisse attribuer au germe l'origine de ces différences.

L'*invasion* est marquée de façon constante par un *accès fébrile* distinct des accès de type malarien qu'on observe ultérieurement ; son intensité est variable.

Les *accès de type palustre* surviennent ensuite, accompagnés de frissons et de sueurs ; ils sont *habituellement de type tierce*, mais peuvent même avec le

vivax avoir une autre apparence, ou changer d'aspect pendant le cours de l'évolution; dans certains cas on observe des accès quotidiens.

Leur intensité varie; il semble qu'elle ait un certain parallélisme avec la valeur curative qu'on peut en attendre; mais il ne semble pas qu'on ait jamais observé de paludisme malin, ni de poussée évolutive de la paralysie générale ni de la syphilis si l'on a bien jugé des contre-indications.

La *rate augmente toujours de volume*, d'autant plus que les accès sont plus violents; l'augmentation de volume du foie est moins constante et s'accompagne d'un léger subictère.

L'*état général* est en relation avec l'intensité de la réaction; on observe parfois quelques lipothymies et souvent un certain degré de confusion mentale avec délire onirique.

L'*examen de la fonction hépatique* montre un certain degré, purement fonctionnel, d'insuffisance hépato-rénale; présence dans les urines qui sont peu abondantes d'un peu d'albumine, de pigments et de sels biliaires, d'urobiline. L'élimination de la phénolsulfonephtaléine est diminuée (20 à 30 p. 100 au lieu de 55 p. 100); de même l'urée de l'urine diminue; il en est de même de l'urée sanguine; présence d'acétone dans l'urine. Il y a un peu de cholémie pigmentaire; la cholestérinémie paraît peu influencée.

On laisse en général *se succéder huit à douze accès* après lesquels on administre de la *quinine* : *1 gramme à 1g50 par jour, plusieurs jours de suite.*

Le paludisme expérimental paraît moins résistant que le paludisme spontané, et le traitement a paru suffire toujours à éteindre les accidents palustres. Au cas de récidive on peut ajouter une cure arsenicale au traitement quinique.

Résultats. — Il n'y a plus alors qu'à observer les effets sur la paralysie générale ou sur les autres accidents; l'amélioration, si elle doit se produire, se montre *en général peu de temps après la disparition des accès*. Dans quelques cas cependant elle a pu se faire attendre. Elle ne se développe en tout cas que lentement, mais la durée peut *s'en étendre sur plusieurs mois*; pour Lake, au bout même d'un an, la faculté d'amélioration peut n'être pas épuisée.

L'*état mental*, parfois inchangé, est habituellement amélioré : disparition du délire; la suggestibilité excessive, les troubles de la mémoire s'atténuent, de même que la désorientation. Dans certains cas on a observé dans ce domaine des résultats magnifiques : des malades longtemps internés ont pu être libérés, reprendre la vie normale, même dans des cas où l'activité normale demande une grande capacité d'effort intellectuel et de sens critique.

Néanmoins il subsiste habituellement un certain degré de faiblesse intellectuelle avec moindre résistance à la fatigue et tendance exagérée à l'optimisme. On ne peut actuellement fixer de durée à cette amélioration; il est prudent de ne parler que de rémission dont la valeur médico-légale est encore à l'étude, plutôt que de guérison vraie.

Les *signes physiques* semblent moins profondément influencés; le poids augmente, la dysarthrie, le tremblement diminuent, les règles reparaissent, le poids augmente.

Chez les tabétiques, après une exagération au moment des accès palustres, les douleurs lancinantes s'atténuent; les crises gastriques paraissent très diminuées et peuvent être remplacées par des troubles dyspeptiques banaux; les crises laryngées cessent (leur réapparition a même pu céder à une nouvelle inoculation). L'ataxie diminue, surtout dans les formes légères, les troubles de la contraction et du tonus musculaire, les troubles sphinctériens sont très atténués; les troubles de la sensibilité objective, superficielle ou profonde et les troubles des réflexes sont au contraire peu modifiés; les signes pupillaires demeurent en général inchangés, de même que les lésions rétiniennes.

Les *signes humoraux* sont en général peu modifiés et on n'y peut chercher aucun élément d'appréciation pour la valeur de la médication, quel qu'ait été l'état antérieur et quelle que soit la modification.

Après une accentuation passagère du syndrome d'ailleurs inconstante, on peut voir une diminution de la lymphocytose et de l'albuminose rachidienne; les polynucléaires, s'il y en avait, disparaissent en général.

Le Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien redevient souvent partiellement positif; les réactions colloïdales sont peu modifiées.

Le Bordet-Wassermann du sang subit toutes les modifications possibles et l'on n'y peut chercher aucun indice.

On ne saurait, faute d'un nombre de cas suffisant, tenir pour absolues les statistiques jusqu'ici publiées; elles nécessiteraient des commentaires pour lesquels la place nous est mesurée. Il ne s'agit encore que de présomptions et d'impressions dont il est juste cependant de reconnaître qu'elles sont assez concordantes, quels que soient les auteurs.

Pour la paralysie générale, les chiffres de Claude et Targowla, aussi bien que ceux de O'Leary et Gœckerman, évaluent les améliorations durables entre 20 et 25 p. 100 — comprenant les malades assez améliorés mentalement pour recevoir leur exeat, mais toute discrimination devant être faite quant aux nécessités intellectuelles que comporte leur genre de vie —; il y aurait 37 p. 100 environ d'améliorations partielles. O'Leary et Gœckerman ont eu 2 morts sur 24 malades, dont 1 de paludisme. Claude et Targowla ont observé plusieurs cas de mort en pleine rémission. Les statistiques de Bunker et Kirby, celles de Goodman sont moins favorables.

Chez les tabétiques, Hoff et Kauders donnent 36 p. 100 d'améliorations persistantes dans les formes ataxiques, 52 p. 100 d'améliorations partielles, chiffres dont il faut tempérer l'optimisme en y joignant 12 p. 100 d'aggravations.

Complications. — Elles peuvent se produire alors même que toutes les précautions préalables ont été prises. Exceptionnellement rupture de la rate, *éclosion de fièvre hématurique.*

On a observé également des cas d'*idiosyncrasie à la quinine* avec hémorragies de la peau et des muqueuses parfois profuses qui devront faire remplacer la quinine par un de ses dérivés (plasmochine); *des cas de récidive du paludisme* dus en général à un traitement quinique insuffisant.

Il est indispensable de ne pratiquer de malariathérapie que dans des conditions hospitalières qui permettent de parer aux risques de contagion paludéenne.

Nous devons enfin mentionner les essais faits par quelques auteurs d'un traitement de la paralysie générale par inoculation d'une fièvre récurrente expérimentale (Sp. venezuelense). Il s'agit d'une technique plus délicate où les passages peuvent exalter la virulence d'un germe déjà plus dangereux et où l'affection provoquée est plus grave et plus difficile à enrayer. Les quelques cas traités selon ce procédé par Claude et Targowla ne leur ont pas semblé plaider en faveur de la vulgarisation de ce traitement.

La malariathérapie semble, à l'heure actuelle, assez efficace contre un mal jusqu'ici incurable pour que des études plus approfondies soient susceptibles d'affermir les espoirs qu'a fait naître la période des essais. Il convient néanmoins, en présence d'une affection dont on connaît bien la marche capricieuse et les rémissions spontanées, de se garder de conclusions prématurées et jusqu'à plus ample informé, de ne pas confondre ce qu'on souhaiterait une guérison avec ce qui n'est encore qu'une rémission durable.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE 1927)

Diffusion atmosphérique des fumées de Paris. — M. KOHN-ABREST. Des expériences faites sur la Tour Eiffel démontrent que l'air de Paris, dans les jardins du Champ de Mars, peut être qualifié de très pur; que, contrairement à ce que l'on pourrait croire, cet air n'est pas plus chargé de fumées au voisinage du sol que dans les parties élevées. Au contraire, il semble que la viciation générale de l'atmosphère augmente avec le niveau, soit par apparition dans les couches supérieures de petites quantités d'oxyde de carbone, soit par l'augmentation très nette de l'acide carbonique (à 288 mètres). C'est à peu près vers 300 mètres que se trouve « la voûte de fumée » qui recouvre Paris. La conclusion de cette expérience est qu'il faut multiplier les espaces libres et les squares et éviter la construction des gratte-ciels au sommet desquels d'ailleurs l'air n'aurait pas plus de garantie de pureté qu'au voisinage du sol.

Origine parasitaire du cancer. — M. Jules AMAR apporte un ensemble de faits en faveur de la théorie parasitaire du cancer.

Action du chlore libre sur les microbes. — MM. F. DIÉNERT et P. ETRILLARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1927)

M. LE PRÉSIDENT annonce le décès de MM. Kirmisson et Prenant, membres titulaires de l'Académie de médecine; Herrgott (de Nancy), associé national; Blanquinque (de Laon), correspondant national.

Épidémies d'exanthème infectieux de nature indéterminée observées sur le littoral méditerranéen. — MM. BOINET et J. PIÉRI.

Action tonique sur le muscle gastrique de l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse. Son utilisation possible dans le traitement de l'atonie et de la dilatation de l'estomac. — M. René GAULTIER donne lecture d'un travail fait en collaboration avec le docteur Lapiccirella sur l'action du lobe postérieur de l'hypophyse sur la fibre lisse du muscle gastrique. Cette substance, introduite par injection sous-cutanée, produit une forte élévation du tonus gastrique contrôlée par le gastrotonomètre de l'auteur; élévation du tonus accompagnée d'une vive sensation de faim; elle détermine une accélération de l'évacuation de l'estomac, et sous le contrôle des rayons X on constate que la paroi gastrique se contracte avec plus de vivacité sur le repas baryté. Son mécanisme d'action semble se dérouler, d'après des examens complémentaires, dans le sens d'une excitation du nerf vague.

De ces recherches, les auteurs concluent à l'action élective de la rétropituitrine sur le tonus de la fibre musculaire de l'estomac et pensent qu'on pourra utiliser avec avantage cette substance dans le traitement des atonies gastriques et de la dilatation d'estomac.

Note sur la vaccination antidiphtérique à l'hôpital Hérold. — M. LESAGE communique les résultats de recherches poursuivies depuis vingt ans, à l'hôpital Hérold, sur la vaccination antidiphtérique.

Du jour où il a pratiqué la vaccination à tous les enfants entrant dans son pavillon, on vit diminuer d'une façon notable le nombre des enfants entrant à l'hôpital pour diphtérie.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude du tricrésol sulfonate de calcium et de son emploi en thérapeutique (1), par M. le docteur A.-P. DUGUYOT.

M. Duguyot, dans sa thèse, étudie l'action thérapeutique du tricrésol sulfonate de calcium, corps obtenu à partir des crésols, préparé dans les usines des Laboratoires Clin et mis par eux à la disposition de l'auteur.

Parmi les corps qui entrent dans la composition de la créosote, la plus grande importance était attribuée jusqu'à présent au gaïacol.

Mais des travaux récents ont montré que les propriétés balsamiques et antiseptiques de la créosote sont liées en réalité à la présence de monophénols représentés par trois formes isomères du crésol, ou tricrésol, qui entrent jusqu'à 34 p. 100 dans la composition de la créosote.

M. Duguyot établit que les crésols peuvent être facilement utilisés en thérapeutique, sous la forme du tricrésol sulfonate de calcium. Les expériences faites sur l'animal montrent que les propriétés physiologiques de ce corps sont voisines de celles de la créosote. Sa toxicité est réduite. Aucun trouble, aucune action sur la nutrition, sur la pression artérielle ou sur la respiration, ne se manifestent au-dessous de la dose toxique

(1) *Thèse de Paris*, 1926.

qui peut être fixée à 0g50 par kilo en injections intraveineuses.

Le tricrésol, comme la créosote, s'élimine par les poumons et par les reins.

Absorbé sous forme de tricrésol sulfonate de calcium, le tricrésol est parfaitement supporté par le tube digestif, même chez des malade qui présentent une certaine susceptibilité à cet égard. Progressivement libéré par la dissociation du tricrésol sulfonate de calcium, le tricrésol exerce d'une façon prolongée son action thérapeutique.

Cette action consiste principalement dans la sédation rapide de la toux.

Administré à des malades dont la toux était le fait d'affections variées (bronchites aiguës ou chroniques, congestions pulmonaires, tuberculose ou simples rhumes), il les a dans tous les cas rapidement et indiscutablement soulagés.

En même temps, l'expectoration est facilitée, fluidifiée, et souvent rapidement tarie.

Un certain nombre d'observations conduisent l'auteur aux conclusions suivantes :

1° Le tricrésol sulfonate de calcium est dérivé d'un des produits actifs de la créosote.

2° Il ne présente ni goût, ni odeur déplaisante, ce qui rend son administratiou très facile.

3° Il ne provoque jamais d'intolérance, ni gastrique, ni gastro-intestinale.

4° Ce corps a une action très nette sur la toux et sur l'expectoration.

La toux diminue rapidement de fréquence et d'intensité ; l'expectoration est rendue plus facile, puis est rapidement tarie.

5° Il est très soluble dans l'eau et peut facilement être présenté sous forme de sirop.

6° Ce sirop titrant 0g30 par 15 centimètres cubes (sirop de Sirtal) sera donné à la dose de six cuillerées à bouche par jour.

Contribution à l'étude des sels de bismuth radioactif. Recherches pharmacodynamiques sur le bismuth radifère (1), par Jean Bressolles.

L'auteur étudie, dans ce travail, les propriétés pharmacologiques des sels de bismuth radifère obtenus par précipitation en milieux radioactivés par des sels de radium, de mésothorium et de thorium X.

Par des mesures répétées et suivies de l'activité α, il met en évidence la radioactivité du produit obtenu et démontre que cette activité n'est pas seulement entraînée mais qu'elle paraît bien être due à la formation d'un ion complexe : bismuth-élément radioactif (isotope).

Étendant ses expériences aux réactions biologiques, il obtient des précipités protéo-bismuthiques dont il mesure, d'une part, l'activité α comme ci-dessus, et, d'autre part, le pouvoir catalytique de décomposition de l'eau oxygénée. Il montre que cette action catalytique varie selon la nature et la concentration de l'élément radioactif dans le liquide au sein duquel se produit la précipitation. Il est probable que les propriétés thérapeutiques doivent varier dans le même sens, d'où la possibilité de préparer des sels de bismuth radifère dans lesquels la radio-activité vient exalter en quelque sorte les propriétés curatives du bismuth, notamment dans le traitement bismuthique de la syphilis.

Nous attirons l'attention sur le chapitre III, qui vient combler une lacune. L'auteur a tenu à grouper et à décrire en détail les divers appareils et les différentes méthodes de mesures (électroscope à feuille d'or, électromètre à fil et à chambre de compensation) selon que l'on utilise les rayonnements α ou γ et qu'on opère sur des substances solides, liquides ou gazeuses. Les médecins auront grand intérêt à se familiariser avec cette technique.

En résumé, ce travail est un ouvrage d'avant-garde, qui ouvre la voie à toute une série de recherches analogues sur la pharmacodynamie et à la thérapeutique des sels radifères.

Les résultats étudiés ici font comprendre le pourquoi de la supériorité du bismuth radifère en syphiligraphie, bien mise en évidence par la clinique au cours de ces dernières années.

L. G.

(1) *Thèse de doctorat en pharmacie*, Strasbourg, 1927. — Paris, Maloine.

Recherches expérimentales et cliniques sur la médication iodée en phtisiothérapie étudiée plus particulièrement sous sa forme injectable (1), par Mme Germaine Donon-Brico.

L'étude de la médication iodée dans la tuberculose pulmonaire aboutit à cette formule : l'iode doit être administré de préférence sous une forme injectable radioactive, et seulement dans les lésions limitées et à évolution lente.

Mme Germaine Donon-Brico vient de faire, dans sa thèse inaugurale, une étude expérimentale des effets de l'iode organique injectable radioactif, envisagés spécialement dans les adénites bacillaires.

Sur des cobayes injectés avec une solution, diversement concentrée, de crachats tuberculeux, présentant des réactions ganglionnaires intenses, l'injection de 1/2 centimètre cube tous les deux jours d'iode organique radioactif, a déterminé une réaction de défense caractéristique avec apparition de nombreux normoblastes.

On a constaté, en outre, l'existence de larges bandes de sclérose, tissu témoin de guérison.

L'injection de 1 centimètre cube d'iode organique radioactif, dans le péritoine du cobaye, a déterminé une puissante leucocytose de défense, avec intense mononucléose. Les injections ont été faites à raison de 1/2 centimètre cube (contenant par centimètre cube 2cg6 d'iode radioactif).

Dans la tuberculose pulmonaire de l'homme, l'auteur injecte une ampoule (soit 1 centimètre cube) tous les jours, par séries de trente jours.

L'étude expérimentale et clinique faite par Mme Donon-Brico conclut à la supériorité de l'iode injectable radioactif, ce qui semble d'ailleurs résulter également des remarquables travaux sur la thérapeutique iodée de la tuberculose pulmonaire, publiés par Nigoul-Foussal, Maëstracci, Nigoul-Foussal et Marissal, etc.

L. G.

CONGRÈS

Centenaire de Villemin. — Programme des cérémonies. — *Samedi 15 octobre 1927.* — 15 h. : Réception des délégués et adhérents au Val-de-Grâce.

17 h. : Réception à l'Hôtel de Ville.

21 h. : Cérémonie au grand amphithéâtre de la Sorbonne, en présence de M. Gaston Doumergue, président de la République, et sous la présidence de M. Paul Painlevé, ministre de la Guerre, membre de l'Institut. — « Villemin : Son œuvre expérimentale et son influence sur l'évolution de la phtisiologie moderne », par M. le professeur Calmette. — « La vie et le caractère de Villemin », par M. le médecin inspecteur Savornin, directeur du Service de santé de l'armée au ministère de la Guerre. — Adresses de MM. les délégués officiels des gouvernements étrangers. — Allocution du ministre. — Grand festival artistique.

Dimanche 16 octobre. — « La Journée de la tuberculose », séances au Val-de-Grâce, à 9 h. et à 15 h.

(1) *Th. de Paris*, 1927.

Lundi 17 octobre. — 15 h. : Séance solennelle au Val-de-Grâce, sous la présidence de M. Paul Painlevé, membre de l'Institut, ministre de la Guerre. — « Villemin à Strasbourg et au Val-de-Grâce », par M. le médecin inspecteur Dopter. — « L'œuvre scientifique de Villemin et ses conséquences pratiques », par M. le professeur Léon Bernard. — Allocution du ministre. — Visite au buste de Villemin. — Visite du musée du Val-de-Grâce et de l'exposition des souvenirs de Villemin.

Mardi 18 octobre. — 10 h. : Inauguration de la plaque commémorative offerte par la Société des élèves et anciens élèves du Val-de-Grâce et apposée sur la façade de l'immeuble portant le n° 31 de la rue de Bellechasse où Villemin a vécu jusqu'à sa mort.

15 h. : Séance solennelle à l'Académie de médecine, sous la présidence de M. Edouard Herriot, ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts. — « Villemin et la médecine de son temps », par M. le professeur Achard, secrétaire perpétuel de l'Académie. — « Villemin et la notion de contagion dans l'infection tuberculeuse », par M. le professeur Fernand Bezançon. — Allocution du ministre.

20 h. : Banquet à l'Hôtel du Palais d'Orsay, sous la présidence de M. André Fallières, ministre de l'Hygiène. — Une plaquette artistique, en bronze, de Villemin, sera offerte à chaque souscripteur au banquet.

RÉUNIONS MÉDICALES FRANCO-BELGES. (LILLE, 23-25 OCTOBRE 1927). — Ces réunions ont été organisées par MM. les professeurs et agrégés de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, sous la présidence de M. le professeur Surmont. Elles s'ouvriront *le dimanche 23 octobre* dans la salle des fêtes de l'Université, par une conférence de M. le professeur André Lemierre (de Paris), qui parlera de l'azotémie.

Les conférences suivantes seront faites par M. le professeur agrégé Baudouin sur l'insuline en thérapeutique, et Dujarric de la Rivière, de l'Institut Pasteur, sur les découvertes récentes concernant les sérums et les vaccins.

Le lundi 24 octobre. — Conférences dans les hôpitaux et laboratoires de la Faculté. M. le professeur Surmont : « Les difficultés du diagnostic des affections du carrefour sous-hépatique ».

M. le professeur Carrière : « Les nouveaux procédés de diagnostic des affections intra-rachidiennes ».

M. le professeur Minet : « La vaccinothérapie des broncho-pneumonies de l'enfant ».

M. le professeur Lambret : « Intervention sur le carrefour sous-hépatique ».

M. le professeur Debeyre : « Démonstrations œsophagoscopiques ».

M. le professeur Georges Girard : « Présentation de malades et séance opératoire »

M. le professeur Potel : « Les troubles génito-urinaires dans les petites hypertensions postales ».

M. le professeur Combemale : « Visite au pavillon de cure antituberculeuse ».

Présentations de malades : MM. les professeurs Gaudier, Bue, Raviart. Démonstrations pratiques à la Faculté de médecine.

M. le médecin principal Lorentz : « Le fonctionnement du Service de santé dans la zone de l'avant en campagne ».

M. le docteur Peyron : « Les idées actuelles sur la nature du cancer ».

M. le professeur Mayer (de Bruxelles) : Progrès récents dans la thérapeutique du cancer.

Mardi 25 octobre. — Visite du sanatorium marin de Zuydcoote.

Interventions chirurgicales par M. le professeur Le Fort.

Des excursions compléteront le beau programme de ces réunions qui compteront comme période d'exercice à MM. les officiers de réserve.

Le banquet officiel aura lieu le dimanche 23 octobre.

Envoyer les adhésions au docteur Gernez 20, boulevard des Ecoles, à Lille. — Cotisation : 50 francs.

Pour renseignements, s'adresser au secrétaire général, M. le professeur J. Leclercq, 76, rue Jean-Bart, Lille.

A l'occasion des réunions, aura lieu l'assemblée constitutive de l'Association des anciens étudiants de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille (Etat).

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET CINQUANTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE (PARIS, Institut Pasteur, 25-28 octobre 1927) sous le haut patronage de M. Gaston Doumergue, président de la République.

Présidents d'honneur : M. le docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur; M. le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Un Congrès international d'hygiène, organisé par la Société de médecine publique à l'occasion de son cinquantenaire, s'ouvrira sous la présidence de M. André Fallières, ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, le 25 octobre 1927; il tiendra séances les mardi 25, mercredi 26, jeudi 27 et vendredi 28 octobre, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le professeur Léon Bernard, directeur de l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et du Comité d'hygiène de la Société des Nations.

Programme. — RAPPORTS. — *Mardi 25 octobre.* — A 9 h. : Ouverture du Congrès.

A 14 h. : Rapport. « Relations des assurances sociales et de la santé publique. » Rapporteurs : MM. les docteurs Kuhn (Copenhague); Holtzmann, inspecteur général d'hygiène en Alsace et Lorraine; Briau, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

A 17 h. : Projection d'un film « le vaccin B. C. G. (vaccin Calmette-Guérin) », film du Comité national de défense contre la tuberculose.

Mercredi 26 octobre. — A 9 h. 30 : Conférence de M. le professeur Madsen, président du Comité d'hygiène de la Société des Nations sur « l'organisation internationale de l'hygiène ».

A 11 h. : Conférence de M. le professeur George H. F. Nuttall, M.D., Ph.D., Sc.D., LL.D., F.R.S. Quick professor of biology, Cambridge, sur « Les relations de la parasitologie et de l'hygiène ».

A 14 h. : Rapport. « Facteurs de recrudescence de la variole dans le monde et moyens de les combattre. » Rapporteurs : M. le professeur Jitta, directeur de la Santé publique du Royaume des Pays-Bas (Contribution à l'histoire de la vaccination antivariolique jusque dans ces derniers temps); M. le professeur Ricardo Jorge, directeur général de la Santé publique du Portugal, et professeur à la Faculté de médecine de Lisbonne, et M. le docteur Camus, directeur de l'Institut supérieur de vaccine, membre de l'Académie de médecine.

M. le professeur Teissier prendra la parole à l'occasion de ce rapport.

A 17 h. : Projection d'un film « Les maladies vénériennes et l'armement antivénérien français » (film de la Commission générale de propagande de l'Office national d'hygiène sociale, réalisé à l'écran par M. J. Benoit-Lévy, sous la direction de M. le docteur R. Cavaillon, chef du Service central de prophylaxie des maladies vénériennes, et de M. Lucien Viborel, secrétaire général de la Commission de propagande de l'Office national d'hygiène sociale).

A 18 h. : Réception à la Faculté de médecine.

Jeudi 27 octobre. — A 10 h. 30 : Conférence de M. le docteur Ottolenghi, professeur d'hygiène et directeur de l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Bologne, sur « Quelques aspects de la question des vitamines, du point de vue de l'hygiène ».

A 14 h. : Sous la présidence de M. le médecin inspecteur Savornin, directeur du Service de santé de l'armée. Rapport. « L'hygiène des camps d'instruction. » Rapporteur : M. le médecin inspecteur Sacquépée, professeur à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce. — Réception à l'Elysée : M. le Président de la République fera l'honneur aux congressistes et à leur famille de les recevoir dans les salons de l'Elysée.

A 20 h. : Banquet, par souscription, sous la présidence de M. le ministre du Travail et de l'Hygiène. Prix : 50 fr., service compris; s'inscrire au secrétariat jusqu'au 25, à midi, dernier délai.

Vendredi 28 octobre. — A 14 h. : Visite de l'Exposition. — Réunion au tombeau de Pasteur et visite de l'Institut Pasteur. — Visite de l'hôpital Pasteur.

Samedi 29 octobre. — MM. les congressistes auront à choisir entre plusieurs visites concernant l'hygiène :

Le matin : Visite du Dispensaire Léon-Bourgeois et du Centre hospitalier d'assistance et de prophylaxie antituberculeuse de l'hôpital Laënnec. — Visite aux Halles centrales. Services sanitaires (exposition de pièces fraîches de viandes insalubres) et services frigorifiques. — Visite aux services sanitaires de la Préfecture de police. Musée du service. Visite dirigée par M. H. Martel, directeur des services vétérinaires sanitaires de la Préfecture de police, membre de l'Académie de médecine.

L'après-midi : Visite à l'Institut supérieur de la vaccine à l'Académie de médecine, sous la direction de M. Camus, directeur de l'Institut. — Visite d'une installation d'épuration des eaux d'égouts par le système des boues activées (usine de Colombes), sous la direction de M. Bezault qui fera une conférence pratique sur « L'épuration des eaux d'égouts en général, et en particulier le système des boues activées ». Départ en auto-car. — Visite au Centre d'hygiène maternelle et infantile de Montmorency, sous la direction de la Nouvelle Etoile des petits enfants de France. Départ en auto-car. — D'autres excursions pourront être organisées. Des facilités seront données aux congressistes qui désireraient visiter certains services d'hygiène en particulier.

EXPOSITION D'HYGIÈNE. — Pendant toute la durée du Congrès, une exposition d'hygiène sera ouverte aux congressistes. Cette exposition, organisée sous le patronage de la Société de médecine publique par le Comité français des Expositions (ministère du Commerce), sous la présidence de M. J. Faure, président de la Commission d'initiative du Comité français des Expositions, se tiendra à l'Institut Pasteur, dans la salle des Pas-Perdus qui précède le grand amphithéâtre; strictement technique, elle groupera des instruments de laboratoire, des maquettes, plans, dessins se rapportant aux applications pratiques de l'hygiène.

On nous prie d'annoncer :

Le Syndicat des médecins hygiénistes français se réunira au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur le lundi 24 octobre 1927, à 9 h. et à 15 h. (réunion privée).

Pour tous les renseignements concernant le Congrès, les visites et les excursions, prière de vouloir bien s'adresser au secrétariat du Congrès qui fonctionnera au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur à partir du lundi 24 octobre 1927, à 14 h.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LE DOCTEUR HARBURGER CITÉ A L'ORDRE DE LA NATION. — Le *Journal officiel* publie la citation suivante :

« Le gouvernement de la République porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. le docteur Harburger (Michel-Adrien), chef de clinique à l'hôpital Lariboisière.

Victime du devoir, M. le docteur Harburger vient de succomber des suites d'une piqûre anatomique survenue au cours d'une opération dans l'exercice de son enseignement. »

HÔPITAUX DE PARIS. — Un certain nombre de places d'assistants suppléants de consultations de médecine ou de chirurgie générales dans les hôpitaux dépendant de l'administration seront vacantes au 1er janvier 1928.

Les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris qui désirent être désignés pour exercer ces fonctions sont priés d'adresser leurs candidatures, avant le 10 décembre 1927 au plus tard, au bureau du Service de santé de l'administration, 3, avenue Victoria.

AGRÉGATION DE MÉDECINE (1re épreuve). — Une session pour la première épreuve de l'examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé près les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie s'ouvrira en décembre 1927.

Les candidats se feront inscrire au secrétariat de leur académie. Le registre des inscriptions sera clos deux mois avant la date des compositions.

Les dates des compositions sont fixées ainsi qu'il suit :

Section :

Anatomie, histologie, histoire naturelle médicale et parasitologie, bactériologie, anatomie pathologique. — Première composition le 11 décembre 1927 ; deuxième composition le 12 décembre 1927.

Physiologie, chimie, physique, médecine, chirurgie, obstétrique, histoire naturelle pharmaceutique, pharmacie. — Première composition le 19 janvier 1928 ; deuxième composition le 20 janvier 1928.

Les compositions ont lieu dans chaque faculté. Chaque composition sera faite dans une séance particulière d'une durée de trois heures, de 8 à 11 h.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le *Journal officiel* du 6 octobre publie un décret relatif aux traitements des médecins chefs des asiles de la Seine qui sont fixés, suivant la classe, de 28.000 à 36.000 fr. Le traitement des directeurs des mêmes asiles est fixé aux mêmes chiffres.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or est décernée, à titre exceptionnel, à M. Harburger, chef de clinique à l'hôpital Lariboisière, décédé victime de son dévouement.

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 9 octobre publie un arrêté instituant une Commission supérieure d'hygiène et d'assistance médicale nationales en vue de la préparation de la défense nationale.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. — La XXXIIe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Anvers, du 23 au 28 juillet 1928.

Présidents : MM. les professeurs Henri Claude et Aug. Ley (de Bruxelles) ; vice-président : M. le docteur Lalanne, chargé de cours à la Faculté de Nancy, médecin chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ; secrétaire général : M. le docteur Fr. Meeus, médecin chef de l'asile de Mortsel.

Les questions suivantes ont été choisies par l'assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIIe session.

Psychiatrie. — « La catatonie. » Rapporteur : M. le professeur Paul Divry (de Liége).

Neurologie. — « Les algies du membre supérieur. » Rapporteur : M. le professeur H. Roger (de Marseille).

Thérapeutique. — « La thérapeutique de la paralysie générale. » Rapporteurs : MM. les docteurs B. Dujardin, agrégé de l'Université de Bruxelles, et René Targowla, ancien chef

de Clinique de la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital psychiatrique Henri Rousselle.

N. B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au docteur Fr. Meeus, secrétaire général de la XXXIIe session, 21, Nerviersstraat, Anvers. L'inscription et la cotisation jointe peuvent être adressées à M. le Directeur de l'agence de la Société générale, 44, avenue de Neuilly, à Neuilly-sur-Seine (Seine), compte du docteur Meeus, avec indication très précise de l'adresse à laquelle les rapports et comptes rendus de la session devront être envoyés.

Le prix de la cotisation est de 50 fr. français pour les membres adhérents et de 30 fr. français pour les membres associés. Les membres adhérents inscrits avant le 15 juin 1928 recevront les rapports dès leur publication.

DEUXIÈMES JOURNÉES MÉDICALES ET VÉTÉRINAIRES MAROCAINES, organisées par la Société de médecine et d'hygiène du Maroc, le *Maroc médical* et les Groupements professionnels médicaux et vétérinaires marocains, sous le haut patronage de M. Steeg, résident général de la République française au Maroc (CASABLANCA-RABAT, 3-8 avril 1928, semaine de Pâques). — Comité d'organisation : président, docteur Speder; vice-présidents, vétérinaire principal Monod, docteur Pérard; secrétaire général, docteur Lépinay; secrétaire-adjoint-trésorier, docteur-vétérinaire Balozet.

Programme scientifique provisoire. — RAPPORTS : « Sur les auto et héréto greffes chez l'homme et chez les animaux et en particulier sur les greffes glandulaires ». Rapporteurs : M. le professeur Leriche (de Strasbourg); M. le docteur Dartigues (de Paris); MM. le vétérinaire principal Monod et les docteurs-vétérinaires Velu et Balozet, du Service de l'élevage du Maroc.

CONFÉRENCES. — 1° « La vaccination antituberculeuse par le B. C. G. », par M. le professeur Calmette.

2° « Les anatoxines », par M. Ramon.

3° « La chirurgie duodénale et vésiculaire », par M. le professeur Lardennois.

4° « Les mésoencéphalites et leurs séquelles », par M. le professeur Cruchet (de Bordeaux).

5° « Des affections à virus filtrables et de leur thérapeutique par les sérums de sujets guéris », par M. le professeur Vallée (d'Alfort).

6° « Diagnostic et traitement des splénomégalies tropicales », par M. le professeur Constantini (d'Alger).

7° « Etiologie des splénomégalies tropicales, présentation de coupes et de pièces », par M. Nanta (d'Alger).

8° « Les gastro-entérites de l'enfance ».

9° « Hygiène générale d'une grande ville moderne », par M. le docteur Jules Renault.

Programme des fêtes et excursions. — Des fêtes, banquets, réceptions officielles et indigènes auront lieu pendant les « Journées médicales et vétérinaires ».

Un circuit touristique (visite du Maroc et de l'Algérie) sera organisé spécialement et à un prix réduit par la Compagnie générale transatlantique et la Société des voyages et hôtels nord-africains.

Une excursion à prix forfaitaire réduit, avec visite de Mazagan, Safi, Mogador et l'Atlas, grande chasse à cor et à cri avec sloughis et rabatteurs, diffa sous la tente, et fêtes arabes (organisées par M. le docteur Bouveret, de Mogador) aura lieu les samedi, dimanche et lundi de Pâques.

Des réductions seront accordées aux adhérents aux « Journées médicales et vétérinaires marocaines » par : les Compagnies de chemins de fer français, marocains et nord-africains; les Compagnies de navigation desservant le Maroc, l'Algérie. (Compagnie générale transatlantique, Compagnie Paquet, Compagnie Touache); Compagnie générale transatlantique, Compagnie Paquet, Compagnie Touache; les lignes aériennes Latécoère; la Compagnie générale de transports et de tourisme au Maroc; les principaux hôtels du Maroc, etc., etc.

COTISATIONS. — Membres adhérents et associés étrangers au Maroc : 50 fr.; membres adhérents et associés résidant au Maroc : 25 fr.

Pour tous renseignements concernant les « Journées médicales et vétérinaires marocaines, s'adresser au secrétariat général des Journées médicales et vétérinaires marocaines, docteur Lepinay, rue de Marseille, Casablanca.

EXPOSITION MÉDICALE ET VÉTÉRINAIRE. — Une exposition aura lieu pendant toute la durée des « Journées médicales et vétérinaires ».

LES ALLEMANDS NE PARTICIPERONT PAS AU PROCHAIN CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE DE VARSOVIE. — On se souvient qu'à la suite du fameux manifeste des savants allemands en 1914, la Société internationale de chirurgie, dont le siège est à Bruxelles, avait pris la décision au Congrès de Paris, en 1920, de rayer les chirurgiens allemands qui avaient signé ce manifeste.

Au dernier Congrès de Rome en 1926, l'Association décida que les chirurgiens des Empires centraux seraient réintégrés dès l'admission de l'Allemagne à la Société des Nations. Cette condition étant remplie, le bureau de Bruxelles adressa une invitation aux chirurgiens allemands. Ceux-ci ont répondu par un refus très net, exigeant « la rétractation, sans aucune réserve de la résolution injustifiée et blessante dans sa forme et sa teneur prise par le Congrès de Paris le 22 juillet 1920 ». Il ne reste plus aux membres de la Société internationale qu'à contresigner le fameux manifeste de 1914! Nous doutons que les chirurgiens des pays alliés, associés ou amis poussent à ce point l'esprit de Locarno.....

INSTITUT DU RADIUM (Fondation Curie). — ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE. — Le docteur A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera, le lundi 17 octobre, à 9 h. du matin, au Dispensaire de la Fondation Curie, 26, rue d'Ulm (Ve), et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences sur les *Premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.*

Ces conférences, librement ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, seront complétées par des exercices pratiques dans le laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de MM. les docteurs Solomon, Aimé, Paul Gibert, Proust et Blondeau; le droit d'inscription pour ces exercices, est de 250 fr. et sera acquitté entre les mains du docteur Salomon, chef du laboratoire.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

POUR HÔPITAL (blessés) d'une mine algérienne, on dem. infirmier-major marié dont la femme pourrait être employée ou non au choix du candidat. — Ecrire au Journal.

XXXVIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 3-8 octobre 1927.

PREMIÈRE QUESTION

LES PÉRICOLITES CHRONIQUES

Par G. Lardennois (de Paris).

Le terme de péricolite n'a pas pour tous les auteurs la même acception. Le rapporteur entend l'appliquer aux modifications pathologiques *acquises*, apportées au péritoine entourant les côlons, du fait d'un traumatisme, d'une infection ou d'une irritation mécanique ou toxique.

Les adhérences et les rétractions des mésos qui sont le résultat des péricolites, créent une gêne du transit intestinal et réclament une thérapeutique chirurgicale.

L'origine de ces adhérences, leur morphologie, les troubles qu'elles provoquent, leur diagnostic et leur traitement, tels sont les divers points qui feront l'objet de ce travail.

Genèse de la péricolite adhésive. — Le traumatisme. — La péricolite traumatique peut être consécutive à une plaie du côlon, mais le plus souvent elle succède à une blessure de la paroi ou d'un organe abdominal quelconque.

Laissant de côté les traumatismes accidentels qui sont rares et les traumatismes par blessures de guerre qui ont une physionomie spéciale, le rapporteur considère surtout les cas de traumatismes opératoires qui sont d'observation quotidienne.

Quand l'intervention a été conduite en foyer infecté, en pleine période inflammatoire, la périviscérite adhésive est d'explication aisée. Mais il en est tout autrement quand elle succède à des interventions « à froid » rapidement et facilement réalisées.

Une faute d'asepsie, une négligence technique seraient une explication souvent inacceptable. Adhérences post-opératoires ne signifie pas nécessairement infection ou malfaçon chirurgicale.

Certes, il se produit toujours après une intervention de quelque importance une exsudation fibrineuse adhésive; mais si le traumatisme opératoire a été aseptique, limité et atténué par la douceur manuelle d'un chirurgien averti, la réaction s'apaise au bout d'une quinzaine de jours et les adhérences fondent peu à peu.

Plus on étudie la question des périviscérites opératoires, plus on a l'expérience de la chirurgie des adhérences, plus on incline à penser que l'explication en doit être cherchée dans l'état « du terrain ».

A ce point de vue, il est possible que la tuberculose latente et la syphilis surtout dans sa forme héréditaire soient des facteurs importants de périviscérite.

Mais le rôle principal revient sans doute aux résorptions toxiques qui accompagnent la stase.

Infections aiguës. — Toute infection péritonéale aiguë peut engendrer une péricolite chronique. C'est là ce qu'on observe notamment après le typhus, la typhoïde, l'appendicite, la cholécystite, la salpingite, la perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal.

Il faut reconnaître que d'ordinaire après quelques semaines de refroidissement, les agglutinations viscérales disparaissent. Cependant, si le processus inflammatoire a été violent et prolongé, s'il a entraîné la destruction de la séreuse, surtout si le drainage a été maintenu longtemps, la périviscérite est définitive.

Association de la Presse médicale française.

Infections atténuées. Irritations chroniques. — Il est impossible d'étudier séparément l'action de ces deux facteurs étiologiques; les lésions sont identiques et presque toujours associées.

Ce sont surtout des hypertrophies scléro, lipomateuses des franges épiploïques, et des brides. Il existe parfois des accolements de surfaces péritonéales, mais toujours dans ce dernier cas il est possible de retrouver des plans de clivage utiles, et la libération est relativement aisée.

Les épiploïtes qui subsistent après l'ablation de l'organe malade contribuent à la formation des périviscérites qui elles-mêmes entretiennent par irritation continuelle de la colite et de la stase. Le cercle vicieux se ferme : la stase engendre à son tour de nouvelles adhérences qui l'aggraveront.

Origine de certains replis péritonéaux dont l'aspect évoque celui des adhérences de la péricolite chronique. — Chez certains ptosiques on note des irrégularités péritonéales qui ressemblent à certaines dispositions créées par les péricolites chroniques.

Ces malformations en relation directe notamment avec la ptose rénale et la ptose intestinale, entraînent les mêmes troubles mécaniques que les péricolites.

Les brides de Lane au niveau des angles de réflexion de l'intestin, la membrane de Jakson au niveau de la région cæcale rappellent également les formations adhésives de la péricolite chronique.

Pour la plupart des auteurs ce sont là des formations congénitales dérivant de certaines anomalies dans la fixation ou l'accolement des mésos.

Ceci n'empêche pas ces formations de se doubler parfois de péricolites vraies inflammatoires dont elles sont responsables pour avoir entravé le transit intestinal et créé une stase plus ou moins marquée.

Anatomie pathologique. — Les déformations créées par la péricolite se distinguent en :

Sclérose péricolique,
Altérations des franges graisseuses,
Brides,
Adhérences proprement dites,
Plissements séreux, membraniformes.

Parmi les adhérences les unes sont *fibro-cicatricielles*, soudant le côlon à la paroi, à l'épiploon ou à quelque organe voisin.

Au cours de leur traitement, le chirurgien cherche en vain un plan de clivage utilisable. Il est nécessaire de les sectionner; ainsi se trouve créée une surface dépéritonisée. Ces adhérences succèdent en général à une destruction profonde de la séreuse par un traumatisme opératoire ou une infection aiguë.

Mais d'autres adhérences, du reste plus fréquentes et plus étendues que les précédentes sont des adhérences par accolement. On trouve dans leur épaisseur un fascia de coalescence qui se prête à une libération facile, pour peu que l'on découvre un plan avasculaire entre les surfaces d'accolement. Celles-ci garderont un aspect séreux; elles resteront nettes et sans éraflures, condition indispensable pour éviter la récidive rapide du processus adhésif.

Le rapporteur attire surtout l'attention sur ce qu'il appelle les *plissements séreux membraniformes*. Ceux-ci constituent nombre de dispositions pathologiques connues sous le nom de brides.

Il s'agit là de replis du péritoine pariétal qui tendent à recouvrir le côlon malade en se fixant à lui par de fins tractus conjonctifs avasculaires. Ces replis sont capables de venir, par efforts successifs, recouvrir plus ou moins complètement le cæcum et l'S iliaque. On en voit parfois qui atteignent la terminaison de l'iléon ou le duodénum.

Presque toujours ces replis séreux membraniformes en dépit de certains remaniements dus à la sclérose péricolique

et aux altérations des franges graisseuses restent décollables régulièrement quand on a su pénétrer dans le bon plan de clivage.

Les épaississements inflammatoires des mésos, avec lymphangites et adénopathies, leurs rétractions plus ou moins accusées déforment le cadre colique et gênent le transit intestinal. Des dilatations, des allongements coliques, segmentaires d'abord, puis plus étendus en sont la conséquence. Ils aggravent la stase qui par un cercle vicieux aggrave la péricolite.

L'épiploo-péricolite tend à s'accroître. Par voie lymphatique elle provoque des réactions inflammatoires à distance, dont la mésentérite et la périduodénite. Elle peut donner naissance à une périviscérite diffuse engluant toute la cavité abdominale.

Description topographique. — L'auteur passe en revue les aspects les plus caractéristiques de la péricolite chronique sur les divers segments coliques.

Au niveau du segment iléo-cæcal on peut rencontrer :

1° La bride sus-iléale de Lane qui siège à 5 centimètres au-dessus de la jonction du grêle et du cæcum et transforme l'iléon en un V renversé.

2° Une bride que l'auteur croit plus fréquente que la bride de Lane. Elle siège à 8 ou 10 centimètres de l'angle iléo-cæcal; elle est sous-iléale et maintient l'iléon en angle aigu ouvert en haut. L'intestin se montre sur son axe longitudinal et souvent tassé en accordéon. Il s'agit d'un plissement séreux étroit avançant plus ou moins sur le grêle.

3° Une bride pré-iléo-cæcale.

4° Des déviations de l'angle iléo-cæcal.

Au niveau du cæcum, peut se montrer la péricolite membraneuse de Jackson. On doit la considérer comme un plissement séreux normalement décollable. On a voulu voir son origine dans une expansion anormale de l'épiploon. On l'a prise aussi pour un ligament pariéto-colique congénitalement hypertrophié.

Mais il résulte d'observations nombreuses faites au cours de laparotomies itératives qu'il s'agit en réalité d'une formation pathologique acquise. Elle peut être comparée aux péricolites qui se développent autour du cæcum dans les hernies du gros intestin et autour des segments coliques chirurgicalement exclus.

L'inflexion de l'angle colique droit ou de l'angle gauche avec accolement en canon de fusil s'accompagne d'adhérences épiploïques et d'une plicature du méso dont la disposition commande les manœuvres de libération.

Enfin, la péricolite peut provoquer au niveau de l'S iliaque la méso-sigmoïdite rétractile avec dolichocôlon, mégacôlon et tendance au volvulus.

Symptomatologie. — La péricolite chronique peut se manifester précocement, mais elle peut aussi être bien tolérée pendant de nombreuses années. Elle vient se révéler par une symptomatologie extrêmement variable selon le degré de la gêne intestinale et l'importance des troubles associés.

Les réactions de l'intestin contre la stase et l'adhérence, les inflammations épiploïques et mésocoliques, les résorptions toxiques au niveau du segment digestif altéré, donnent la manifestation séméiologique de la péricolite chronique.

Mais il s'y joint de la stase duodénale avec trouble de l'excrétion biliaire, des réactions gastriques dont il faut suivre l'enchaînement et les complications possibles jusqu'à l'ulcère et la cholécystite lithiasique.

L'aérophagie, les spasmes digestifs en aval et en amont, l'amaigrissement, les ptoses, les troubles névralgiques et psychasthéniques, les altérations hépatiques et pancréatiques, les accidents urinaires viennent constituer un ensemble clinique des plus riches mais capable, du fait de la prédominance d'un symptôme, d'offrir de grandes difficultés d'interprétation.

La radiographie, le laboratoire et en particulier l'examen du sang donnent les indications utiles.

Parfois un épisode aigu, infectieux ou occlusif intervient brusquement.

Traitement. — La thérapeutique est préventive ou curative.

La thérapeutique préventive consiste en des précautions minutieuses de douceur et de méthodes techniques. Elle comporte l'ablation aussi précoce que possible de toute cause d'infection ou de stase.

A cet égard, il faut noter l'indication opératoire absolue dans le syndrome qu'on est convenu d'appeler « appendicite chronique » et qui est souvent en réalité un trouble fonctionnel iléo-cæcal. En plus de l'ablation du vermis, l'examen de l'épiploon, de la terminaison de l'iléon et du côlon est indispensable. Dans un tiers des cas on trouvera des adhérences de péricolite à supprimer.

Le traitement curatif comprend la libération méthodique des adhérences et la suppression des divers facteurs qui ont pu provoquer la péricolite adhésive.

Dans certains cas des interventions secondaires seront nécessaires :

La « péricololyse » doit être menée avec un soin minutieux et suivant les données anatomiques si l'on veut réduire au minimum les causes de récidive.

Pour les adhérences d'accolement, pour les plissements séreux membraniformes le décollement peut d'ordinaire s'exécuter de façon nette, précise, sans éraflure de la séreuse.

Après dissection des adhérences fibro-cicatricielles il faut péritoniser. Cette réfection du revêtement séreux sera parfois impossible. On y suppléera par des greffes épiploïques bien choisies et appliquées avec des précautions d'asepsie rigoureuses. Ces greffes dans ces conditions donnent souvent toute satisfaction.

Pour éviter la récidive des adhérences on évitera l'usage des nombreux produits proposés comme lubréfiants ou isolants. Par contre, on aura recours aux sérums isotoniques à 37 degrés.

C'est surtout en respectant ou en rétablissant l'intégrité du péritoine, et de plus en supprimant toute cause de péricolite ultérieure qu'on peut espérer obtenir une guérison durable.

Mais, dans certains cas, d'autres opérations peuvent s'imposer :

Opérations plastiques;
Anastomoses;
Colectomies limitées ou étendues.

La typhlopexie, la typhlorrapie, la colopexie en équerre de Duval et Grégoire ont leurs particulières indications.

A l'iléo sigmoïdostomie latéro-latérale inefficace, à l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion du gros intestin short-circuit de Lane, opération illogique, et parfois inquiétantes en ses suites éloignées, le rapporteur préfère la cæcosigmoïdostomie, soit latéro-latérale, soit dans certains cas en Y. Mais l'emploi de cette anastomose doit être judicieusement réservé à des conditions bien définies.

Les colectomies partielles peuvent se révéler indispensables en présence d'un segment colique déformé par la dilatation ou l'allongement et qui paraît définitivement voué à la stase par sa déchéance atonique.

L'auteur fait observer, à ce propos, que les possibilités de rééducation satisfaisante d'un gros intestin, même en distension ou en dolicholie marquée, sont surprenantes.

L'impossibilité d'une libération satisfaisante des adhérences et la certitude de leur récidive, la crainte d'occlusion, de volvulus constituent d'indiscutables indications.

Les portions qu'intéresse le plus souvent la résection, sont le côlon droit et le côlon pelvien.

L'auteur indique les bons résultats obtenus, généralement,

par la colectomie droite, pourvu que les parties coliques en aval soient librement ouvertes au transit.

Pour la colectomie totale, elle est d'un emploi beaucoup moins répandu que ne l'avaient espéré ses protagonistes, car elle comporte des inconvénients sérieux. Dans certains cas, on peut employer la colectomie méta-cæcale, qui conserve le cæcum dont le fond est anastomosé en termino-terminale avec le rectum.

Il faut également compter dans la thérapeutique chirurgicale complète des péricolites chroniques et de leurs conséquences avec la nécessité d'opérations d'extrême urgence, comme l'entérostomie ou la cæcostomie en cas d'occlusion. Par ailleurs, les lésions duodénales, vésiculaires, gastriques imposent parfois un traitement particulier.

Quand la péricolite s'est étendue pour devenir une périviscérite diffuse, le traitement peut devenir des plus malaisés et comporter plusieurs temps successifs. Dans quelques cas de symphyse totale, l'affection semble au-dessus des ressources opératoires.

Envisageant ces cas complexes, avec les récidives que prépare l'étendue même des lésions, décrivant l'état misérable où peut conduire une péricolite chronique mal soignée. Le rapporteur conclut en insistant sur la thérapeutique préventive : il est plus facile de prévenir une péricolite chronique que de la guérir lorsqu'elle s'est aggravée.

LES ÉPIPLOITES CHRONIQUES

Par M. Silhol (de Marseille).

Embryologie et anatomie de l'épiploon. — L'étude des épiploïtes suppose la connaissance de données anatomiques et embryologiques que le rapporteur énumère en détails.

Du point de vue de ses origines, l'épiploon apparaît comme une dépendance du grand méso antério-postérieur lequel contient entre ses feuillets l'estomac, le foie et la rate. Cette origine explique les relations étroites physiologiques et pathologiques qui l'uniront, la vie durant, à ces trois organes.

Il faut rappeler que l'épiploon est, dès la première heure, indépendant du côlon transverse. Cette indépendance persistera chez l'adulte. Ce n'est que, secondairement, qu'un accolement se dessinera entre les deux organes; encore ne sera-ce là qu'un rapport purement anatomique, sans conséquence physiologique manifeste, l'un et l'autre gardant indéfiniment une irrigation propre. L'expression d' « épiploon gastrocolique » est donc franchement regrettable physiologiquement parlant.

Chez l'embryon, les deux feuillets épiploïques présentent, de très bonne heure, un système vasculaire important. A trois mois, il n'y a pas encore de circulation lymphatique; celle-ci n'apparaît qu'à six mois. Les cellules adipeuses se développent encore plus tard après la formation çà et là des orifices fenestrés.

Chez l'adulte, on note l'adhérence au côlon transverse l'apparition des limites droite et gauche qui sont du reste variables avec les sujets, et la tendance des deux feuillets à s'accoler.

L'irrigation bien étudiée par Descomps est distincte pour les feuillets antérieur et postérieur.

Les artères antérieures descendent d'une arcade qui longe l'insertion à la grande courbure et qui résulte de la succession des deux gastro-épiploïques.

Les artères postérieures viennent d'une arcade voisine du bord gauche.

Les deux systèmes s'anastomosent au niveau des bords.

Même quand les feuillets épiploïques se sont complètement fusionnés, les deux groupes artériels ne communiquent jamais; ils sont seulement juxtaposés face à face et toujours isolables l'un de l'autre.

Les veines ont la même orientation que les artères, mais sont beaucoup plus nombreuses; le groupe antérieur se termine dans la mésentérique supérieure, le groupe postérieur dans la veine splénique.

Il existe également des capillaires.

Les lymphathiques forment autour des petits vaisseaux de véritables lacs qui, bientôt, se résument en des canaux dont les uns vont aboutir aux ganglions de la rate et du pancréas, les autres à ceux de la petite courbure.

Les nerfs sont formés de fibres de Remak et suivent les vaisseaux.

Histologiquement, l'épiploon est constitué par une substance transparente que sillonnent des fibres conjonctives collagènes et des fibres élastiques difficiles à découvrir. Il n'existe pas d'éléments musculaires. Ce stroma s'étire, s'amincit et finit par disparaître çà et là au niveau de grand espace de fenestration.

L'endothélium est formé d'une couche de cellules polyédriques aplaties d'une extrême fragilité.

Les éléments cellulaires sont représentés par des globules blancs, tantôt sous la forme de cellules fixes conjonctives, tantôt groupés en taches laiteuses.

Ce qu'il faut retenir, sous peine de ne pouvoir saisir ni la physiologie, ni la pathologie de l'épiploon, c'est d'abord l'indépendance absolue de l'irrigation de cet organe, c'est ensuite l'importance et l'orientation de son vaste système lymphatique.

Il s'en faut que l'histologie de l'épiploon soit celle d'un ganglion comme on l'a prétendu. Le grand développement de la vascularisation veineuse qui tranche sur la « mesquinerie » de l'irrigation artérielle est à noter. Tous les détails de structure sont en faveur d'une communication constante entre la cavité abdominale et les éléments intrinsèques de l'épiploon.

Vie et prérogatives de l'épiploon. — Ainsi constitué, l'épiploon a des facultés d'existence très originales.

Une partie de cet organe peut vivre séparée de sa masse principale.

Patel a observé une hernie inguinale épiploïque dans laquelle l'épiploon hernié était complètement séparé du reste de l'organe non adhérent.

Arnaud a constaté à l'extrémité d'un épiploon particulièrement fenestré une portion herniée tendent à s'isoler et n'ayant plus aucune connexion vasculaire avec la masse principale.

Expérimentalement, un épiploon entier, libéré de toute attache non seulement continue à vivre, mais encore conserve ses propriétés.

Cette faculté de vivre par ses propres moyens a été mise à profit par de nombreux opérateurs qui ont utilisé les greffes libres dans la chirurgie du péritoine pariétal, du mésentère, du diaphragme, pour la réfection des voies biliaires, l'obturation des ulcères perforés et des ulcères typhiques et dans la chirurgie des adhérences.

Une autre propriété non moins curieuse est la possibilité de s'accroître dans des proportions étonnantes. On a pu faire l'exérèse de masses épiploïques enflammées imposantes représentant quatre à cinq fois le poids d'un épiploon normal.

La régénération de l'organe est maintenant connue et acceptée de tous. En réopérant des sujets qui avaient subi de vastes résections épiploïques, tous les chirurgiens ont observé des régénérations complètes et rapides de l'organe supprimé.

Cette régénération existe en fait incontestablement, mais il semble qu'elle ne se produise pas dans tous les cas, seulement sans doute quand elle est nécessaire. Il ne faut pas oublier à ce sujet que, à côté du grand épiploon, existent des épiploons secondaires capables de suppléer le premier.

La richesse graisseuse est encore une caractéristique de cet organe. Cette adipose est souvent en rapport avec l'adipose générale de l'individu, mais pas toujours.

La sensibilité de l'épiploon ne fait aucun doute pour qui a ligaturé un pédicule épiploïque sous anesthésie locale. Bien des crises douloureuses abdominales localisées cliniquement

au côlon ou au grêle devraient être en réalité attribuées à l'épiploon.

Cet organe présente également une motilité indéniable et cependant difficilement explicable puisqu'il n'existe à son niveau aucune fibre musculaire. Il ne peut donc s'agir que d'une motilité d'emprunt, et le moteur de l'épiploon c'est le diaphragme qui répond par une accélération de ses mouvements à toute irritation péritonéale.

Enfin, une dernière propriété de l'épiploon est sa facilité d'adhérer. Après vingt-quatre heures il est déja solidement uni à une surface cruentée. Il semble pour que le phénomène se produise que la chute de l'endothélium péritonéal soit indispensable, mais celle-ci se produit sous l'action d'un traumatisme insignifiant en apparence : le simple passage d'une compresse sèche.

L'ensemble de ces propriétés porte à penser que l'épiploon « doit servir à quelque chose ».

Des chirurgiens, de plus en plus rares il est vrai, persistent à voir dans l'épiploon un organe bienveillant, tolérant, pouvant être impunément manipulé ou meurtri. Il serait plus juste et plus conforme aux données de la physiologie et de la clinique de se rappeler au contraire sa fragilité, sa susceptibilité, son rôle considérable dans la vie normale et pathologique.

Ce que l'épiploon est capable de faire. — Dans les états infectieux l'épiploon, véritable organe hématopoïétique, participe à la réaction à la façon de la rate, de l'intestin, de la moelle osseuse et des ganglions, mais cette participation est légère.

En dehors de tout état infectieux, l'épiploon est capable de ramasser, d'agglutiner, voire même d'enkyster des corps étrangers. C'est ce qui se produit si l'on fait pénétrer dans la cavité péritonéale d'un cobaye des grains de carmin en suspension dans du sérum tiède ou des particules de charbon.

L'introduction dans le péritoine d'un corps organique, tel un fragment de rein ou de rate, est suivie d'une résorption rapide de ce fragment.

Des bactéries charbonneuses sont également absorbées, sans grand dommage pour l'animal; mais si l'épiploon a été supprimé quelque temps avant l'injection des bactéries, l'animal succombe dans un délai variant de vingt heures à trois jours.

L'introduction de substances très virulentes entraîne la rétraction à distance de tout l'épiploon.

L'épiploon est aussi un organe sécréteur; il participe à la production de la sérosité péritonéale et semble lui communiquer sa propriété coagulante. C'est enfin un organe d'absorption à la fois pour les gaz et les épanchements.

Ce que l'épiploon fait probablement. — De ce qui précède on doit conclure que l'épiploon fait preuve d'une action des plus énergiques quand on crée un état péritonéal pathologique. Mais ce sont là des conditions expérimentales, accidentelles. Elles ont cependant le mérite de nous aider à comprendre le rôle de l'épiploon dans la pathologie abdominale courante.

Tout près de l'épiploon, un milieu existe normalement infecté et septique : le tube digestif.

Nos connaissances anatomiques et surtout embryologiques ne nous permettent pas d'admettre la moindre relation vasculaire entre le tube digestif et l'épiploon, et, pour expliquer la répercussion sur celui-ci des phénomènes infectieux du tube digestif, nous sommes obligés d'imaginer et de rechercher une voie intermédiaire.

Il semble que ce soit à la cavité péritonéale ou plus justement à l'espace péritonéal que soit réservé ce rôle.

Une objection est possible : la paroi intestinale empêche peut-être ce rapport de s'établir.

On connaît pourtant l'odeur fécaloïde de certains abcès para-intestinaux que n'accompagne aucune perforation.

On peut aussi rappeler une observation de Walther concernant un malade qui, ayant absorbé pendant trente ans du charbon de Belloc, présentait un épiploon bourré de particules noirâtres.

En présence de ces faits il faut bien reconnaître que la paroi intestinale peut être franchie, et l'on est tenté de souscrire à ce que Roger écrivait en 1898 : « Quand un microbe quitte le tube digestif, trois voies s'offrent à lui; s'il passe par les chylifères il est arrêté par les ganglions mésentériques; s'il passe dans les veines, la voie porte le conduit au foie; s'il traverse les parois, il sera détruit par les organes lymphoïdes dont les principaux occupent le grand épiploon. »

Dans quelles conditions l'épiploïte chronique peut-elle être réalisée. — Elle ne succède pas habituellement à une poussée d'épiploïte aiguë. Elle est pour ainsi dire chronique d'emblée.

On l'observera dans des circonstances étiologiques variables mais qui peuvent se résumer en trois groupes d'importance d'ailleurs inégales :

I. Épiploïtes inflammatoires digestives et gynécologiques.
II. Épiploïtes post-traumatiques ou post-opératoires.
III. Épiploïtes spécifiques : tuberculeuses ou syphilitiques.

ÉPIPLOÏTES INFLAMMATOIRES. — C'est de beaucoup la variété la plus importante. Les épiploïtes d'origine digestive sont dans la presque totalité des cas sous la dépendance des lésions du vermis. Sur les 1.453 observations d'appendicites chroniques consignées dans la thèse de Haller (statistique de Walther) on relève 372 épiploïtes.

Une constatation pratique de la plus haute importance a été faite par tous les opérateurs : l'association fréquente de l'appendicite, de la colite et de l'épiploïte.

Il est difficile de distinguer dans cette triade quel est l'organe le premier atteint. Certes, le syndrome abdominal droit, doit toujours être centré sur l'appendice. Ceci correspond sans doute à la réalité, mais il est possible aussi que la lésion initiale siège sur l'iléon ou sur une portion du côlon ascendant ou du cæcum.

Nous sommes surtout documentés sur les altérations appendiculaires et épiploïques, grâce aux examens histologiques que nous pratiquons systématiquement sur nos pièces opératoires.

Nous savons aussi que parfois l'appendice, sain d'apparence, se montre au microscope atteint de lésions graves. D'autres fois, seule la séreuse est malade, musculeuse et muqueuse restant intactes, comme si le processus inflammatoire s'était développé de dehors en dedans. Il est raisonnable de penser qu'il peut en être de même pour le côlon et l'iléon.

Au cours de l'ablation d'un appendice malade, l'épiploon présente souvent un aspect très sain; il peut paraître manifestement altéré longtemps après, lors d'une seconde intervention.

Ces faits nous engagent à considérer l'épiploïte comme la signature d'une infection péritonéale d'où qu'elle vienne.

La lésion intestinale responsable peut même être distante de la lésion épiploïque, et Walther a signalé depuis longtemps que l'épiploon n'adhère jamais à l'appendice malade.

Tout ceci vaut également pour les épiploïtes gynécologiques.

On connaît l'association fréquente des inflammations appendiculaires et salpingiennes droites : « le flirt appendiculaire de Segond ». Mais il est bien évident qu'on peut aussi rencontrer des épiploïtes génitales chez des femmes dont l'appendice est demeuré parfaitement sain.

ÉPIPLOÏTES TRAUMATIQUES. — Le groupe le plus intéressant est constitué par les formes post-opératoires.

Elles ont leur cause exceptionnelle dans une colite persistante, mais beaucoup plus souvent dans une lésion non reconnue à l'opération qui a subsisté à l'ablation de l'appendice et continué à évoluer pour son propre compte.

Mais ces cas si fréquents mis à part, elles peuvent succéder à une intervention abdominale quelconque, notamment quand on a lié à la soie de gros paquets épiploïques, et surtout quand la ligature a porté sur une portion déjà malade.

D'autres causes sont à signaler : le froissement de l'épiploon par des compresses sèches ou celui du péritoine pariétal, ou encore le pincement d'une frange entre deux points d'une ligne de suture.

Enfin, un petit groupe d'épiploïtes traumatiques relève des contusions abdominales. Il s'agit là sans doute d'épiploïtes aseptiques consécutives à des lésions irritatives non inflammatoires.

ÉPIPLOÏTES SPÉCIFIQUES. — On a signalé au niveau de l'épiploon des gommes syphilitiques et Letulle a observé une ulcération suivie de perforation.

Les notions récemment acquises sur la syphilis viscérale permettent d'admettre la possibilité de localisations épiploïques; mais il s'agirait sans doute de lésions fibreuses sur lesquelles le traitement pourrait être sans effet.

L'épiploon peut présenter également des granulations bacillaires; des abcès froids ont été signalés. Peut-être les formes obstinément récidivantes sont-elles imputables à la tuberculose? La preuve en est encore à faire.

Anatomie pathologique. — Les aspects des épiploons sont extrêmement variés; il semble, dit Gosset, que tout le monde n'ait pas besoin du même épiploon. Il n'est pas de chirurgiens qui n'aient noté et les épiploons qu'il faut chercher et ceux, indiscrets et encombrants, qui sont partout. Les uns sont gras invraisemblablement, les autres maigres et lamelleux.

Il faut savoir distinguer des aspects normaux les aspects pathologiques eux-mêmes très variables.

Quand les lésions sont discrètes, la face antérieure et les bords ne présentent rien de particulier. La face postérieure est garnie de pinceaux membraneux nacrés ou vasculaires. Gosset insiste sur une coloration spéciale : vineuse. Walther décrit toute une série de lésions progressives : plaques granitées, nœuds de rétraction, plaques nacrées, foyers hémorragiques en grains de millet ou en gros grains.

Dans les formes graves les lésions sont partout. Il existe des épiploïtes charnues, feuilletées, chiffonnées, avec des plis et surtout des adhérences entourant, cravatant les organes voisins.

On peut observer à distance des déformations du côlon, du duodénum, de l'estomac et de l'appendice.

Histologiquement, Rouslacroix distingue des épiploïtes endogènes dans lesquelles la participation péritonéale reste nulle ou minime et qui aboutissent à des formes scléreuses rétractiles, des épiploïtes péritonéales fibro-adhésives, enfin des épiploïtes inflammatoires congestives et diapédétiques.

Clinique. — Le rapporteur insiste encore sur ce fait qu'il n'existe que des épiploïtes chroniques; mais celles-ci peuvent présenter un début aigu ou être chroniques d'emblée.

Epiploïtes à début aigu. — Elles revêtent deux aspects cliniques : l'épiploïte d'accompagnement et l'épiploïte qui suit une intervention.

Dans la forme dite d'accompagnement, la symptomatologie péritonéale, digestive et générale se confond avec celle de l'affection provocatrice. A titre d'élément personnel, elle apporte simplement au tableau « son volume »; c'est le gâteau, le plastron, l'empâtement, la tumeur.

L'apparition de cette masse est toujours très rapide. Par refroidissement on la voit diminuer, parfois disparaître, mais la régression est lente.

Quand elle suit une intervention, l'épiploïte est généralement retardée dans son apparition et ne devient perceptible qu'après plusieurs semaines.

On l'attribue aux fils, aux soies surtout. Pourtant, elle n'implique pas forcément comme cause la ligature de l'épiploon. Celui-ci peut venir adhérer à une paroi plus ou moins contaminée et réaliser un « encombrement » douloureux susceptible de remonter jusqu'aux côtes.

Cette tuméfaction peut se résorber en quelques semaines, s'abcéder ou passer à l'état chronique.

Epiploïte chronique d'emblée. — Elle s'accompagne elle aussi des symptômes propres à l'affection causale. Mais d'autres signes s'ajoutent qui traduisent l'action mécanique qu'exerce l'épiploon malade sur les organes voisins. Ce sont notamment la stase, la compression colique, le sanglage, le tiraillement du duodénum, de la grande courbure et du pylore.

Il existe, enfin, des symptômes imputables à l'épiploïte elle-même : modifications de son volume, de sa consistance et de sa forme.

L'examen du sang donnera quelques renseignements, en particulier en montrant l'inversion de la formule leucocytaire (Enriquez).

L'épiploïte chronique d'emblée ne s'accompagnant pas généralement d'adhérences, la radiographie aidera rarement à son diagnostic. Par contre, elle renseignera sur les dispositions digestives anatomiques au milieu desquelles elle se réalise.

Complications. — Ce sont d'abord des troubles mécaniques dont le plus fréquent est la torsion épiploïque. Mais on peut noter aussi des rétrécissements comme celui qu'a observé Lejars au niveau du cholédoque, des obstructions intestinales, des occlusions.

Une autre complication moins connue que les précédentes est imputable à « l'hystéro-traumatisme interne ». Elle constitue un état difficultueux au point de vue thérapeutique. Il s'agit de malades opérés sans résultats qui continuent à souffrir en dépit souvent de réinterventions, et le chirurgien se demande si l'opération prochaine sera sûrement efficace.

Enfin, une dernière complication, grave également, consiste en une stase intestinale absolument rebelle et pour laquelle les interventions chirurgicales les plus complexes peuvent être envisagées.

Traitement. — Deux cas sont à considérer :

A. Au cours d'une opération quelconque le chirurgien se trouve en présence d'un épiploon d'apparence saine. Il se préoccupera de la possibilité d'une épiploïte postopératoire et fera tout pour l'éviter.

Mettant à part les circonstances où il se proposera d'utiliser l'épiploon pour recouvrir une surface cruentée, l'opérateur s'efforcera d'écarter toute portion de cet organe. Les manipulations seront réduites au strict minimum. On évitera le contact des compresses sèches et l'emploi d'une instrumentation brutale. Les aides seront exercés à éponger « sans frotter ».

Si une résection est cependant nécessaire, elle sera pratiquée par petits paquets et les ligatures seront faites au catgut fin, l'expérience clinique et l'expérimentation ayant démontré que dans ces conditions, l'épiploïte post-opératoire est une rareté.

B. Dans un second cas, l'épiploïte est patente, soit avant l'intervention, soit à l'ouverture du ventre.

Il va de soi que si la lésion a été diagnostiquée avant l'acte opératoire, un traitement médical a été institué. Il s'adresse à la stase qu'on combattra par l'huile de ricin ou de paraffine, par de petits lavements non irritants, par un régime alimentaire proscrivant les œufs, la viande et le lait, préconisant, au contraire, les hydrates de carbone et les préparations développant les bactéries acidifiantes.

Contre l'élément douleur et sympathique, on aura utilisé la diathermie, les rayons ultra-violets, la génésérine, l'atropine, une cure à Plombières ou à Châtel-Guyon.

Le plus souvent, le résultat sera nul ou minime et c'est à la thérapeutique chirurgicale qu'il faudra demander la guérison.

Une question domine et dirige le traitement opératoire : la seule ablation de l'épiploon sera-t-elle efficace?

Elle le sera si la lésion primitive est enlevée du même coup ou si elle a été enlevée auparavant. Mais la récidive sera toujours à craindre dans les cas où un fragment épiploïque malade sera conservé ou la cause initiale non traitée.

La guérison doit donc être très recherchée avant tout dans le traitement de l'organe provocateur. Ceci n'est pas suffisant; il faut y ajouter la suppression radicale de toute partie lésée de l'épiploon. On se souviendra qu'une distance parfois considérable sépare la lésion épiploïque de la lésion causale et que l'exérèse doit porter, exceptionnellement il est vrai sur la portion inter-gastro-colique de l'épiploon.

Souvent, la résection devra s'accompagner du traitement chirurgical de la péricolite, de la périduodénite, de la périvésiculite.

Les ligatures seront toujours faites en tissus parfaitement sains.

L'injection dans la cavité péritonéale de liquides variés pour éviter la reproduction des adhérences est illusoire. Loin de remplir son but, on a pu l'accuser, au contraire, de provoquer ces mêmes adhérences. Mieux vaudrait recourir au pneumo-péritoine préconisé par Carnot.

Le traitement post-opératoire n'est pas négligeable, mais les opinions varient dès qu'il s'agit de l'établir. Pour les uns, les applications de glace, le retard de la purge, la mise au repos du tube digestif sont à recommander. Pour les autres, au contraire, la gymastique, les mouvements précoces de reptation, l'usage de l'hypophyse qui fait se contracter l'intestin sont de bonne pratique.

Des opinions aussi différentes rendent un choix bien difficile.

Il semble que de bons résultats aient été enregistrés par Delherme qui utilise la diathermie, les rayons ultra-violets et les infra-rouges.

Mais l'avenir est dans les progrès d'une thérapeutique médicale éclairée qui luttera efficacement contre la stase et l'infection intestinale, le tube digestif demeurant le dernier réduit de l'état pathologique responsable.

DISCUSSION

M. WILLEMS (de Liége) rend hommage à Walther qui a mis en lumière le rôle considérable de l'appendicite dans la production des épiploïtes. Puis rapporte un cas de phlegmon épiploïque qu'il a observé dans les circonstances suivantes.

Un jeune homme de dix-huit ans porteur d'une hernie inguinale droite partiellement réductible et qui présente quelques signes d'étranglement est opéré dans des conditions matérielles peu satisfaisantes. On avait porté le diagnostic d'épiplocèle demi-adhérente.

L'opération montra que l'épiploon était fixé au testicule. Après libération, on attire au dehors une large portion du tablier épiploïque que l'on résèque. La réintégration du moignon est assez pénible.

Les jours suivants apparaît une vaste tumeur dans le flanc droit avec douleur et rougeur de la peau. La température monte à 39 puis à 40.

Une incision parallèle à l'arcade crurale permit par dissociation d'atteindre un foyer d'épiploïte enflammée et suppurée. Drainage. La guérison ne se produisit que lentement.

M. ALESSANDRI (de Rome). Les péricolites chroniques sont parfois congénitales, mais le plus souvent ce sont des affections acquises. Elles sont alors la conséquence d'infections intestinales plus ou moins atténuées ou le résultat d'une irritation habituelle par la stase.

Les lésions sont surtout fréquentes sur la moitié droite du côlon.

Le diagnostic se fonde sur la persistance des troubles fonctionnels après un traitement médical bien conduit.

L'examen radioscopique a une grande importance, mais il doit porter sur la totalité du tube digestif et bien souvent être répété.

En cas de diagnostic difficile, on doit se rappeler l'association fréquente de la péricolite, de la cholécystite et de la périduodénite.

L'auteur rejette d'une façon générale toutes les pexies, la libération des adhérences et les stomies. Il est partisan des colectomies partielles, de l'hémicolectomie droite notamment. Sur quatorze cas il n'a eu qu'un décès. Les résultats lointains sont presque toujours bons.

M. DANIS (de Bruxelles) insiste sur l'importance du lavement baryté dans le diagnostic des péricolites, celui-ci permettant seul de constater s'il y a ou non insuffisance de la valvule de Bauhin.

C'est que l'association de cette insuffisance valvulaire et de la péricolite est fréquente. L'auteur pense même que cette insuffisance est souvent la lésion initiale.

La colectomie partielle est une bonne opération surtout si l'on s'en tient à la technique de Schumaker. Les résultats obtenus par les chirurgiens hollandais qui sur 200 opérés n'ont eu que deux morts, prouvent qu'il s'agit là d'une intervention peu grave.

Les indications de la colectomie gauche sont plus étendues que ne l'indique Lardennois.

M. KRYNSKI (de Varsovie) donne la préférence dans la chirurgie des péricolites aux interventions conservatrices et peu mutilantes doublées d'un traitement médical longtemps poursuivi.

M. WALTHER (de Paris) rappelle ses statistiques. Il considère l'appendicite chronique comme la règle, l'appendicite aiguë ne se développant guère que sur organe antérieurement et habituellement altéré. Il faut enlever l'appendice dès qu'on soupçonne son inflammation, mais il faut du même coup explorer tous les organes du voisinage, en particulier l'épiploon et pratiquer toute exérèse qui paraîtrait nécessaire. L'épiploon peut être malade sans être *adhérent*. Il faut apprendre à reconnaître ses lésions.

M. DELAGENIÈRE (du Mans) est partisan du drainage du péritoine. Mais il reconnaît qu'il expose aux hernies et aux éventrations surtout sous la forme du Mikulicz.

On pourrait presque toujours se passer du Mikulicz même dans les cas graves à la condition d'employer une technique opératoire parfaite.

La question de l'opportunité du drainage se pose dans trois circonstances : dans l'appendicite grave, dans l'hytérectomie élargie, pour cancers, dans les suppurations pelviennes.

En cas d'appendicite aiguë il faut recourir à une incision transversale au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, dissocier les muscles grand et petit, oblique et transverse pour faire pour le ou les drains à travers la masse de leurs fibres.

On reconstitue la paroi plan par plan autour des drains. Quand ces derniers seront supprimés, les muscles reviendront d'eux-mêmes fermer l'orifice.

Dans le cas d'hystérectomies élargies, le vagin est isolé par un tamponnement et le péritoine est cloisonné en bas sur la face postérieure du vagin elle-même. On placera dans le Douglas un drain qui ressortira par un orifice sus-iliaque droit et qu'on laissera en place pendant quarante-huit heures.

Dans les cas particulièrement graves, il faut cloisonner haut sur l'S iliaque, tamponner vagin et Douglas et placer un drain intra-péritonéal ressortant par un orifice sus-iliaque droit qu'on laissera également quarante-huit heures en place.

Exceptionnellement, le cloisonnement sera impossible: après tamponnement du vagin et du Douglas, on établira au-dessus de ce tamponnement un drainage à la Mikulicz qu'on laissera en place dix jours. Cette nécessité de recourir au Mikulicz se présenterait seulement dans un dixième des cas graves.

M. LAMBRET (de Lille). Dans la pathologie du cæcum et du côlon ascendant, il faut tenir compte du terrain. Il a pu observer les mêmes troubles et les mêmes lésions de périviscérite dans trois générations successives de la même famille.

Il a noté également que cette affection était beaucoup plus fréquente en clientèle hospitalière qu'en clientèle de ville.

Le meilleur moyen d'éviter les péricolites, c'est encore d'opérer les appendicites dans le jeune âge, à la première crise. Les enfants se défendent merveilleusement et supportent fort bien l'intervention.

Dans la chirurgie des côlons, l'auteur emploie toujours une double incision, horizontale d'abord, puis verticale médiane.

Il pratique volontiers la péricololyse avec greffes épiploïques dans les cas de cæcum dénudé.

Ses 34 premiers cas de colectomie lui ont donné toute satisfaction. Le 35e cas fait un décès. Les résultats éloignés sont parfaits si l'on a soin de pratiquer des abouchements termino-terminaux.

M. PAUCHET (de Paris). Parmi les péricolites membraneuses il en est qui ne s'accompagnent pas de stase intestinale chronique, il y en a qui ne sont pas à la péricolite.

Ce sont là deux affections différentes. Toutefois, chez un sujet atteint de stase, s'il existe de la péricolite, il faut s'attaquer à celle-ci. Sa suppression guérit souvent la stase.

Les cas connus sous le nom d' « appendicite chronique », sont le plus souvent des péricolites. L'incision médiane doit se substituer de plus en plus à la simple boutonnière de la fosse iliaque droite.

Jadis, tout sujet atteint d'appendicite chronique était opéré par une petite incision. La suppression simple de l'appendice ne soulageait pas les troubles. Actuellement, il faut reconnaître qu'une incision médiane convient à la plupart des cas. Seule, elle permet une exploration complète.

Si le cæcum est dilaté, il faut le plicaturer et concurremment supprimer, le cas échéant, une bride splénique hépatique ou iliaque, car si l'obstacle persiste en aval, la dilatation du cæcum se reproduit. Après section des brides, il faut péritoniser avec soin.

L'application d'huile, de lames de caoutchouc ou de baudruche ne sert à rien qu'à jouer le rôle de corps étrangers et à multiplier les adhérences.

Les greffes épiploïques ne sont utiles que si elles sont petites.

Les cas favorables sont ceux où, au-dessus de la bride coupée existe un péritoine lisse. La résection dans ces cas laisse, non pas une surface cruentée, mais un péritoine normal. Il est indispensable pendant la convalescence de faire chaque jour une injection d'hypophyse pour exciter le péristallisme et empêcher les adhérences.

M. DUPUY DE FRENELLE (de Paris) attire l'attention sur les voiles fibro-vasculaires qui enveloppent le cæcum chez les malades atteints d'appendicite chronique. Cette lésion se rencontre une fois sur dix. Elle explique, d'après l'auteur, la persistance des douleurs dans la fosse iliaque droite, après l'appendicectomie, lorsque les voiles n'ont pas été enlevés au cours de l'opération.

En ce qui concerne la mésentérite rétractile du pédicule mésentérique supérieur qui étrangle la troisième portion du duodénum, M. Dupuy de Frenelle décrit un procédé opératoire qu'il a pratiqué une fois. Ce procédé consiste à dépouiller les vaisseaux de leur gaine scléro-adipo-nerveuse, en soulevant le pédicule sur le doigt qui dégage ainsi le duodénum. La brèche faite au péritoine pariétal est fermée et le pédicule est fixé à la racine du méso-côlon transverse, de façon à l'empêcher d'étrangler à nouveau le duodénum.

M. Dupuy de Frenelle attire l'attention sur la frange séro-graisseuse qui borde le bord libre de l'iléon au niveau de sa terminaison.

Dans les cas d'appendicite aiguë, cette frange séro-graisseuse participe parfois à l'inflammation de l'appendice voisin. Il est prudent, dans ces cas, de le réséquer pour éviter que sa fusion avec la paroi interne du cæcum ne ferme en bas l'angle iléo-cæcal.

M. PRAT (de Nice). Les épiploïtes et les péricolites intrinsèques sont d'origine congénitale, inflammatoire ou mixte.

L'auteur, en principe, ne pratique jamais de raphies, car la dilatation d'un organe n'est que la conséquence d'un obstacle en aval.

Il ne pratique pas davantage de pexies aux parois antérieure et postérieure, car il est illogique de fixer un organe mobile à une paroi rigide.

Par contre, après décollement colo-épiploïque, il fixe volontiers le côlon transverse à la grande courbure de l'estomac.

Il pratique encore, surtout dans les stases cæcales, des cæco-sigmoïdostomies au bouton.

Quand l'intestin est le siège de lésions anatomo-pathologiques graves donnant lieu à des phénomènes d'obstruction chronique, il exécute des colectomies droites ou subtotales.

La statistique de l'auteur porte sur 33 cas de colopexies dont 31 associées à une gastropexie. Il eut une seule mort par tuberculose pulmonaire aiguë survenue deux mois et demi après l'opération.

Sur 19 cæco-sigmoïdostomies, l'auteur a observé une récidive et 3 morts non imputables à l'acte opératoire.

Cette dernière intervention donne cliniquement de bons résultats.

L'auteur a pratiqué 5 colectomies (3 hémicolectomies et 2 colectomies subtotales) avec 5 succès.

La guérison consécutive aux colectomies subtotales a été plus parfaite que celle qui a suivi les hémicolectomies.

MM. IMBERT et BONNAL (de Marseille). Au sujet de l'origine tuberculeuse de certaines péricolites, les auteurs communiquent l'observation d'une malade qui subit deux opérations.

Il s'agissait la première fois d'une péritonite tuberculeuse avec occlusion chronique. On trouva du liquide, des granulations des anses grêles accolées et l'on fit, après insolation, une fixation du côlon. Il y eut une amélioration temporaire.

La deuxième opération pratiquée un an plus tard ne montra plus aucune lésion tuberculeuse. Les anses qui n'étaient plus accolées étaient cependant retenues par une mésentérite rétractile. L'angle gauche du côlon était entièrement enveloppé d'adhérences. Le transverse était descendu, le côlon descendant au contraire aplati. On fit une anastomose colique transverso-descendante qui fut suivie d'une amélioration temporaire.

Cette observation montre qu'une péritonite bacillaire peut laisser après guérison de la tuberculose, des lésions et des symptômes de péricolite. Le chirurgien qui l'opère à ce stade ne retrouve plus aucun signe de bacillose, mais comme il y a des adhérences, des brides et de la stase, il conclut simplement à une péricolite par stase.

Du reste, à ce moment, le malade n'est plus justiciable que des opérations de libération : cæco-sigmoïdostomie, anastomoses, colectomie, etc.

M. ALBERT (de Liége) a observé en six mois trois cas de volvulus du cæcum.

Après détorsion et excision de brides, l'auteur fit une colopexie. Les malades guérirent sans incidents. Tous les trois présentaient des troubles coliques droits qui disparurent du même coup.

115 malades présentant un syndrome colique droit, mobilité cæcale anormale, stase, colite, péricolite ont été traités avec succès, soit par la plicature, soit par des pexies.

L'auteur utilise volontiers les greffes épiploïques libres. Il insiste sur l'importance du traitement diététique post-opératoire.

M. GUILLAUME-LOUIS (de Tours) rappelle que les appa-

rences cliniques des péricolites sont des plus variées. Le syndrome stase intestinale chronique prend des aspects divers qui souvent sont bien faits pour prêter à l'erreur. C'est ainsi que chez certains malades ce qui domine cliniquement c'est le tableau gastrique. Il s'agit en général de femmes jeunes, amaigries, ralenties de la nutrition, insuffisantes glandulaires, constipées, qui viennent à nous pour des nausées, éructations acides, douleurs tardives et vomissements.

C'est le symptôme dyspeptique qui domine la scène, et pour peu que la radiographie révèle un estomac hyperkinétique, on sera tenté de croire que c'est là qu'est le mal.

Un examen attentif révélera que les douleurs gastriques sont réflexes. C'est dans la fosse iliaque droite que souffre la malade. C'est là que la palpation réveille la crise.

Il faut, après une laparotomie médiane, enlever l'appendice et libérer le cæcum pour obtenir la guérison.

Les opérations complexes ne donnent pas de meilleurs résultats qu'une simple colotyse bien exécutée.

L'auteur insiste sur la nécessité d'utiliser une large incision. Il faut bien voir ce que l'on fait. Il a été un des premiers à montrer l'importance des incisions médianes.

L'acte chirurgical n'est pas tout. Ces opérés sont des déprimés, des insuffisants glandulaires, des ralentis de la nutrition. Il faut rendre à leur musculature intestinale sa tonicité normale. Une diététique bien conduite est nécessaire, avec suppression du lait, des œufs et des viandes rouges. Il en est de même de la thérapeutique pluriglandulaire, de la diathermie ou des rayons ultraviolets.

M. Masmonteil (de Paris) apporte deux observations d'épiploïte isolée qui revêtent une allure clinique un peu spéciale : 1° une forme pseudo-colitique caractérisée par une diarrhée tenace (quatre à cinq selles par jour); 2° une forme pseudo-tuberculeuse où les signes généraux, état subfébrile, céphalée accompagnée de très rares troubles digestifs, avaient fai penser à une lésion de tuberculose.

Dans les deux cas, l'examen radiologique du tube digestif, en révélant des points douloureux le long des insertions de l'épiploon, fit penser à l'inflammation de cet organe. L'examen du sang affermit le diagnostic en décelant l'existence d'une hyperleucocytose mononucléaire.

L'intervention chirurgicale fut pratiquée dans les deux cas (résection de la moitié droite de l'épiploon) et suivie d'une guérison immédiate complète, guérison qui se maintient dans un cas depuis deux ans, et dans l'autre depuis six ans.

L'épiploïte, en tant qu'affection isolée, peut donc revêtir des allures cliniques particulières qui pourraient égarer le diagnostic. Le praticien doit s'habituer à y penser plus souvent afin de ne pas priver ses malades des ressources si précieuses du traitement chirurgical.

M. Haller (de Paris) reprend les statistiques de Walther qu'il a utilisées dans sa thèse, et confirme les bons résultats obtenus en suivant à la lettre les directives de son maître.

(A suivre.) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

LIVRES NOUVEAUX

Quarante de fièvre (1), roman, par Marcel Berger.

C'est l'histoire d'un microphage qui lutte contre les streptocoques ayant envahi l'organisme d'une jeune accouchée et y déterminant une fièvre puerpérale. Ce roman est donc une tentative de large vulgarisation des doctrines médicales rela-

(1) Un volume in-16. — Prix : 12 fr. — Paris, Flammarion.

tives aux procédés de défense dont nous disposons contre les infections. Elle est audacieuse et originale, mais, s'adressant surtout au public, il ne faut pas lui demander beaucoup de précision. J. L.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU BASSIN

Généralités. Classification. — Le bassin est un anneau osseux ovalaire à grand axe transversal situé entre le rachis et les membres inférieurs.

Au point de vue anatomique. — Il est formé de trois pièces osseuses :

L'une postérieure : le *sacrum* solidement encastré entre les deux suivantes.

Les deux autres latérales : *os iliaques.*

Ceux-ci présentent (Grégoire) :

a. Une pièce osseuse principale, véritable diaphyse oblique en bas et en dehors, répondant à la ligne innominée; elle transmet les pressions de l'articulation sacro-iliaque à la cavité cotyloïde.

b. Trois volumineuses apophyses :

L'iléon en haut;

L'ischion en bas;

Le pubis en avant qui, s'arqueboutant avec celui du côté opposé, maintient l'écartement des diaphyses.

Il en résulte :

Au point de vue physiologique que :

Toute lésion de l'arc boutant antérieur ou pubien.

Toute lésion de la portion diaphysaire.

En somme, toute lésion de l'anneau osseux troublera la statique pelvienne et entraînera au point de vue fonctionnel de graves conséquences.

Au point de vue clinique, en effet, les fractures du bassin se divisent en deux groupes :

Les fractures isolées ou partielles, portant sur une apophyse sans interrompre l'anneau osseux.

Les fractures de la ceinture pelvienne qui brisent par un ou plusieurs traits verticaux la continuité de l'anneau.

Ces dernières de beaucoup les plus fréquentes et les plus importantes.

I. FRACTURES DE LA CEINTURE PELVIENNE

Etiologie. — *a.* S'observent chez l'adulte, sont exceptionnelles chez l'enfant.

b. Nécessitent un *traumatisme considérable* agissant par *choc* ou par *écrasement* plus souvent.

Ecrasement entre deux wagons.

Ecrasement par roue de charrette.

Ecrasement par éboulement chez les mineurs, les carriers.

Mécanisme. — *A.* Est variable suivant le sens, le point d'application de la face.

Mais il est deux faits constants :

a. La fracture est *toujours double,* intéressant en deux points opposés la ceinture pelvienne.

b. La ceinture pelvienne se brise toujours en ses *deux zones les plus faibles.*

Région du trou obturateur en avant.

Région sacro-iliaque en arrière.

B. La violence peut agir de plusieurs façons :

1° **Par pression sagittale,** d'avant en arrière. Il se produit successivement :

a. Une fracture au point faible antérieur passant par le trou obturateur.

b. Un aplatissement antéro-postérieur du bassin, avec écartement en dehors du fragment iliaque.

L'articulation sacro-iliaque tend à s'ouvrir en avant.

c. Tantôt les ligaments cèdent, d'où diastasis.

Tantôt les ligaments résistent, il se produit une *fracture de la partie antérieure de l'aileron sacré par arrachement.*

Si la pression agit **d'arrière en avant,** le mécanisme est le même, sauf si le bassin n'est pas soutenu en avant.

Ferré et Perruchet ont montré qu'il y a d'abord luxation du sacrum en avant, puis fracture *secondaire* au point faible antérieur.

2° **Par pression transversale.** — Il se produit :

a. Une fracture au point faible antérieur.

b. Un aplatissement transversal du bassin, l'os iliaque est refoulé en dedans, l'articulation sacro-iliaque tend à s'ouvrir en arrière.

c. Tantôt l'aile iliaque pénètre dans la partie antérieure de l'aileron sacré, en même temps que les ligaments arrachent la partie postérieure du sacrum.

Tantôt l'aileron sacré se brise suivant la ligne des trous.

Tantôt enfin et plus souvent la partie postérieure de l'*os iliaque se fracture suivant une ligne verticale au voisinage de l'articulation.*

3° **Par pression verticale** de bas en haut, après chute sur les ischions.

Pour Voillemier il se produit :

a. D'abord une fracture au point faible antérieur, l'aile iliaque remonte, les ligaments sacro-iliaques

b. Arrachent la partie latérale du sacrum suivant la ligne des trous sacrés.

Fracture verticale en timbre poste.

Pour Féré, au contraire :

a. La partie centrale du sacrum forme coin et pénètre dans les parties latérales, d'où *fracture double verticale en timbre poste.*

b. Et fracture secondaire au point faible antérieur par écartement de l'anneau pelvien.

Anatomie. Pathologie. — *A.* **Double fracture verticale du bassin.** — Se présente sous deux types anatomiques.

1° Double fracture verticale type Malgaigne. — Consécutive à un écrasement transversal.

Trait :

a. Antérieur. — Coupe :

La branche horizontale du pubis au niveau du canal sous-pubien; il est oblique en arrière et en dedans, le fragment iliaque est taillé en biseau au dépend de sa face antérieure.

La branche ischio-pubienne verticalement.

b. Postérieur. — Passe par l'aile iliaque, suivant une verticale allant de l'épine postéro-supérieure à l'échancrure sciatique passant à 2 centimètres de l'articulation sacro-iliaque.

Déplacement. Parfois nul, ou bien :

Fragment iliaque est repoussé en dedans, sa pointe antérieure peut venir blesser la paroi latérale de la vessie.

2° Double fracture verticale type Voillemier. — Consécutive à un écrasement sagittal ou à un choc vertical.

Trait :

a. Antérieur. — Passe par le même point que le type précédent.

b. Postérieur. — Intéresse le sacrum.

Soit la partie moyenne de l'aileron sacré.

Soit les trous sacrés en timbre poste (fractures verticales).

Déplacement. Peut manquer.

Dans les fractures par pression verticale :

Le fragment iliaque remonte et bascule en dehors.

La pointe de la branche ischio-pubienne peut venir blesser la vessie.

Dans les fractures par pression sagittale :

Le fragment pubien repoussé en arrière peut venir blesser la vessie.

Quelle que soit la variété :

1° La fracture peut **occuper les deux côtés du bassin.**

C'est alors une *quadruple fracture verticale.*

2° L'un des traits antérieur ou postérieur peut être remplacé par *une disjonction sacro-iliaque* ou *une disjonction pubienne.*

La première s'accompagne presque toujours d'un mince arrachement osseux.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude biochimique de l'hémolyse, avec un exposé de la méthode à l'acétone pour la séparation analytique des différents principes du sérum et la localisation des anticorps dans les immunsérums, par MM. Maurice PIETTRE et André CHRÉTIEN. Un vol. in-8. — Prix : 12 fr. — Paris, Editions de la « Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale », 1927, 8, rue des Acacias, 17e.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

SÉANCE D'OUVERTURE DU XIXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Le XIXe Congrès de l'Association des médecins de langue française s'est ouvert mardi matin, à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. André Fallières, ministre du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale. A ses côtés avaient pris place M. le professeur Teissier, président du XIXe Congrès, M. le doyen Roger, M. Gley, président de l'Académie de médecine; M. le recteur Charléty; MM. les médecins inspecteurs Dopter, Cadiot et Savornin, M. le préfet de la Seine et le représentant du ministre de la Marine.

Parmi les délégués étrangers représentant vingt nations, nous avons remarqué MM. Beco, Henrijean, René Verhoogen (Belgique), Botelho (Brésil), de la Calle (Cuba), sir Thomas Oliver, le colonel Blackham, Lord Dawson of Penn, sir Kohn Rose Bradford, sir Holburt Waring, Th. Beattie, W. Doolin, A. Fullerton (Grande-Bretagne, Ecosse et Irlande), le sénateur Maragliano et le professeur Sbisa (Italie), M. Praum (Luxembourg), S. E. Castillo Najera et M. Velez (Mexique). Les professeurs Jean Cantacuzène, Bacaloglu, Danielopolu et Pavel (Roumanie), Syllada et Pelmar (Tchéco-Slovaquie), Vallée (Canada), Tsurumi et Kii (Japon), Bonorio Udaorido (Argentine), Shahmi Pacha, sous-secrétaire d'Etat de la santé publique d'Egypte; Moukil Aktar bey, professeur à la Faculté de Constantinople; Navarro, de Montevideo (Uruguay).

Dans la salle, trop petite pour les 1.100 congressistes présents, MM. les professeurs Chauffard, Widal, Bezançon, Sicard, Guillain, Nobécourt, Balthazard (de Paris), MM. Jean Lépine, Bard et F. Arloing (de Lyon), Gaussel, Vedel et Rimbaud (de Montpellier), Blum et Merklen (de Strasbourg), Cange (d'Alger), Roger (de Marseille), M. Coelho (de Porto), etc.

M. le professeur Teissier prend le premier la parole et prononce un admirable discours sur les maladies infectieuses et l'hygiène sociale. Nous sommes heureux de pouvoir le reproduire plus loin. Puis, M. Chiray, secrétaire général, indique la progression toujours croissante de l'Association et développe les raisons qui ont amené le bureau à limiter à trois les questions en discussion. Il n'est pas douteux que cette « concentration » déjà adoptée avec succès par les réunions annuelles de neurologie et de biologie ne soit extrêmement fructueuse.

M. Chiray remercie ensuite tous ceux qui l'ont aidé dans sa tâche. Mais il est un point qu'il laisse dans l'ombre et que nous tenons à souligner.

Si le Congrès a été organisé avec une méthode, un souci de détails, une exactitude que nous voyons bien rarement, si les rapports, édités, avec quel luxe par M. Masson, ont été distribués en temps utile, c'est à M. Chiray que nous en sommes en très grande partie redevables, et c'est lui qui mérite tous les remerciements qu'il adresse à d'autres.

M. le doyen Roger apporte à son tour aux congressistes le salut de la vieille Faculté qu'il sait rendre si accueillante.

Puis M. André Fallières assure les médecins de sa collaboration constante pour toutes les questions d'hygiène, et aussi pour celles bien délicates que va soulever la loi sur les assurances sociales.

Il termine par un très élégant éloge de la langue française dont la clarté permet des réunions comme celle d'aujourd'hui.

F. L. S.

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Marchal, Jacob, Etienne Bernard, Marquézy, Petit-Dutaillis, Fey, Richard, Braine et Bouchet.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Un concours pour une place de médecin résidant à l'hospice général sera ouvert le 10 janvier 1928.

S'inscrire avant le 27 décembre 1927 inclusivement, au

secrétariat de l'administration des hospices, 91, cours d'Albret, à Bordeaux.

AGRÉGATION DE MÉDECINE (1re épreuve). — Rectificatif au *Journal officiel* du 9 octobre 1927 : p. 10471, 3e colonne, 24e et 25e ligne, au lieu de : « 1re composition, le 11 décembre 1927; 2e composition, le 12 décembre 1927 », lire : « 1re composition, le 21 décembre 1927; 2e composition, le 22 décembre 1927 ». (*J. O.*, 11 oct. 1927.)

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le poste de médecin chef, quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen (Lot-et-Garonne), est actuellement vacant.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE BÔNE. — Le poste de directeur du bureau municipal de Bône (Algérie) est déclaré vacant. Adresser les demandes, titres, justifications, références, au Gouverneur général de l'Algérie dans un délai de vingt jours. (*J. O.*, 12 oct. 1927.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Giraudeau (de Vallet), Lebesconte (de Nantes), Charles Lehmann (de Paris).

(*Voir la suite, p. 1370.*)

PHYSIOLOGIE CLINIQUE

LES MÉFAITS DE L'INSOMNIE.

On a beaucoup discuté sur le sommeil en tant que *fonction* du système nerveux. Il résulte, plutôt, pense-t-on communément, de la suspension momentanée des fonctions de celui-ci. L'histo-physiologie nous révèle que le sommeil est bel et bien une fonction du système nerveux et, qui plus est, *une fonction organique* essentielle. Par le sommeil, en effet, s'effectue une restauration de la cellule nerveuse, par laquelle celle-ci renouvelle certains de ses éléments et récupère son potentiel d'une façon assez analogue à la mise en charge d'une batterie d'accumulateurs.

L'absence du sommeil équivaut donc à l'écoulement sans fin du potentiel nerveux et à la fonte, à la disparition progressive de ses réserves, jusqu'à la mort, si *la fonction réparatrice* du sommeil ne peut s'effectuer.

Au cours du sommeil, l'activité neuronique abandonne le système nerveux central et se concentre sur les processus internes d'assimilation et d'anabolisme régis par le parasympathique. Il y a, en particulier, élaboration dans le protoplasme des cellules nerveuses d'une substance de réserve, les granulations chromatophiles qui disparaissent et se dissolvent pendant la veille et qui se régénèrent durant le sommeil (1). Au cours de celui-ci, les cellules nerveuses sont le siège d'une édification réparatrice spécifique par restauration des granulations chromatophiles : lorsque ces granulations sont complètement régénérées, le rôle du sommeil est accompli, le sujet peut se réveiller, son système nerveux est rechargé et prêt pour de nouvelles dépenses.

On se rend compte, par ce rapide exposé, de l'importance énorme du sommeil; sur lui repose, en fait, l'équilibre du système nerveux et même la normalité de sa substance et de sa contexture. Le professeur Laignel-Lavastine a constaté, de plus, à l'autopsie de sujets morts en état d'agitation, la disparition par épuisement des colloïdes de la cortico-surrénale. Une sédation, même artificielle, permet à la glande de se recharger. Ce n'est donc qu'à la faveur du sommeil que les cellules épuisées du cerveau et des glandes peuvent se reconstituer. Sans doute, il y a toute une échelle de résistance vis-à-vis de l'insomnie, comme vis-à-vis de la fatigue musculaire, mais, pour les systèmes nerveux fragiles, l'insomnie prolongée peut être la cause de graves désordres. Rétablir chez le malade, et en particulier chez les neurasthéniques et les surmenés, la fonction hypnique suspendue ou perturbée, est tout aussi indispensable à leur guérison que de mettre au repos physique l'asthénique par excès de dépense musculaire.

(1) L'autopsie d'animaux sacrifiés, après une longue privation de sommeil, a montré la disparition presque totale de ces granulations.

Il faut, en conséquence, lorsque cette insomnie ne cède pas à la suppression de la cause qui l'a fait naître, rétablir le sommeil, même artificiellement au début, car l'insomnie, en se prolongeant, serait beaucoup plus préjudiciable au malade que ne peuvent l'être les médicaments destinés à le faire dormir si ceux-ci sont judicieusement choisis et convenablement administrés.

Chez les surmenés d'affaires, ou de plaisir, et plus encore chez les préoccupés et les scrupuleux, qui font volontiers de l'obsession et de la petite anxiété nocturne, on prescrira le dial, à la dose de 0g10, ou 0g20 si nécessaire, au moment du coucher avec une infusion chaude, soit au repas du soir. Ce dernier mode d'administration est souvent plus efficace chez certains nerveux qui, du fait qu'ils ont pris un hypnotique au moment de se mettre au lit, restent dans l'attente de son effet, ce qui suffit à les maintenir en tension.

Si l'on avait affaire à des agités plus graves, à des petits mentaux avec excitation psycho-motrice, plutôt que d'élever la dose, il serait préférable d'injecter une ou deux ampoules de dial soluble.

Chez les fébricitants, notamment chez les bacillaires à poussée thermique vespérale, l'insomnie est extrêmement fréquente et particulièrement déprimante. Il convient alors d'agir tout à la fois sur l'éréthisme sensoriel et sur la température qui l'exacerbe. La dialacétine est ici tout indiquée : soporifique, calmante, antithermique, légèrement analgésique, elle peut être administrée fort longtemps sans aucun inconvénient et sans que son action décroisse; c'est certainement l'hypnotique de choix pour ces malades.

D'une façon générale, on éliminera les hypnotiques irritants pour le tube digestif (chloral), nocifs pour le foie ou le rein (véronal) qui laissent le malade au réveil dans un état de torpeur et d'hébétude avec souvent de la céphalée.

Enfin, il est une catégorie de malades dont l'insomnie a sa cause principale, sinon sa seule cause, dans la douleur : traumatisés, névralgiques, cancéreux, tabétiques, etc. A ceux-ci, un, ou si besoin deux comprimés de *didial*, procureront toujours une analgésie suffisante pour qu'ils obtiennent quelques heures de sommeil reposant; le symptôme douloureux en sera généralement très atténué au réveil, car la douleur d'un organe malade est d'autant plus vivement ressentie qu'elle impressionne un système nerveux plus sensibilisé et exacerbé par une insomnie persistante.

L'état mental, qui n'est que le reflet que l'état du sympathique, traduit par un sentiment d'euphorie très net, la sédation que procurent les hypnotiques dont nous venons de parler, parceque cette sédation est exempte de toute atteinte viscérale. Il est loin d'en être de même avec tous les somnifères

A. J.

XIXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

SÉANCE D'OUVERTURE

Discours de M. Pierre TEISSIER

PRÉSIDENT DU CONGRÈS

LES MALADIES INFECTIEUSES ET L'HYGIÈNE SOCIALE

[Après avoir exposé l'œuvre de l'Association des médecins de langue française au cours des précédents Congrès, M. Teissier prononce le discours suivant.]

« Les sujets qui, dès ce soir, seront soumis à votre discussion présentent un intérêt indiscutable tant par la part qu'ils font à la variété des opinions que par l'importance des problèmes qu'ils soulèvent et qu'il s'agit de préciser.

Je voudrais auparavant, prenant prétexte de celle de ces questions qui a trait à un élément majeur de sémiologie infectieuse, envisager cette pathologie plus particulièrement dans ses rapports avec les actes de prévoyance dont elle doit être l'objet. Je voudrais vous parler de sa place dominante dans ce que nous appelons aujourd'hui l'hygiène sociale, qui peut rester l'hygiène tout court et qui, pour être considérée à la fois comme une science, une vertu et dans certains pays comme une loi morale, ne saurait rester indifférente à aucun médecin.

Parmi les maladies infectieuses aiguës qui figurent au premier rang du bilan sanitaire, il en est dont le retour périodique s'affirme à certaines époques de l'année. Il en est dont l'apparition plus irrégulière est favorisée par l'apport accidentel, en un point donné, de germes originaires de foyers plus ou moins lointains et limités. Il en est d'autres, enfin, qui, étant surtout d'importation, frappent la collectivité, de préférence à l'occasion des grands cataclysmes, particulièrement propices à la contagion interhumaine.

Si ces dernières dont les terribles explosions ont frappé de tous temps l'imagination des peuples et sollicité plus rapidement et plus effectivement l'intervention du législateur et la mise en jeu des mesures de protection, ont mérité et méritent encore de se ranger parmi les fléaux sociaux, il ne semble pas, peut-être parce qu'elles sont devenues plus rares, qu'elles soient maintenues sous ce terme, à l'égal de la tuberculose par exemple.

Quant aux maladies infectieuses aiguës, endémiques et épidémiques, qui sont parmi les plus contagieuses, elles sont, je ne sais pourquoi, délibérément écartées de ce cadre. Pour être à peu près de tous les pays, dans tous les pays, de toutes les régions, et de réitérations incessantes, une sorte d'accoutumance s'est produite à leur égard; on les tolère avec une résignation et une sorte de soumission quasi-orientale au destin. Il reste qu'elles continuent à abattre chaque année plusieurs millions d'êtres humains et, ce qui est douloureux, plus particulièrement des enfants. Je ne suis pas seul à estimer que cette sorte d'indifférence ne saurait se maintenir ni dans l'esprit des pouvoirs responsables, encore moins dans celui d'un corps médical conscient de ses responsabilités, convaincu de l'action que lui permettent, en dehors des mesures d'hygiène, les grandes méthodes de protection spécifique.

Sur ce terrain de la pathologie infectieuse il importe que le médecin, auprès de son malade, dans la famille, dans la collectivité industrielle ou commerciale à laquelle il peut être attaché, dans la cité qui fera appel à ses lumières, soit selon l'expression de mon maître regretté, Landouzy, un curateur de santé autant, sinon plus, qu'un curateur de maladie.

Traiter, est bien, prévenir vaut mieux que guérir. C'est là une tâche qui ne saurait être au-dessous de nos moyens comme de la dignité de la profession. C'est le poignant témoignage de la grandeur et de la misère de notre art de pouvoir prévenir désormais les fléaux de l'humanité avec une certitude et une précision qui peuvent nous consoler des angoisses et des doutes qui parfois nous assaillent au chevet de nos malades.

Par son action pour le bien de chaque individualité, le médecin travaille pour la préservation de la famille française; en travaillant pour celle-ci, il travaille pour le bien de tous.

En ce qui regarde les maladies contagieuses, le médecin praticien, digne de ce nom, sait qu'en exerçant son action thérapeutique et prophylactique à l'égard de son malade, il se doit de protéger la famille et la collectivité contre son malade.

Prophylaxie individuelle et prophylaxie collective restent ainsi étroitement unies, se complètent l'une l'autre, reposant toutes deux sur des méthodes d'hygiène et de protection spécifique identiques.

Le médecin ne peut être fondé à craindre que sa prévoyance puisse porter quelque atteinte à son influence morale. Il sait ne pas nuire à son malade et son action bienfaisante pour les autres reste, en tous cas, en conformité absolue avec son devoir.

Si l'un des privilèges actuels de l'art médical est le recours de plus en plus étroit aux sciences biologiques, l'intervention prophylactique repose sur les mêmes principes que l'acte thérapeutique, et reste soumise, comme celui-ci, à la discipline clinique,

C'est le diagnostic du praticien qui déclenchera la déclaration à laquelle il est obligé et les mesures hygiéniques, comme les traitements qu'il sait être nécessaires à la lutte contre l'infection. Le succès de cette lutte est, en effet, avant tout subordonné à la sanction d'un diagnostic aussi précoce que possible.

Le laboratoire a permis d'orienter la médecine vers des méthodes scientifiques plus rigoureuses, l'expérimentation a dévoilé les principales données des méthodes protectrices : sérothérapie, vaccination, dont l'importance ne cesse de grandir; mais ni l'un ni l'autre ne sauraient dominer la clinique. C'est à celle-ci que revient de déterminer le judicieux équilibre de ces divers enseignements. C'est elle qui devra décider du meilleur mode d'intervention, en préciser l'orientation, en contrôler les effets. Et si le laboratoire ne peut répondre à ses interrogations, elle reste seule à agir dans l'intérêt du malade. Sa tâche, en pareil cas, est loin d'être toujours simple, car rien n'est parfois difficile comme le diagnostic des infections frustes, avortées ou déformées.

La méconnaissance d'une rougeole, d'une variole, est sans doute une source de danger pour le malade. Elle l'est aussi pour la collectivité, car c'est retarder ou négliger les mesures de protection qui doivent empêcher l'épidémie de naître.

La responsabilité morale du médecin, pour comporter ainsi des répercussions plus étendues, l'emporte, à mes yeux, sur celle que peut entraîner, pour le chirurgien, la faute opératoire.

Ainsi, sur le terrain de la lutte contre les maladies contagieuses, l'armature médicale doit rester fidèle à la tradition des fortes études cliniques, tradition qui reste celle de la médecine française.

Mais l'éducation médicale comporte toujours plus que dans le passé la notion précise de toutes les règles d'hygiène que la logique ou la loi imposent à l'action prophylactique comme la connaissance exacte des indications et des contre-indications des méthodes de vaccination et de sérothérapie.

L'art médical est un immense et continuel labeur. De ces études complexes, mais nécessaires, notre conscience nous oblige à ne rien négliger de ce qui peut assurer le salut du malade.

Dès l'introduction des grandes méthodes qui nous dégageaient, d'une part, de notre empirisme dans le traitement des maladies infectieuses et nous délivraient de certaines de nos défaillances dans notre prophylaxie, les pires adversaires de la science médicale furent obligés de reconnaître l'admirable bienfaisance de l'œuvre d'où devaient tout d'abord sortir les sérothérapies anti-diphtérique, anti-tétanique, les vaccinations anti-typhique, anti-cholérique, anti-pesteuse, puis les nouvelles méthodes de sérophylaxie par le sérum des convalescents ou de vaccination atoxique anti-diphtérique dont je n'ai pas à retracer ici l'histoire.

Grâce à ces méthodes se trouvent, en quelque mesure, asservies les puissances, encore mystérieuses par certains côtés, dispensatrices de la maladie ou de la santé.

Personne ne saurait méconnaître à leur propos la valeur des termes qui se dégagent d'une connaissance déjà longue des faits. En présence de leurs résultats, on peut avoir dans l'âme de quoi oser approfondir, posséder cette volonté d'innovation réfléchie qui ont fait notre science et notre technique si grandes. L'intensité de puissance d'un tel labeur conduit plus que jamais à prétendre « que ce qui peut se passer un jour dans un laboratoire est susceptible de retentir et d'agir sur toute l'économie humaine ».

Mais plus une méthode est précieuse en ce qui concerne la santé publique, plus il convient que l'audace n'exclue point ni la réflexion, ni la prudence. Sachons sur ce terrain apaiser quelque peu notre force combattive, recueillir les leçons du passé et du présent pour éviter cette instabilité extrême et dangereuse des notions médicales qui est l'un des caractères de notre temps avide de créer du nouveau et de tout regarder comme provisoire. Sachons protéger, sans arriver à des excès de protection. L'efficacité de ces méthodes conduit parfois à des exagérations d'application; elle conduit surtout à des abus dans les licences de la préparation de substances délicates qui exigerait un contrôle sévère.

Il ne faut pas que ces erreurs ou ces abus viennent détruire la confiance que l'on a le devoir de conserver en ces méthodes si précieuses.

Puis, il faut accepter comme élément nécessaire de pondération cette vérité que sur le terrain de la prophylaxie spécifique les procédés techniques une fois connus et fixés ne peuvent toujours être employés avec sérénité et certitude sans qu'il soit besoin d'en raisonner derechef.

Les germes infectieux subissent incessamment des variations dans leurs propriétés biologiques et dans leur virulence dont les origines ne sont pas toutes connues. Tels microbes deviennent capables de faire plus de mal ou même incapables de se transformer pour faire du bien et des méthodes thérapeutiques indiscutablement actives peuvent devenir caduques. Il est malheureusement des témoignages douloureux déjà anciens, qui se sont confirmés depuis la guerre, de sérums spécifiques ayant perdu une grande partie de leur pouvoir protecteur.

La leçon de ces faits ne saurait être négligée; elle démontre que nous n'avons pas acquis le droit à l'immobilité. Le livre de l'immunité ou de l'immunisation n'est pas prêt d'être fermé; trop de mystères subsistent que de nouvelles méthodes tendent sans cesse à percer, et contre lesquelles ne sauraient prévaloir les doctrines spéculatives. C'est la noblesse de l'esprit scientifique de s'incliner devant la vérité.

La puissance d'action préservatrice que cet ensemble de mesures met à la disposition du médecin, comme des Pouvoirs publics, ne semblait pas, cependant, dans le courant monotone de la vie normale avoir éveillé toute l'attention qu'elle méritait. L'effet n'en avait pas en tout cas été réalisé dans cet esprit de collaboration et de discipline sociales qui s'imposait pour qu'en soit affirmée toute l'efficacité.

Il était réservé à la période tragique de 1914-1919, cause cruelle de tant de morts, de donner la démonstration éloquente de ce qu'une œuvre de prophylaxie poursuivie avec énergie était capable de faire pour empêcher de mourir.

Dans les guerres d'autrefois, même dans celles des premières années de ce siècle, le nombre des malades a toujours dépassé le nombre des blessés. Le déchet que le typhus, le choléra, le scorbut déterminaient atteignait souvent des taux effrayants alors que la variole, la fièvre typhoïde, contre lesquelles aucune mesure n'était prise, procédaient par épidémies meurtrières, démoralisantes.

Ce n'est que dans la guerre russo-japonaise et pour l'armée japonaise seulement, et grâce à l'application de mesures d'hygiène assurées par la collaboration du commandement et du Service de santé, que pour la première fois le chiffre des malades fut comparable, à quelques unités près, au chiffre des blessés.

Durant la guerre de 1914-1918, tout était à craindre : agglomérations considérables de soldats, dans les dépôts, les casernes, les villes ou les villages du front; exode lamentable de familles réfugiées de Belgique ou des départements français envahis; composition même des armées françaises et alliées empruntant nombre de leurs soldats aux populations d'Asie et d'Afrique; extension des opérations à des contrées plus ou moins salubres de l'Europe orientale avec retour vers la mère-patrie de combattants ne pouvant que favoriser l'importation de maladies exotiques; déplacements incessants de masses d'hommes de toute origine : populations civiles ou soldats épuisés par les souffrances morales et physiques; enfin, guerre longue, à combats incessants ou opérations de siège durant lesquelles le péril de l'eau, le péril du sol, le péril fécal pouvaient s'affirmer dans toute leur intensité. Tout cela représentait une menace considérable pour le maintien des effectifs plus encore que le nombre des blessés dans la bataille.

Par ailleurs, de la participation à la guerre de tous ceux qui en temps de paix avaient pour fonction de protéger la collectivité, allait se trouver démantelé sur le territoire, toute organisation matérielle d'hygiène, cela à un moment où l'action préventive se faisait plus urgente.

Ce fut tout d'abord par les Pouvoirs civils le renforcement des lois protectrices et la publication de décrets qui survivent heureusement encore aujourd'hui.

De la part du Service de santé militaire ce fut un grand effort d'improvisation et de redressement tenté dont l'insuffisance ne saurait être reprochée à ceux qui s'efforcèrent de le réaliser, au milieu des pires difficultés, et qui ne purent réussir parce que soumis à des statuts dont la rigidité devait être quelque peu paralysante.

Les dures réalités de la guerre réclamant des résolutions plus énergiques allaient bientôt nécessiter la création d'un pouvoir nouveau, indépendant, qui jusqu'à la fin des hostilités devait assurer au Service de santé qu'il allait diriger l'autonomie et l'autorité propices à toutes les initiatives. Ce fut alors la réalisation d'un ensemble admirable de réorganisation matérielle, un merveilleux essor dans la recherche scientifique, dans le progrès incessant de toutes les conceptions techniques.

Le commandement comme le Service de santé sont désormais en possession de tout ce qui peut servir à la récupération du malade comme du blessé.

Jamais guerre n'a évolué dans des conditions de sécurité aussi grandes au point de vue des maladies endémiques ou épidémiques. Jusqu'au printemps de 1918, où va se déclarer la maladie la plus diffusible, la grippe, que les migrations de troupes et de populations civiles vont douloureusement favoriser et contre laquelle l'ignorance où nous sommes encore de

son virus comme des formes de sa congestion nous empêche d'exercer une protection efficace, morbidité et mortalité furent notablement inférieures à celles du temps de paix. Pour certaines maladies contagieuses la proportion fut pour ainsi dire insignifiante en France, alors que dans certaines armées alliées ou ennemies le tribut fut lourd qui fut payé à leurs assauts.

A l'appui des résultats brillants de cette œuvre de prophylaxie nationale, je pourrais recueillir des exemples éloquents de protection contre les fléaux d'importation : typhus, choléra, peste, régnant dans les armées alliées et ennemies. J'aurais voulu retracer la merveilleuse histoire de la prophylaxie spécifique de la fièvre typhoïde, aussi de la diphtérie. Je dois me borner et je m'excuse de limiter mon choix à ce qui fut, dès les premiers moments, l'un des plus beaux triomphes de la médecine préventive. Je veux parler de la variole, contre laquelle, grâce au plein épanouissement de la technique française assuré par des règlements nouveaux, population civile, armée devaient être protégées de façon quasi-absolue. Et cependant l'armée de soldats et d'ouvriers mobilisés n'était certes pas à l'abri de la variole puisque la réceptivité des soldats à l'inoculation vaccinale fut de 50 p. 100, celle des ouvriers en moyenne de 67 à 70 p. 100.

Quelle opposition éloquente, quelle comparaison impressionnante entre la période douloureuse de 1870 et la guerre de 1914-1918?

Guerre de 1870-1871, armée composée de quelques centaines de mille hommes, guerre de six mois en notre France particulièrement éprouvée, durant laquelle va se dérouler une épidémie qui fait un nombre considérable de victimes; 125.000 soldats sont atteints, près de 24.000 succombent et je ne parle pas de la population civile qui fait que la France est alors de tous les pays d'Europe la plus éprouvée par la maladie.

Guerre de 1914-1918, qui dure plus de quatre ans, armée composée de millions d'hommes, races multiples, lutte incomparablement plus cruelle, mouvements de populations qui ne furent jamais plus intenses, surpeuplement considérable de villes et de villages, en définitive toutes conditions favorables au développement d'une épidémie meurtrière de variole.

Douze cas seulement se déclarent dans l'armée métropolitaine avec 1 mort; 44 cas dans l'armée coloniale avec 4 morts; et à tenir compte tout à la fois de la population civile et militaire de la France : 144 cas. Cela, alors que les armées ennemies et certaines armées alliées payent à la maladie un lourd tribut.

Le service antivariolique de l'armée, où ont été confondues dans un même idéal d'actions désintéressées et dévouées, compétences militaires et civiles, a remporté la victoire sur la variole.

La preuve était ainsi donnée avec une force qui ne fut jamais plus évidente que l'hygiène publique bien conçue, bien organisée, servie avec foi, est capable de gagner la plus féconde et la plus humaine des batailles.

A un moment où repassant sans cesse le bilan de cette cruelle époque, certains esprits chagrins au sens critique toujours avivé s'attachent à rechercher ce qui a été mal fait, il me paraît, redirai-je aujourd'hui, qu'il reste plus simple, plus juste et plus utile de rappeler ce qui a été bien fait.

Une œuvre aussi remarquable n'est point défendue aux Pouvoirs publics responsables. Sans doute l'état de guerre qui balaye tous les obstacles et néglige les intérêts particuliers facilite l'application de mesures qui, en temps de paix, ne sont pas toujours susceptibles de provoquer l'enthousiasme et se heurtent parfois à l'indifférence et à l'égoïsme.

La solution du problème de prophylaxie de guerre assurée par l'unité de front des divers services de santé (civil, militaire, colonial, maritime), par l'étroite collaboration avec le commandement, par l'étroite coopération entre les autorités civiles et militaires, fut en réalité celle d'un problème de prophylaxie sociale.

C'est une grande science de paix qui s'est ainsi poursuivie pendant la guerre et qu'il importe de ne plus oublier.

Pour que l'unité d'action relie insensiblement l'œuvre de guerre à l'œuvre de paix, la tâche est certes lourde, mais il n'est pas de tâche si ardue soit-elle qui résiste à l'esprit de suite, à l'union des efforts, à l'existence d'une politique sanitaire subordonnée à l'intérêt général, assurée par le respect des lois d'hygiène et par la discipline nationale d'un peuple mieux instruit.

En dépit des difficultés, la prophylaxie collective représente aujourd'hui comme hier le premier devoir de l'administration compétente, du corps médical de la nation. Elle reste l'une des œuvres essentielles pour un pays qui, comme la France, a été saigné par la plus effroyable des guerres, épuisé par la longue durée des hostilités, les épreuves de l'invasion, par la perte de ses meilleurs enfants; qui, aujourd'hui, se trouve encore exposé aux dangers d'une immigration massive dont malheureusement la part est grande dans certaines épidémies actuellement renaissantes et impose au plus tôt un contrôle sévère.

Il ne s'agit plus de satisfaire à un élan de pitié et de charité, mais dans un but de patriotisme et d'économie nationale de tenter tout ce qui est possible pour arracher à la maladie évitable et à la mort la fragile existence humaine.

Ce qui est vrai pour notre France est encore plus vrai pour la plus grande France où la lutte contre les maladies contagieuses reste au premier plan de cette action coloniale qui fait de plus en plus partie du rayonnement extérieur de notre pays.

Au milieu des populations indigènes, ignorantes de l'hygiène la plus élémentaire, vivant dans des conditions d'insalubrité la plus complète ou de nourriture déficitaire, dans des régions où les maladies infectieuses sont particulièrement graves, et dont la gravité s'accroît par l'essaimage plus actif qu'assurent les progrès réalisés dans les moyens de transport et l'accroissement des interéchanges, la tâche est encore plus complexe.

L'Administration sait que ces maladies créent un tel taux de morbidité et de mortalité qu'il est urgent qu'une organisation puissante mette aux mains d'un corps médical colonial nombreux et instruit tous les moyens que réclame l'action.

Qu'il s'agisse de la France ou de ses colonies, des témoignages nombreux existent que l'Administration plus accessible aux conseils des compétences techniques, fait de sérieux efforts pour organiser l'œuvre collective de prophylaxie et favoriser les initiatives individuelles qui ne manquent pas.

Sans doute les efforts doivent être plus grands encore, des progrès plus rapides sont souhaitables. Mais je ne suis pas ici pour faire de critique. Il n'est pas besoin d'être grand clerc pour rechercher dans les actions collectives ou individuelles ce qu'elles comportent d'imparfait ou d'inachevé.

Il reste que l'hygiène sociale n'est plus comme dans le passé la façade derrière laquelle n'existait que le chaos.

Les pouvoirs responsables aidés du reste par la création incessante d'Offices nationaux, d'Associations, d'Œuvres privées, françaises ou étrangères, parmi lesquelles se répand souvent la générosité magnifique de la Fondation Rockfeller, recherchent avec ténacité la solution de problèmes, qu'ils ne peuvent toujours poursuivre parce qu'ils se heurtent trop souvent à des questions de crédit.

Certes, le programme coûte cher, mais si l'on tient compte des millions d'existences sauvegardées, de la réduction importante des charges d'assistance, l'hygiène selon l'expression imagée et vraie d'un fonctionnaire aussi averti que dévoué aux œuvres de prévoyance devient une caisse d'épargne.

La santé publique s'achète et selon ce qui a été dit un pays peut, dans les limites naturelles de la vie humaine déterminer son propre taux de mortalité d'après son effort organisateur et financier.

Je n'oublie pas qu'à l'heure actuelle, la restauration des régions libérées, les charges de toute nature auxquelles la France a dû faire face expliquent que nos finances ne puissent accomplir aussi vite qu'il serait souhaitable l'acte nécessaire.

Il reste cependant que les réformes ne peuvent paraître insolubles que pour ceux qui se refusent à comprendre que de grandes dépenses faites à temps représentent de sérieuses économies.

Pour accomplir l'œuvre formidable, la main-d'œuvre ne manque pas.

La médisance prétend que le pouvoir serait plus doux s'il n'avait pas à s'exercer sur des médecins qui représentent un amalgame complexe de caractères et de volontés. Les médecins sont cependant capables de se souder pour le bien commun et pour servir le pays, de pratiquer, tout en restant semblables à eux-mêmes, la solidarité la plus étroite. L'exemple qu'ils ont donné pendant la guerre ne saurait être oublié. Science et profession sont ici des facteurs d'âmes collectives.

On a répété aussi que le médecin praticien ne saurait participer utilement à cette œuvre de prophylaxie, parce que trop pris par ses obligations professionnelles et peu adapté à ces fonctions. S'il en était réellement ainsi, je serais d'accord avec ceux qui prétendent que le médecin n'a pas encore dans la société la place qu'il doit avoir ou que l'enseignement qu'il reçoit n'est pas encore approprié aux fonctions qu'il se doit d'assumer.

Le médecin praticien ne refuse pas sa collaboration; il est le premier à reconnaître que l'Administration doit pouvoir s'appuyer sur des techniciens se consacrant à l'œuvre de direction et d'inspection d'hygiène. Il ne demande pas mieux d'être l'auxiliaire dévoué de ces médecins hygiénistes, qui, de leur côté, estiment leur aide nécessaire et sont d'avis qu'on ne saurait, sans injustice, s'aliéner leur concours. Aimant leur profession et ne demandant qu'à la bien servir, les praticiens nombreux de ville ou de campagne, qui à l'exemple du bon Samaritain, parcourent nuit et jour la vallée de la misère humaine, poussant jusqu'à l'extrême limite le bienfait de leur action, demandant seulement qu'on les aide à accomplir leur double mission.

Nombre de représentants de l'autorité ont su rendre facile cet accord du médecin avec l'Administration pour avoir compris leur devoir. Certains préfets, dont je dirai que le mérite fut grand, et dont l'intelligence est particulièrement avisée, ont défendu cette formule : ni état médecin, ni médecin fonctionnaire, et se sont assuré les concours médicaux les plus assidus. Mais ils pensent ceux-là, car je tiens à les laisser parler, que la médecine sociale ne doit pas être une médecine au rabais, qu'il ne faut rien faire qui puisse abaisser la fierté et la noblesse d'une profession essentiellement libérale, profondément humaine, périlleuse par ailleurs et qui est ainsi égale aux plus grandes. Ils sont convaincus qu'au moment où des législations voient le jour qui doivent protéger les ouvriers contre les accidents, la maladie, l'invalidité, c'est une question élémentaire de mesure et de justice que la prévoyance sociale ne se fasse pas aux dépens du seul médecin, sous le prétexte que cette prévoyance vise l'indigent.

Le corps médical garde toujours son aptitude à faire son devoir plus que son métier; il accepte qu'on réclame de lui tous les efforts, mais il n'oublie pas que son art ne laisse pas de vouloir souvent des choses très hautes, que cela seul mérite le respect. Toutes ces chose, s'entendent non seulement du corps médical civil, mais aussi des diverses médecines militaires. Le médecin de l'armée ou de la marine, soumis à ces deux nobles disciplines, militaire et médicale, dont le rôle majeur, en temps de paix comme en temps de guerre est de conjurer la maladie, reste toujours celui qui, en pleine bataille sans être soutenu par l'exaltation de la lutte, poursuit son œuvre d'humanité aux heures où tout s'acharne à réaliser la souffrance et la destruction.

Toutes ces choses s'entendent aussi du médecin colonial militaire ou civil, chevalier errant du devoir, sur la tâche duquel le public a des notions si vagues. Merveilleux agent de pénétration, là où les armées ne peuvent aller, faisant beaucoup avec peu de moyens, cette qualité éminemment française dont il fut tant abusé, ayant le sens du possible avec le goût de l'impossible, il obéit sans cesse, dans un isolement souvent inhumain, aux lois de la vie héroïque.

La vigueur morale est commune chez ceux dont la vie professionnelle est une lutte perpétuelle contre la nature, comporte de si grands devoirs et permet de rendre de si grands services.

Quand des hommes sont dirigés par des doctrines qui ne sont pas la loi d'un jour et qui permettent d'établir un tel bilan national, je ne demanderai pas quelle récompense, mais seulement quel respect ne méritent-ils pas?

Mais, aujourd'hui, s'affirment de nouvelles réalités heureuses qui légitiment de grandes espérances. Des forces s'organisent qui tendent à rapprocher les peuples les uns des autres en dépit des diversités de race, de langue, d'intérêts.

Les servitudes des États d'après-guerre ont rendu plus sensibles les notions de rapprochement et de concorde, et sur le terrain de la santé publique internationales, de grandes choses se sont déjà accomplies qui permettent d'entrevoir les événements plus grands encore.

A cette œuvre de coopération, de haute portée scientifique et pratique, assez vaste pour requérir tous les concours et toutes les énergies, l'Office d'hygiène internationale, l'Association internationale des Sociétés de Croix-Rouge, puis la Société des Nations se sont consacrées. Et dans leurs comités d'hygiène, hommes d'études et hommes d'action se sont réunis pour accroître les actes de sauvegarde contre la maladie, assurer l'interéchange des mesures prophylactiques et curatives qui diminueront la souffrance humaine, et ainsi multiplier les raisons de tolérance et de fraternité.

La France qui est en train de réaliser son magnifique redressement et rassemble dans ce but toutes ses énergies ne s'est pas dérobée à cet effort international.

L'étendue des travaux déjà accomplis, dont sans doute les premières ébauches ne sont pas d'aujourd'hui, n'est certes pas assez connue. L'intérêt qui s'attache plus volontiers aux événements politiques, même d'importance relative et passagère, l'emporte sur les efforts poursuivis en vue de traiter les véritables problèmes qui doivent se résoudre pour le bien de tous. Il reste toutefois consolant et moral, que parmi les divers comités de la Société des Nations, ceux qui s'occupent de l'hygiène internationale ou de défense contre les calamités mondiales, riches de science, sont également les plus largement dotés en ressources matérielles.

Sans vouloir trop laisser courir son imagination ou se livrer à des anticipations trop audacieuses, on peut accepter que cette croisade internationale sera victorieuse.

Et ainsi pourra se renforcer cette croyance pieuse de notre grand Pasteur que la science et la paix triompheront un jour de l'ignorance et de la guerre, que les peuples pourront s'entendre, non pour détruire, mais pour édifier. Ainsi se confirmera la vérité de cette belle pensée de Tagore, que « le degré de perfection d'une civilisation se mesure non à la source de puissance qu'elle a permis d'atteindre, mais au rythme selon lequel les institutions et les lois créées par elle auront développé l'amour de l'humanité. »

LE CONGRÈS DE LAUSANNE

Grand succès pour le *Ve Congrès de pédiatrie des médecins de langue française* tenu à Lausanne du 29 septembre au 3 octobre 1927! Un nombre imposant de congressistes, parmi lesquels : pour Paris, les professeurs Marfan et Nobécourt, MM. Armand-Delille, Barbier, Brizard, Cathala, Debré, Duchon, Duhem, Dulong, Grenet, Hallé, Huber, Janet, Lamy, Lemaire, Lereboullet, Lesné, Marquézy, Paisseau, Pichon, Ribadeau-Dumas, Rœderer, Sorrel, Terrien, Tixier; pour Lyon, le professeur Mouriquand, avec sa brillante phalange : MM. Bertoye, Dufour, Sédaillan; pour Bordeaux, MM. Rocaz et Rocher; pour Marseille, le professeur Cassouté; pour Montpellier, le professeur Leenhardt; pour Nancy, le professeur Etienne et M. Caussade; pour Strasbourg, le professeur Rohmer, MM. Forest et Woringer; MM. Beutter (de Saint-Etienne), d'Œlsnitz (de Nice), Dasse (de Besançon); Burin Desroziers (de la Bourboule), du Pasquier (de Saint-Honoré), Pierre Dupuy, de Kerdrel. Quelques Belges, dont le professeur Plumier (de Liége), MM. Borremans et Garr. s; un Hollandais, M. Gorter; un Portugais, M. Lage; un Polonais, M. Mogilincki. Un programme parfaitement compris, faisant alterner les rapports et communications techniques, dont notre collaborateur spécial rendra compte, avec les excursions. Et quelles excursions! L'une à Caux et à Montreux, l'autre à Leysin. Favorisée d'un temps splendide, la première nous a permis d'admirer par deux fois, dans un même jour, le lac Léman, le matin, de passer tout près du château de Chillon, de Vevey et de ses « verts pommiers », d'écouter

> Le bercement des flots sous la chanson des branches,

le soir, d'assister d'abord à un coucher de soleil romantique, digne d'être célébré par Chateaubriand, plus tard, de contempler le ciel tout « fleuri d'étoiles limpides », et si émouvant,

> Quand, dans la nuit sereine, une blanche nuée
> Danse autour du croissant des cieux.

Quant à la seconde, elle a été pour nous ce qu'avait déjà été la conférence de l'habile et aimable docteur Nicod sur le *Traitement orthopédique de la paralysie infantile*, la plus utile des leçons de choses. Après avoir vu les petits tuberculeux soignés par M. Rollier, après avoir constaté le bon état de leurs chairs, le développement harmonieux de leur musculature, leur gaieté et leur entrain, comment n'aurions-nous pas compris, avec Michelet, que « de toutes les fleurs, c'est la « fleur humaine qui a le plus besoin de soleil »? Une hospitalité simple et cordiale. A Lausanne, qu'habitèrent jadis, comme le fait remarquer le professeur Marfan, des Français de marque : Joseph de Maistre, Voltaire, Sainte-Beuve, sans oublier l'Elvire de Lamartine; à Genève, où la Société de pédiatrie a tenu une réunion, présidée par le professeur d'Espine, en l'honneur des congressistes qui ont aussi été reçus par le vénérable M. Martin du Pan; à Caux, à Montreux, partout, nous nous sommes sentis chez nous; partout, un grand courant de sympathie et d'affection, partout la joie de se voir et, plus grande encore pour ceux qui se connaissaient déjà, celle de se revoir! Partout l'accueil le plus amical de nos confrères dans leurs familiales demeures, que vient encore éclairer le sourire de leurs charmantes compagnes!

De ce succès, tout l'honneur revient au secrétaire général, M. Exchaquet, bonne grâce agissante, affabilité bien organisée qui peut, en même temps, répondre aux questions les plus diverses, résoudre les difficultés les plus imprévues et garder le sourire, comme au professeur Taillens. Heureux homme, qui commande aux éléments, obtenant de son vieil ami Jupiter qu'il fasse, pour les excursions, un temps splendide! Plus heureux encore, ses auditeurs qu'il a régalés d'esprit! De l'esprit? Il le fait jaillir comme une source, bondir comme un torrent, scintiller au soleil, rouler de cascade en cascade. Avec lui, jamais à craindre de carence! A la fin d'une journée où il l'a prodigué, il lui en reste assez pour en revendre aux nouveaux riches et en entretenir plusieurs familles de pauvres. Comment, en l'écoutant, ne pas évoquer la boutade d'Anatole France sur Jules Lemaître : « Quelle autorité n'au- « rait-il point acquise, s'il était de moitié moins intelligent? »

L. BABONNEIX.

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE

DE CLIMATOLOGIE ET DE GÉOLOGIE MÉDICALES

(Lyon, 1927.)

Le Congrès d'hydrologie s'est terminé dimanche dernier. Organisée par M. le professeur agrégé Piéry, cette splendide manifestation a mis une fois de plus en relief les merveilleuses ressources hydrominérales et climatiques de notre pays. Les rapports, les discussions, les nombreuses communications nous ont donné l'occasion d'entendre de très intéressants travaux démontrant avec quel soin les ressources thérapeutiques de nos stations sont utilisées pour le plus grand bien d'innombrables malades. Il n'est pas inutile d'insister sur ce point puisque pour des étrangers, bien mal renseignés, nos stations ne sont que des lieux de plaisir!... Mais passons...

Les délégués étrangers et les 500 congressistes ont marqué par leur assiduité aux séances du Congrès tout l'intérêt qu'ils prenaient à cette magnifique réunion scientifique. Si elle a remporté un splendide succès il n'est que juste d'en reporter tout le mérite à M. le professeur Pic, président du Congrès, et à ses aimables collaborateurs : M. Piéry qui fut l'animateur du Congrès, MM. Milhaud, Piatot, Poirot-Delpech et Mazeran.

Le Congrès était divisé en trois sections, hydrologie, climatologie et géologie; dans chacune des sections ont été exposés de très intéressants rapports que nous allons tâcher d'analyser.

SECTION D'HYDROLOGIE

Présidents : MM. le professeur PINILLA (de Madrid) et SELLIER (de Bordeaux); *Vice-présidents* : M. le professeur SERR (de Toulouse) et M. le docteur BLUM (de Strasbourg).

Le premier rapport était consacré à l'équilibre acide base et à la thérapeutique hydro-minérale.

Avant de l'exposer, le rapporteur M. Roger Glénard a rappelé le rôle de son grand-père dans la fondation de la Faculté de Lyon.

Par une pieuse pensée, il a rappelé aussi que c'est à Lyon que son très regretté père Frantz Glénard a entrepris ses plus beaux travaux : amélioration des techniques de palpation abdominale, description des ptoses viscérales vingt ans avant les rayons X, découverte de la sangle qui devait affranchir les femmes de la tyrannie du corset, doctrine de l'hépatisme.

Il était impossible de mieux inaugurer les discussions du Congrès qu'en rappelant ces souvenirs qui font autant d'honneur à l'hydrologie français qu'à la Faculté de Lyon.

Rapport sur l'équilibre acide-base et la thérapeutique hydro-minérale.

Par MM. R. GLÉNARD, MATHIEU DE FOSSEY et MANCEAU (de Vichy).

Mettant à profit les nouveaux procédés de recherches sur l'équilibre acide-basique, les auteurs ont étudié, d'une part, la concentration ionique des eaux minérales elles-mêmes; d'autre part, l'action des cures thermales, dites alcalines, sur l'équilibre acide-basique de l'organisme.

Les eaux de Vichy dont on connaît l'importante alcalinité

de titration (5 grammes de bicarbonate de soude par litre) ont à l'émergence une réaction ionique, autrement dit un pH neutre pour certaines d'entre elles et légèrement acide pour d'autres (6,8-6,6) aux réactifs de Sorensen, comme MM. Desgrez et Bierry l'avaient constaté antérieurement par les mêmes procédés.

Cette légère acidité ionique provient de leur grande teneur en acide carbonique libre (800 à 900 centimètres cubes par litre) dont les ions acides masquent momentanément l'alcalinité fondamentale de ces eaux.

La réaction ionique des eaux de Vichy, d'autant plus acide qu'il s'agit de source plus froide, se maintient absolument fixe dans les jours qui suivent, si l'on a pris soin d'utiliser des récipients où le contact de l'eau avec l'air ne soit pas trop étendu.

La forte salinité en bicarbonate de ces eaux est la cause de ce phénomène, car, dans les eaux peu minéralisées d'Evian et de Vittel, la réaction ionique alcaline à l'émergence le devient de plus en plus par la suite.

Il en est de même des eaux sulfureuses de Challes, mais en ce qui concerne les eaux de Luchon et de Cauterets, l'évolution se fait en sens inverse, vers l'acidité par suite des transformations corrélatives au « blanchiment ».

Le pH des eaux minérales alcalines n'a pas d'autre importance que celle des ions d'acide carbonique auxquels il correspond et dont la valeur thérapeutique est d'ordre secondaire, mais il est un des témoins les plus intéressants de la complexité du milieu que constituent les eaux à l'émergence et de la sorte de vie intérieure qui les anime.

Pour ce qui est de l'action de la cure de Vichy sur l'équilibre acide-base de l'organisme, elle ne peut se juger que très imparfaitement par la recherche du pH urinaire, aussi les auteurs se sont-ils attachés seulement à l'étude de la réserve alcaline du sang par la méthode de Van Slyke.

19 malades ont été examinés de cette manière, au début et à la fin de la cure. De l'ensemble de ces analyses, il résulte que les malades arrivés en état d'acidité sont rapidement alcalinisés, les malades à réserve alcaline normale légèrement alcalinisés, enfin les sujets arrivés en état d'alcalose, franchement acidifiés, le retour vers la normale se faisant d'une façon progressive, ou seulement après une poussée d'alcalinité s'accompagnant des symptômes caractéristiques de la crise thermale.

Les modifications de l'équilibre acide-basique amenées par la cure de Vichy se caractérisent donc surtout par une tendance au retour vers la normale de la réserve alcaline, quel qu'ait été le sens de la déviation à l'arrivée.

Dans l'ensemble, la cure de Vichy n'a pas cette action constamment alcalinique qu'on lui attribue si communément. Tout ce que nous savons de l'étude physico-chimique de ces eaux incite à voir en elles, bien moins une solution simplement alcaline qu'un complexe de forces, en partie catatyliques, agissant à doses souvent minimes et dont nous commençons à entrevoir la nature.

Gynécologie et cures hydrominérales.

Par MM. David (de Salies-de-Béarn), Macrez (de Saint-Sauveur), Macé de Lépinay (de Néris), L. M. Pierra (de Luxeuil).

Parmi les stations hydrominérales si nombreuses, de France, il en est quelques-unes qui méritent le nom de *stations gynécologiques*. On peut les diviser en trois groupes :

Sources chlorurées sodiques ou magnésiennes froides dont le type est Salies-de-Béarn;

Sources sulfureuses sodiques ou calciques chaudes dont le type est Saint-Sauveur;

Sources faiblement minéralisées et hyperthermales telles que Luxeuil et Néris.

Le traitement thermal doit s'adresser aux inflammations atténuées et refroidies, c'est-à-dire à ces innombrables lésions inflammatoires passées à la chronicité. La grossesse ne paraît pas être une contre-indication. Laissant de côté les modalités du traitement voyons quelles sont les indications de la cure.

Aménorrhée. — Les eaux sédatives (Néris) seront réservées aux nerveuses, aux inhibées, aux spasmées.

Les eaux sulfureuses seront employées comme tonique sur les anémiques, les convalescentes fragiles. Elles aideront puissamment la thérapeutique antisyphilitique.

Les eaux chlorurées sodiques faibles ou fortes seront indiquées pour les enfants arriérés, les jeunes filles amaigries, les jeunes femmes en hypoplasie.

Dysménorrhée. — Dans les métrites chroniques, les eaux sulfureuses (Saint-Sauveur, Cauterets, Eaux-Chaudes) trouvent leurs indications. Les métrites particulièrement douloureuses sont justiciables de Néris, Ussat, Luxeuil, Bagnères-de-Bigorre, Plombières. Il en est de même de la dysménorrhée membraneuse.

Les dysménorrhées fonctionnelles trouveront à Néris, Plombières et Luxeuil l'action sédative qui leur convient. Les femmes atteintes de maladies de la nutrition seront envoyées à Vichy, Vals, Royat, Saint-Nectaire.

Les *hémorragies utérines* seront traitées à Bussang, Luxeuil, ou Néris.

Les *troubles nerveux*, les névralgies pelviennes, le vaginisme, etc., relèvent des eaux faiblement minéralisées à action sédative.

Après une étude des indications de la cure du *fibrome* dans laquelle l'hydrologiste doit collaborer avec le chirurgien, les rapporteurs abordent la question de la stérilité, et montrent l'action curatrice primordiale du soufre, associé aux eaux arsenicales, ferrugineuses, alcalines, chlorurées, indéterminées, toutes les fois que l'état général doit être relevé.

Dans les cas de stérilité de cause inconnue il faudra s'adresser aux sources dont les eaux, dit Bordeu, sont « imprégnadères », les Eaux-Chaudes, Plombières, Saint Sauveur.

Les bases anatomiques et pathogéniques des cures hydrominérales en gynécologie.

Par le professeur agrégé Cotte, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Aux considérations cliniques qui précèdent et dont nous avons donné un trop faible aperçu, M. Cotte vient ajouter « les constatations anatomiques que les chirurgiens sont amenés à faire au cours de leurs interventions ».

Dans son exposé le rapporteur montre l'influence que le traitement hydrominéral apporte sur l'évolution des troubles de l'appareil génital. Il étudie successivement les déviations utérines, les inflammations pelviennes, les fibromes, les troubles fonctionnels, et il montre combien l'héliothérapie et les cures thermales apportent un utile appoint à la chirurgie quand on les utilise, et tout le monde est d'accord sur ce point, à la période chronique.

Le thorium et ses dérivés dans les cures hydrominérales.

Par MM. le professeur Cluzel et M. le professeur agrégé A. Chevallier (de Lyon).

« Si, comme on le pense généralement, disent les rapporteurs, la présence des corps radio-actifs dans les stations hydrominérales peut influencer l'action thérapeutique, on doit tenir compte, non seulement du radon, mais encore du thoron, car le thorium et ses dérivés montrent une action pharmacodynamique intense qui est souvent différente de celle des éléments de la famille de l'uranium.

Malgré la grande diffusion des dérivés du thorium dans les roches, les recherches de ces éléments dans les produits des stations ont presque toujours été négatives. Ce résultat peut s'expliquer par les caractères physiques de ces corps radio-actifs; la brièveté de la vie du thoron, le rôle de la pesanteur sur le dépôt actif en particulier, conditionnent une certaine

répartition de ces substances qui rend leur recherche difficile.

Il est probable que l'examen attentif des dépôts au niveau des griffons et des résidus d'évaporation permettrait, dans bien des cas, de déceler leur présence, ainsi qu'on a pu le faire pour certaines sources, et notamment pour Kreuznach et l'Echaillon. »

SECTION DE CLIMATOLOGIE

Présidents : MM. les professeurs Cérésole (de Padoue) et A. Chassevant (d'Alger); *vice-présidents :* MM. le professeur Perrin (de Nancy) et Lalesque (d'Arcachon).

La radio-activité de l'atmosphère et son rôle en climatologie.

Par MM. le professeur Pech (de Montpellier) et Ad. Lepape (de Paris).

« Des diverses recherches faites jusqu'à ce jour dans les observatoires étudiant la question de la radio-activité de l'atmosphère, il semble résulter :

1° Que la teneur de l'air en émanation est assez faible (étant celle qui correspond à l'équilibre avec 10^{-10} grammes de radium par mètre cube d'air) ;

2° Que les résultats des mesures de radio-activité de l'atmosphère paraissent en discordance avec ceux des mesures de déperdition de l'électricité à l'air libre et de conductibilité de l'atmosphère. Il semble donc que la radio-activité n'entre que pour une bien faible part dans les variations de conductibilité de l'air en un point donné du globe.

Au point de vue biologique, étant donné que les expériences faites jusqu'à ce jour tendent à prouver que les faibles quantités d'émanation existant dans l'air sont incapables d'influencer d'une façon notable la nutrition d'un être vivant, il semble bien improbable que la radio-activité de l'atmosphère puisse jouer un rôle décelable en climatologie.

Les variations de la radio-activité de l'air étant de même sens que celles du champ électrique de l'atmosphère (alors que l'hypothèse de la radio-activité nous ferait prévoir le phénomène inverse), et celles-ci ayant une influence non douteuse sur la nutrition des êtres vivants, il semble bien difficile de déterminer exactement quel peut être, s'il en existe, le rôle de la radio-activité de l'atmosphère en climatologie. »

Le sympathique en climatologie.

Par M. le professeur agrégé Laignel-Lavastine (de Paris).

Le sympathique ayant, entre autres fonctions harmonisantes, celle d'être l'intermédiaire obligé entre la dynamique extérieure, générale et locale, et la dynamique intérieure de chaque être vivant, joue un rôle prépondérant pour la sauvegarde de cet agrégat, très susceptible, dans bien des cas, à l'égard des variations du milieu, quand elles dépassent certaines proportions

La complexité fonctionnelle présente du sympathique, nécessaire pour remplir ce rôle, est l'aboutissant d'une suite infinie de transformations insensiblement amenées par l'action constante du milieu en évolution lui-même à travers le temps et ayant, par là, entraîné des réactions et modifications successives de la matière vivante en voie d'organisation parallèle sous cette influence.

Dans le milieu habituel d'un homme normal et robuste des pays tempérés, la mise au point incessante se fait sans qu'il s'en doute et surtout qu'il en souffre. Seuls les sujets héréditairement sensibles ou sensibilisés accidentellement par des causes diverses, sont influencés et gênés, à différents titres, par les manifestations brusques ou violentes de certains éléments extérieurs.

Cette *sensibilité météorique*, par l'atteinte à la régulation habituelle, produit des écarts physiologiques quelquefois extrêmes et capables d'entraîner, directement ou indirectement, des faits pathologiques immédiats ou ultérieurs.

A plus forte raison, des faits semblables sont-ils à craindre dans les climats excessifs pour les sujets venus, surtout sans transition ménagée, des climats tempérés, ou pour les indigènes des climats excessifs quand ils sont de même transportés dans un climat très différent du leur.

SECTION DE GÉOLOGIE

ET D'AMÉNAGEMENT SCIENTIFIQUE DES STATIONS DE CURE

Président : M. le professeur Depéret (de Lyon); *vice-présidents :* MM. le docteur Mayet et Tony Garnier (de Lyon).

Origine et hydro-géologie des eaux thermales radio-actives.

Par M. Pierre Urbain (de Paris).

Le rapporteur étudie d'abord les éléments radio-actifs dans les roches et les minéraux. Les sources radio-actives doivent se rencontrer de préférence dans les régions à sous-sol cristallin ou au pourtour des volcans en activité ou récemment éteints. On aura plus de chance de les rencontrer dans les roches *acides*, riches en muscovite, en zircon, en éléments fluorés. Ces sources contiendront des éléments concentrés ou dispersés, ce dernier est le type normal.

Dans une deuxième partie, le rapporteur étudie les éléments radio-actifs dans les eaux thermales, leurs gaz spontanés et leurs dépôts.

Enfin, il fait une étude de quelques sources françaises à radio-activité élevée, Bagnères-de-Luchon et Châteldon.

L'organisation et l'outillage de la station hydro-minérale radio-active.

Par MM. Milhaud, Piéry et Pierre Urbain.

Dans ce rapport considérable, les auteurs font un « exposé analytique et détaillé de tout l'outillage technique et architectural de la station qui veut utiliser au mieux ses recherches radio-actives ».

En voici les principales divisions.

A. Comment choisir les méthodes de traitement :

I. Les éléments radio-actifs dans des eaux minérales.
II. Les voies d'absorption des radio-éléments.
III. Les techniques émanothérapiques.

B. Comment établir et utiliser l'outillage de la station hydro-minérale radio-active :

I. Les émanatoria.
II. La pratique des bains radio-actifs.
III. Les bains et les applications de boues radio-actives.
IV. Aspirations individuelles ou humages radio-actifs.
V. La cure de boisson.

C. Construction de l'établissement thermal de la station hydro-minérale radio-active :

I. Captage et adduction de l'eau minérale radio-active.
II. Construction et aménagement intérieur de l'établissement thermal.
III. Les Thermes gallo-romains et l'émanothérapie thermale.
IV. Utilisation de l'atmosphère des stations radio-actives.

La place nous manque pour parler des discussions auxquelles donnèrent lieu les rapports ainsi que des communications qui furent très nombreuses.

Nous devons mentionner des conférences qui furent très goûtées, celle du docteur Boigey (de Vittel), sur la cure d'exercice comme adjuvant des cures d'eau, celle du docteur Barraud (de Châtelaillon), sur nos enfants à la mer. Notre confrère Molinéry (de Luchon), en historien et lettré averti parla des cures thermales au temps passé, enfin le docteur Paillet (de Saint-Gervais), traita des enfants à la montagne.

Nous devons aussi mentionner les vœux adoptés par le

Congrès dans sa dernière séance, leur importance n'a pas besoin d'être soulignée :

1° Vœu de la Fédération des médecins du Centre, protestant contre la campagne de diffamation systématique par brochures, circulaires, tracts, entreprise contre les médecins de stations françaises, et demandent aux Pouvoirs publics d'en assurer la répression.

2° Vœu des médecins des stations climatiques, en faveur de la protection des forêts voisines, et demandent aux Pouvoirs publics d'instituer un périmètre de protection, afin d'assurer leur conservation.

3° Vœu en faveur de la création d'une chaire d'hydrologie dans chaque Faculté de médecine, et d'une agrégation spéciale d'hydrologie et climatologie.

4° Vœu en faveur de la standardisation des procédés d'analyse des eaux minérales et de la notation des éléments.

5° Vœu en faveur de la centralisation des travaux concernant les stations à l'Institut central d'hydrologie.

6° Vœu pour que la reconnaissance des stations climatiques et hydrominérales soit entourée de plus de garanties qu'actuellement (enquête préalable confiée à des compétences étrangères à la station demanderesse).

7° M. le député Baréty invite le Congrès à formuler un vœu en faveur de la création d'un crédit thermal destiné, comme le crédit hôtelier, à faciliter le développement des stations françaises.

M. le professeur Piéry dépose un vœu dans ce sens.

En terminant ce court et trop incomplet compte rendu, nous devons féliciter les organisateurs de l'Exposition qui ont permis à nos stations thermales et climatiques de faire la plus utile des démonstrations.

Nous devons aussi leur dire quel souvenir, très vif, nous gardons de l'accueil si cordial que nous avons reçu à Lyon, il nous a permis une fois de plus d'apprécier la somptuosité et le charme de l'hospitalité lyonnaise. F. L. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1927)

Les étages lymphoïdes du tractus digestif. — MM. R. ARGAUD et G. BILLARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1927)

Notice nécrologique sur M. Kirmisson. — M. AUVRAY.

Adresse. — M. le professeur VELEZ (de Mexico) remet à l'Académie une adresse de l'Académie de médecine du Mexique.

Les spécialités pharmaceutiques. — M. ACHARD. Les spécialités pharmaceutiques se multiplient chaque jour. Elles ont des avantages et des inconvénients.

Les avantages, c'est d'abord de fournir aux médecins des médicaments difficiles à préparer ou dont les effets varient suivant le mode de préparation. C'est aussi de fournir au public des remèdes sous une forme commode, voire même agréable. C'est enfin de simplifier l'ordonnance du médecin.

La publicité de telles spécialités peut se borner au corps médical.

Les inconvénients résultent surtout de la publicité tapageuse qui incite les malades et quelques bien portants à se traiter eux-mêmes à tort et à travers.

Divers pays ont institué un contrôle des spécialités. De plus, la question est devenue internationale et des conférences ont fixé des conditions d'étalonnage et de vérification chimique et expérimentale. Des contrôleurs ont même été désignés. Or, la clinique doit aussi dire son mot, et même le dernier mot.

La question a donc pris une ampleur considérable. Elle mérite une étude d'ensemble avec la collaboration des praticiens.

Virus filtrant tuberculeux et résistance à la tuberculose. — M. Fernand Arloing (de Lyon) et ses collaborateurs MM. L. Thévenot, A. Dufourt et J. Malartre exposent dans une intéressante communication faite à l'Académie de médecine qu'ils ont pu créer chez le cobaye, à l'aide d'injections préalables de virus tuberculeux filtrant, une résistance remarquable à l'égard d'une infection d'épreuve par un bacille tuberculeux très virulent.

Si certaines souches très actives de virus tuberculeux filtrants peuvent faire mourir d'hypotrophies les nourrissons qui en héritent d'une mère tuberculeuses, d'autres souches de virulence atténuée sont capables, après avoir traversé le placenta pendant la gestation, de développer une certaine immunité dans l'organisme de l'enfant.

Le problème de l'hérédité tuberçuleuse se trouve ainsi renouvelé en même temps qu'élargi. A côté de l'hérédo-infection par le virus filtrant tuberculeux, il y a lieu, avec les savants lyonnais, de penser à la possibilité d'une hérédo-immunité tuberculeuse plus ou moins complète.

Résistance conférée au cobaye par le virus filtrant tuberculeux vis-à-vis de l'infection tuberculeuse expérimentale mortelle. — MM. F. Arloing, L. Thévenot, A. Dufourt et J. Malartre ont vu, après avoir injecté au cobaye 2 centimètres cubes de virus filtrant tuberculeux retiré de lésions humaines (ganglions caséeux de l'enfance, urines) ou de cultures solides et liquides, que dans certains cas l'infection d'un organisme par le virus filtrant tuberculeux lui confère une résistance parfois très considérable aux effets d'un bacille tuberculeux virulent.

Une virulence spéciale, une dose appropriée des éléments filtrants sont vraisemblablement à la base de cette résistance qui, dans certains cas, peut être absolue et qui ne se manifeste qu'à l'égard d'un bacille assaillant de virulence convenable. Une virulence forte du bacille surinfectant est capable de triompher de cet état d'immunité.

Une hérédo-immunité peut être logiquement admise comme possible à la suite du passage transplacentaire d'éléments tuberculeux filtrants.

Le virus tuberculeux filtrant est en somme doué d'une gamme de virulence très étendue allant de la tuberculisation du sujet et de l'hypotrophie mortelle ou temporaire à l'hérédo-sensibilisation ou à l'hérédo-immunité. Ces deux derniers états allergiques, de sens opposé, au point de paraître contradictoires, résultent de la virulence variable et de la dose du virus filtrant allergisant, sensibilisant ou immunisant, ainsi que de la virulence, de la dose et de la voie d'introduction du bacille tuberculeux acido-résistant pathogène de l'infection postnatale.

Le précancer. — M. O. Laurent (de Nice). « Il faut transposer le problème thérapeutique de cancer sur un terrain solide, le précancer, pour réaliser la thérapeutique préventive du cancer. Le cancer est une néoformation lyso-hypernucléée, avec endocrinose réactive, par irritation physico-chimique, la mutabilité, l'instabilité cellulaire, plus marquée dans le précancer et dans la famille à cancer, constituant la prédisposition. Le précancer est une hyperplasie congénitale ou acquise, constituant une localisation élective du cancer, bien étudiée par M. le professeur Ménétrier. Globalement, dans 7 p. 100 des cas, le cancer succède aux traumas répétés, et dans la moitié des cas le cancer de l'estomac succède à l'ulcère. Qui sait si la potentialité cancéreuse n'est pas le lot de la majorité vers l'âge moyen. »

On peut établir l'équation : l'intervention précoce c'est la curabilité; tardive, c'est la mort. Le devoir formel du praticien c'est la recherche du précancer et de toute lésion susceptible de malignité.

La forme aseptique de la lithiase de la vésicule biliaire. — M. Gosset. La lithiase biliaire n'est pas toujours de nature infectieuse. Souvent il s'agit d'une lithiase humorale aseptique par excès de cholestérine.

INFORMATIONS

(SUITE)

GUERRE. — Liste des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1927 :

A. Troupes métropolitaines. — 1° *Section de médecine.* — *a.* A quatre inscriptions : Arloing, Boursiac, Gossart, Tempier, Cadars, Maclou, Bonamy, Pigache, Tripier, Météreau, Boron, Martin (R.-C.-V.), Charransol, Arnaud, Gremillet, Cuzin, Bécuwe, Roy, Martinaud, Deumié, Marty (Pierre), Humilien, Cazeilles, Berthon, Boubée, Rivière, Esparrac, Devoivre, Deguise, Muller, Beyrie, Séger, Morand (P.-A.-A.-A.), Bertier, Prieur, Ory, Cartier, Clément, Morand (G.-A.-H.), Barbelanne, Landrieu, Minot, Barès, Rolland, Denayrolles, Fisquet.

b. Candidats P. C. N. : Champsaur, Balgairies, Barbéro, Vairel, Sillion, Schneyder, Juillet, Cornetet, Bertrand (J.-A.), Hascoët, Fagot, Bolot, Chon, Liénard, Cazals, Dessort, Ferrari, Warler, Duffard, Duguet, Rescanières, Laboureau, Falconnet, Huc, Viennot, Riolacci, Gaud, Colis, Gravier, Pouhin, Aigrot, Coyault, Deramaix, Chakroum, Vincent, Terver, Prades, Danthony, Armengaud, Vidaillac, Blancardi, Melnotte, Olivier, Chateau, Bonnet, Vialle, Beaumont, Maurin, Regerat, Vidal (G.-E.), Chabannes, Jandot, Masson, Bureau, Martin (M.-H.-A.), Ducros, Géraud, Avenard, Boisbourdin, Jean, Cadéot, Marnac, Carli, Piana, Bloch, Pétel, Delard, Nouguès, Deramond, Roquigny, Pataa, Daniel, Dautané, Chabrier, Giordan, Martin (R.-H.), Lutrot, Carreau, Audoine, Richard, Cantégrit, Bros, Tusques, Ardorino, David, Belaubre, Petchot-Hacqué, Peyronel, Leduc, Le Pavec, Geisert, Pruvot, Tartarin, Denis, Noguez, Amigues, Rabaute, Bertrand (P.-F.-B.-J.-L.-A.), Ovide, Loubet, Vidal (M.-J.), Flottes, Lonchampt, Bouillé, Aufrère, Delorme, Souron, Paleyron, Arnaud, Mazzucca, Thiébaut, Molinier, Serny, Roques, Lafont, Blot, Doublet, Jan, Tailhades, Arnal (C.-J.), Calvet, Le Bihan, Raynaud, Undreiner, Arnal (J.-P.-M.-A.), Péchoux, Clec'h, Jirou, Charet, Costes, Demonet, Rouvière, Luigi, Guiraud, Courchinoux, Renard, Robine, Lemoine, Romand, Landès.

2° *Section de pharmacie.* — *a.* A quatre inscriptions : Legendre, Dodane.

b. Sans inscription (stagiaires) : Faure, Abadie, Chevet, Rabeyrolles, Berthelot, Chapheau, Maleval, Péronnet, Stéphan, Janoli, Grimouille, Roualec, Le Moult.

B. Troupes coloniales. — *a.* A quatre inscriptions : Eymard, Chazel, Blaës, Demur, Henry, Bascou, Darnault, Rémy.

b. Candidats P. C. N. : Journe, Gaillard, Barbier, Seyberlich, Jacques, Lecoanet, Robert, Rimbaut, Rouan, Péret, Poitrot, Milliau, Bianchi, Guérin, Richard, Lamy, Matras.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Nº 84. — MERCREDI 19 OCTOBRE 1927. 100ᵉ ANNÉE MERCREDI 19 OCTOBRE 1927. — Nº 84.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6ᵉ

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Les journées de Villemin. — Après le centenaire de Laennec qui proclama l'unicité de la tuberculose, la France commémore cette année le centenaire de Villemin à qui l'on doit la démonstration de l'inoculabilité et de la réalité du virus tuberculeux dont R. Koch devait plus tard identifier l'agent.

Les fêtes ont débuté samedi par la réception des délégués au Val-de-Grâce où professa Villemin, par une réception à l'Hôtel de Ville, et enfin par une cérémonie à la Sorbonne.

La cérémonie de la Sorbonne. — La cérémonie commémorative de la Sorbonne était présidée par M. le ministre de la Guerre ayant à ses côtés le colonel Marassé de la Maison militaire du Président de la République, le Recteur, le Président du Sénat, des représentants de la Ville, de l'Académie de médecine, la famille de Villemin, des délégations de l'armée française et de toutes les armées étrangères.

M. le professeur Calmette, avec sa grande autorité, a exposé les travaux de Villemin, son œuvre expérimentale et son influence sur l'évolution de la phtisiologie. Puis M. le médecin inspecteur Savornin a parlé de la vie et du caractère de Villemin. Enfin, après que les délégués de 50 gouvernements étrangers eurent remis les adresses de leurs gouvernements, M. Paul Painlevé apporta à la grande mémoire de Villemin l'hommage de l'armée et du gouvernement.

La cérémonie comprenait une partie artistique. La musique de la Garde républicaine exécuta, dirigée par M. Gabriel Pierné, membre de l'Institut, la marche solennelle que M. Pierné composa, en 1888, pendant un séjour chez Villemin à Pont-du-Casse. Puis Mᵐᵉ Madeleine Roch vint dire un bel hommage à Villemin de notre vénéré maître M. Charles Richet.

Dimanche a eu lieu au Val-de-Grâce la Journée de la tuberculose. Elle a consisté en deux séances de travail consacrées à des conférences et à des communications.

Lundi, dans une séance solennelle au Val-de-Grâce, M. le professeur Dopter a parlé de Villemin à Strasbourg et au Val-de-Grâce. M. le professeur Léon Bernard a traité de l'œuvre de Villemin et de ses conséquences pratiques. Enfin, M. Painlevé, ministre de la Guerre, a apporté l'hommage du gouvernement à la mémoire du grand savant.

Mardi, l'Académie de médecine a consacré une séance spéciale à la commémoration de Villemin.

M. le ministre de l'Instruction publique présidait la séance au cours de laquelle M. le professeur Gley a montré le rôle de Villemin à l'Académie. M. le professeur Achard a parlé de « Villemin et de la médecine de son temps » et M. le professeur Bezançon a prononcé sur « Villemin et la notion de la contagion dans l'infection tuberculose » le discours que nous sommes heureux de reproduire plus loin.

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 13 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic du chancre syphilitique de la verge. — Anatomie, pathologie et symptômes de l'invagination intestinale aiguë chez le nourrisson. »

MM. Lachter-Pachter, 16; Cohen-Deloro et Fauvert, 24; Sanz, 19; Hesse, 25; Antonelli, 21; Lacaze, 16; Moricard, 24; Masset, 28; Vaudour, 20.

Séance du 14 octobre. — Questions données : « Anatomie, pathologie, symptômes et diagnostic des luxations traumatiques dites régulières de la hanche. — Symptômes et diagnostic de la pneumonie caséeuse. »

MM. Douvry, 10; Trubert, 19; Chapon, 15; Bernard, 29; Haik, 13; Salomon, 19; Dufour, 24; Laffaille, 25.

— Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Marchal, Fey, Braine, qui acceptent; Jacob, Etienne Bernard, Marquézy, Petit-Dutaillis, Richard,

Bouchet, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — *Concours de l'adjuvat d'anatomie* (10 octobre 1927). — Jury : président, M. le rofesseur Debierre; membres, MM. les professeurs Gérard, Dubois et Olivier.

Deux places mises au concours.

Dissection. — Questions données : « Artères et nerfs de l'orbite. — Moelle sur la hauteur des quatre vertèbres. »

Ecrit. — Question donnée : « Anatomie et physiologie de l'articulation du genou. »

Question restée dans l'urne : « Anatomie et physiologie de l'articulation temporo-maxillaire. »

Oral. — Question donnée : « Nerf facial. »

Question restée dans l'urne : « Branche profonde du nerf radial. »

A la suite de ce concours, sont nommés : MM. Claude Huriez et Edmond Ducrocq.

XIXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Le Congrès s'est terminé jeudi soir par l'assemblée générale de l'Association des médecins de langue française.

Au cours de cette assemblée, les résolutions suivantes ont été votées :

Première résolution. — A la place de MM. les professeurs Bard et Simon, membres sortants du Comité de direction et non rééligibles, sont élus MM. les professeurs Pic (de Lyon) et Le Sage (de Montréal).

Deuxième résolution. — Le prochain Congrès de l'Association des médecins de langue française se tiendra à Montpellier, en 1929, avec le bureau suivant :

Président : M. le professeur Vedel; vice-présidents : MM. Vires et Leenhardt; secrétaire général : M. le professeur Rimbaud; trésorier : M. Carrieu.

Troisième résolution. — Les questions qui feront l'objet des rapports sont les suivantes :

a. « L'hypotension artérielle. »

b. « Etiologie, physiologie pathologique et pathogénie de la scarlatine. »

c. « Traitement des syndromes anémiques. »

Le Banquet de clôture a rassemblé jeudi 250 congressistes autour de M. le président Pierre Teissier. M. Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur, représentait M. Raymond Poincaré, président du Conseil, et M. Herriot, ministre de l'Instruction publique.

Des toasts chaleureux furent prononcés par MM. Bonorino Udaondo, au nom de l'Argentine et de l'Uruguay; Danielopolu, au nom de la Roumanie et de la Yougoslavie; le sénateur Maragliano, au nom de l'Italie et des pays méditerranéens; Roch, au nom de la Suisse, de la Belgique et du Luxembourg; Rystedt, au nom de la Suède et de la Hollande; Syllada, au nom de la Tchéco-Slovaquie; Vallée, au nom de l'Université Laval et du Canada; Velez, au nom du Mexique, du Guatemala et de Cuba; Tsurumi, au nom du Japon; Botelho, au nom du Brésil; enfin, une longue ovation salua le président M. Teissier quand il prit la parole à son tour.

M. Cavalier apporta les regrets personnels de MM. Raymond Poincaré et Herriot et se fit l'interprète de tous en exprimant à M. Teissier l'admiration affectueuse de tous les congressistes pour la maîtrise, la bonne grâce et l'amicale autorité avec lesquelles il a dirigé les débats.

Vendredi matin, des cars emmenèrent les congressistes visiter les champs de bataille de l'Aisne et du carrefour de l'armistice. Cette émouvante visite était dirigée par un officier de l'Etat-major de M. le maréchal Foch.

Enfin *samedi*, sous la très aimable conduite de M. le sénateur Honnorat et de M. le recteur Charlety, les congressiste ont pu visiter la *Cité universitaire*.

Celle-ci est trop connue pour qu'il soit nécessaire d'en parler longuement. On sait que sur la généreuse initiative de M. Emile Deutsch (de la Meurthe), la Cité universitaire est née dans un magnifique domaine de 28 hectares en face du Parc Montsouris. La générosité est contagieuse, à côté de la fondation française, une fondation belge est l'œuvre de MM. Biermans-Lapôtre, et les dons ont suivi : le Canada, l'Argentine, l'École Centrale de Paris, les États-Unis d'Amérique, les républiques du Centre Amérique ont voulu avoir leurs pavillons. Bientôt le vieux Collège des Nations se trouvera reconstitué autour de la fondation Deutsch (de la Meurthe) où nos étudiants français trouvent déjà un confortable abri.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (1928). — Président : M. le professeur Gosset; vice-président : M. le professeur Tixier (de Lyon).

Questions. — 1. « La rachianesthésie. Etat actuel de la question. » Rapporteurs : MM. Forgue (de Montpellier) et Basset (de Paris).

2. « Les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. » Rapporteurs : MM. Delore (de Lyon) et Okinczyc (de Paris).

3. « Suites éloignées de la trépanation du crâne pour lésions traumatiques. » Rapporteurs : MM. Maisonnet (armée) et Petit-Dutaillis (de Paris).

PRÉFECTURE DE POLICE. — Un concours pour l'admission à six emplois de médecin adjoint au Dispensaire de salubrité s'ouvrira à la Préfecture de police le jeudi 17 novembre 1927.

Inscriptions à la Préfecture de police (sous-direction du personnel) avant le 27 octobre 1927, à 16 h.

Les candidats devront justifier de la qualité de Français, être âgés de moins de trente-cinq ans au 1er janvier 1927, non compris les services militaires.

Ils devront déposer, en même temps qu'un extrait de leur acte de naissance, leur diplôme de docteur en médecine et leurs états de services militaires, une note donnant l'indication précise de leurs titres scientifiques, universitaires et hospitaliers. Cette note comprendra obligatoirement l'énumération des services médicaux ou chirurgicaux, civils et militaires, des formations sanitaires de guerre auxquelles les candidats ont été attachés ou qu'ils ont dirigées, avec des certificats officiels à l'appui.

Le programme des matières du concours est tenu à la disposition des candidats à la Préfecture de police (sous-direction du personnel).

LE SECOURS MÉDICAL SUR ROUTE. — *Le Matin* nous apprend qu'un de nos confrères du centre a adopté pour son auto un fanion blanc bordé de rouge avec une croix rouge entourée des lettres S. M. S. R. Ainsi les victimes des accidents de la route peuvent arrêter à bon escient la voiture qui leur assurera les soins immédiats. L'idée paraît excellente. Tous les médecins de France suivront-ils cet exemple?

(*Voir la suite, p. 1383.*)


ANÉMIES
CACHEXIES
HÉMOGLOBINE
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

LE CENTENAIRE DE VILLEMIN

VILLEMIN ET LA NOTION DE CONTAGION DANS L'INFECTION TUBERCULEUSE

Discours prononcé à l'Académie de médecine
par M. Fernand BEZANÇON.

La célébration d'un centenaire ne doit pas seulement avoir pour but de rappeler les mérites d'un grand homme, de le glorifier; elle doit être une source d'enseignement; elle doit faire passer dans la conscience publique les notions utiles à la collectivité qui dérivent de ses recherches et de ses découvertes.

Sans doute, l'œuvre maîtresse de Villemin, celle qui fait passer son nom à la postérité, c'est l'expérience mémorable par laquelle il a démontré l'inoculabilité de la tuberculose au lapin et sa nature virulente, mais c'est aussi, ce qui a été sa préoccupation de tous les instants, sa pensée profonde, la notion de la contagion de la tuberculose.

Villemin, en effet, n'a pas été seulement l'expérimentateur génial qui, par la méthode expérimentale, a donné la solution de la plupart des problèmes encore obscurs de la tuberculose, il a été le véritable initiateur de la phtisiologie moderne.

Retracer l'œuvre de Villemin phtisiologue, ce n'est pas seulement rendre hommage à une des plus nobles figures de la médecine et de la science, c'est contribuer aussi à diffuser la notion de contagion trop souvent encore mal connue, souvent mal comprise et dont on n'a pas tiré, du point de vue pratique, toutes les déductions qu'elle comporte.

Laissant de côté systématiquement l'analyse de la partie expérimentale de l'œuvre de Villemin, je consacrerai cette étude toute entière à cette notion de contagion.

*
* *

L'étiologie de la tuberculose avant les travaux de Villemin. — Messieurs, qu'il est long et hérissé d'épines le chemin qui conduit à la Vérité! L'histoire de la tuberculose nous le démontre une fois de plus, et quand on voit la lenteur, la difficulté extrême avec laquelle se constitue en nosographie une notion telle que celle de la contagion de la tuberculose, on ne saurait avoir assez d'admiration pour les artisans d'une telle œuvre, pour Villemin en particulier qui l'a fait sortir du chaos.

A l'heure où Villemin commence ses recherches on est à une de ces heures troubles de la médecine où toutes les notions sont confuses, où ne domine aucune idée directrice.

Laennec avait créé l'unité de la phtisie, une science naissante, l'histologie pathologique, l'avait remise en discussion. Reinhardt et Virchow, au nom de l'histologie, considèrent à nouveau que le processus de la pneumonie caséeuse est bien différent de celui qui engendre le tubercule, qu'il s'agisse d'un processus inflammatoire, d'un processus pneumonique.

Dans le domaine clinique la confusion n'était pas moindre, la notion des diathèses obscurcissait l'horizon et il faut relire dans le livre de Villemin même les discussions qu'a soulevées le problème de la scrofule pour se rendre compte de l'état des esprits. La tuberculose pour la plupart des cliniciens était précisément la maladie diathésique par excellence, la maladie de misère, l'aboutissant de toutes les déchéances organiques.

L'autre notion dominante était celle de l'hérédité de la phtisie. Depuis les temps hippocratiques, on considérait que la phtisie était héréditaire, qu'un phtisique naissait d'un phtisique.

Sans doute quelques esprits hardis, comme Morgagni, comme Baumès, etc., avaient osé soutenir que la phtisie était contagieuse, sans doute dans certains pays la croyance populaire était en faveur de cette opinion, mais cette lueur de vérité s'était vite éteinte au début du XIXe siècle sous l'impulsion des théories de l'inflammation, des théories anticontagionnistes de Broussais.

Laennec lui-même, pour ne rappeler que cet exemple, alors qu'il proclamait l'unité de la phtisie et démontrait sa spécificité par le mode d'évolution de la matière tuberculeuse ne croyait pas à la contagion.

« La phtisie tuberculeuse a longtemps passé, dit-il, pour être contagieuse et elle passe encore pour telle aux yeux du peuple, des magistrats et de quelques médecins dans certains pays et surtout dans les parties méridionales de l'Europe. En France, au moins, il ne paraît pas qu'elle le soit, on voit souvent chez les personnes qui ont peu d'aisance une famille nombreuse coucher dans la même chambre qu'un phtisique, un mari partager jusqu'au dernier moment le lit de sa femme phtisique sans que la maladie se communique. »

Laennec ne doute pas du rôle de l'hérédité, « une expérience trop habituelle prouve, dit-il, à tous les praticiens que les enfants des phtisiques sont plus fréquemment attaqués de cette maladie que les autres enfants ».

Villemin, histologiste, accepte l'unité de la tuberculose et soupçonne la contagion des lésions entre elles. — Messieurs, c'est en 1861 que Villemin fait paraître son premier travail sur la tuberculose : Villemin, qui avec Morel avait écrit un traité d'histologie, s'attaque lui-même au problème de la nature de la tuberculose, en histologiste comme Virchow, comme Lebert, comme Hérard et Cornil, comme le feront plus tard Thaon et Grancher.

Comme tant d'autres, il espère découvrir le secret de la maladie dans la structure du tubercule et fait une étude comparative des tubercules des divers organes; il voit l'identité de structure de ces divers tubercules, mais arrivant à l'étude des tubercules pulmonaires il butte lui aussi devant l'obstacle. Virchow aurait-il raison? A côté de la granulation tuberculeuse, n'existe-t-il pas des lésions inflammatoires?

Mais Villemin n'est pas purement histologiste, il a une conception générale de la tuberculose.

La tuberculose est une maladie générale, les tubercules sont disséminés partout et partout sont constitués par une réaction du tissu conjonctif; il

doit en être de même dans le poumon et si les apparences sont en faveur de la dualité des lésions pour cet organe, c'est qu'il y a dans la structure du poumon, quelque chose d'ignoré, une inconnue qu'il faut tout d'abord dégager.

Villemin se remet à l'étude histologique du poumon normal, à la structure de la vésicule pulmonaire, et cette étude le conduit à une conception hardie qui eût semblé bien révolutionnaire il y a quelques années et qui, aujourd'hui, peut trouver crédit dans les travaux récents sur la cellule pulmonaire. Il n'y a pas, dit Villemin, deux tissus dans le poumon : le tissu conjonctif et le tissu épithélial; il n'y a que le tissu conjonctivo-vasculaire ; la couche épithéliale que l'on suppose recouvrir la surface interne des alvéoles est entièrement problématique ; l'alvéole pulmonaire, comme le tissu interstitiel, est une formation conjonctive; les prétendues réactions épithéliales, décrites par Virchow, ne sont que des variétés de réaction de la cellule conjonctive.

Laennec a donc raison : il y a unité de la phtisie, du point de vue histologique comme du point de vue de l'évolution de la matière tuberculeuse.

Je m'excuse d'avoir tant insisté sur cette partie de l'œuvre de Villemin qui semble bien loin de la contagion tuberculeuse, mais il était bon de rappeler avec quelle ténacité, avec quelle opiniâtreté, Villemin cherche la vérité. C'est d'ailleurs, comme il le montre dans son livre, une observation anatomo-pathologique en apparence banale qui va bientôt faire naître dans son esprit le soupçon que les lésions tuberculeuses peuvent se transmettre par contagion.

Dans le chapitre qu'il consacre à la distribution des tubercules, étudiant la tuberculose de l'intestin, Villemin note que le fait le plus frappant, c'est que dans presque tous les cas d'ulcères tuberculeux de l'intestin, on constate, sur la portion du péritoine viscéral opposé à ces ulcérations, des nids de granulations plus ou moins circonscrits et en rapport d'étendue avec la tuberculisation de la muqueuse, alors que partout en dehors de ces régions le péritoine est sain.

Cette disposition, dit Villemin, nous a toujours paru devoir s'expliquer par une contamination de la séreuse par la muqueuse malade, comme s'il se répandait de celle-ci un suc infectieux.

« Nous avons alors été conduit à penser que si le tubercule engendrait le tubercule dans son voisinage, non seulement dans le même tissu et par continuité, mais encore d'un tissu à l'autre et par contiguïté, il pourrait se faire qu'il le produisît aussi d'un organisme à un autre organisme. »

Le mot de contagion n'est pas encore prononcé. mais Villemin approche du but; il brûle, comme disent les enfants dans leurs jeux.

L'anatomie pathologique et la pathologie comparée montrent la parenté de la tuberculose de la morve et la syphilis. — L'anatomie pathologique et la pathologie comparée vont bientôt imposer à son esprit, d'une façon inéluctable, la notion de contagion.

Dans le chapitre des processus anatomiques analogues aux tubercules, Villemin insiste particulièrement sur les analogies du tubercule avec les granulations de la morve et des gommes syphilitiques.

« Les granulations qu'on trouve dans les poumons des chevaux morveux ont un aspect extérieur qui rappelle entièrement celui des granulations tuberculeuses. »

Mais ce ne sont pas seulement les lésions qui ont un caractère commun, ce sont les maladies elles-mêmes.

« Le processus tuberculeux vient se placer à côté des altérations produites par la morve et la syphilis, deux maladies de cause spécifique et virulentes par excellence.

« L'esprit le plus prévenu ne peut se défendre de l'idée selon nous tout à fait plausible d'une parenté nosologique entre la tuberculose et ces deux affections.

« Ce rapprochement a été pour nous une des premières raisons qui nous ont conduit à soupçonner la véritable nature de la maladie. La granulation morveuse, la gomme syphilitique et le tubercule se présentent comme trois espèces anatomopathologiques d'un même genre. Etait-ce faire une hypothèse trop hasardée que de considérer les trois affections correspondantes comme des espèces voisines les unes des autres par la nature de leurs agents étiologiques. *La morve et la syphilis étant inoculables, nous nous sommes demandé si la tuberculose ne le serait pas.* »

La parenté de la tuberculose et de la morve hante Villemin et il consacre sa treizième étude à le démontrer.

Parenté étroite de la morve et de la tuberculose. — La morve est la maladie la plus voisine de la tuberculose; elle ne l'est pas seulement par la nature même de la granulation morveuse qui a la structure et l'évolution du tubercule, et aussi sa localisation sur le poumon; elle l'est par son histoire clinique, surtout celle des variétés à marche lente. « En lisant les descriptions que donnent les médecins vétérinaires de la morve et du farcin chronique on croirait assister à l'évolution de la phtisie lente chez l'homme. »

Mais l'analogie n'est pas là seulement : ce qu'il convient, dit Villemin, de signaler encore dans l'histoire comparative de la tuberculose et de la morve. c'est la fluctuation des idées, qu'on retrouve la même à propos de la contagiosité de ces deux affections; l'une et l'autre ont été déclarées contagieuses par les uns, non contagieuses par les autres.

L'étiologie de la morve est cependant de beaucoup en avance sur celle de la tuberculose, les vétérinaires pouvant bien mieux que les médecins user de la méthode expérimentale, Dès 1813, Gohier a démontré que la morve est inoculable et contagieuse. Dès 1842, Rayer a montré qu'elle est transmissible à l'homme.

Villemin, qui connaît de très près le mécanisme de la transmission de la morve dans l'écurie régimentaire, ne peut s'empêcher de rapprocher les faits observés du mode de transmission de la tuberculose dans la caserne et conclut :

« En présence de pareils faits, nous avouons ne pouvoir nous défendre de cette idée ce que la caserne est au soldat dans la production de la phtisie,

ce que l'écurie du régiment est au cheval dans la production de la morve.

L'anatomie pathologique, la pathologie comparée, tout prouve que la tuberculose est une maladie contagieuse. »

L'observation clinique va le démontrer surabondamment.

Villemin écarte la notion de diathèse tuberculeuse. — Deux notions, nous l'avons vu, pesaient lourdement sur l'esprit des médecins et empêchaient d'apercevoir la vérité : la notion de la diathèse, la notion d'hérédité.

« A voir, dit Villemin, les idées émises sur la phtisie et les causes de sa production, on peut se faire une idée de l'obscurcissement que le mot diathèse a jeté sur les faits. Si nous combattons un peu (il n'ose pas encore le rejeter tout à fait) l'usage du mot diathèse, c'est qu'il nous semble trop bien s'accommoder à l'idée de la spontanéité des actes pathologiques et de l'éclosion mystérieuse des maladies sans l'intervention d'une cause déterminante essentielle.

« Ce qu'on appelle « la diathèse tuberculeuse » n'est pas une simple disposition morbide, manifestant ses effets sous les premières influences venues, mais bien plutôt une véritable maladie générale, relevant d'un agent *unique dans son essence* et constant dans ses effets. »

Et s'enhardissant :

« Nous pensons que l'intervention d'une pareille expression a été et est encore préjudiciable aux progrès de la science.

« Nous la repoussons, à propos de la tuberculose, en tant qu'elle exprime une disposition active à la création spontanée des tubercules, sans l'intervention d'un agent spécial de détermination. »

Villemin montre que la tuberculose n'est pas héréditaire. — La notion de diathèse écartée, il fallait aussi détruire l'autre notion, non moins dangereuse, celle de l'hérédité.

« Ça été, croyons-nous un grand obstacle à la vérité que cette croyance à l'hérédité tuberculeuse; la plupart y ont vu la transmission de l'affection elle-même dans son essence et se sont endormis dans la douce foi d'un mystère impénétrable. »

Villemin après avoir fait un parallèle du plus haut intérêt, entre l'hérédité syphilitique qui est indiscutable, et la prétendue hérédité tuberculeuse, montre que la phtisie congénitale est une exception *plus que rare*; les individus qui deviennent tuberculeux l'étant à cinq ans, à quinze ans, à trente ans, à quarante ans et même au delà.

Villemin rejette le rôle du froid, des professions, de la constitution. — Continuant à déblayer le chemin, Villemin s'attaque à toutes les notions fausses qui obscurcissent le problème. Il réfute le rôle du froid, montrant que la tuberculose est aussi fréquente dans les pays chauds que dans les climats froids et qu'elle s'y montre souvent plus grave; le rôle des professions, celui de la constitution et des tempéraments. La tuberculose ne frappe pas les chétifs, mais les plus beaux hommes, les paysans robustes que nulle hérédité n'a prédisposé à la maladie, qu'aucun excès n'a détérioré.

La toux, la bronchite, la pneumonie, ne jouent également aucun rôle. La pleurésie, les hémoptysies ne sont pas des causes de tuberculose, ce sont déjà des manifestations de la maladie. Ce n'est donc ni dans l'hérédité, ni dans la diathèse, ni dans la constitution, ni dans le tempérament des individus que gît la raison de la tuberculose.

Les mauvaises herbes arrachées, il faut défricher le champ et établir les données fournies par l'observation.

La tuberculose est bien une maladie de tous les climats, mais sa loi de distribution est toute spéciale : elle s'abat sur *les individus agglomérés, elle s'atténue par la dispersion et l'isolement.*

La tuberculose est la maladie des individus agglomérés. — La tuberculose naît avec l'agglomération et la concentration de la population.

La fréquence de la maladie est, toutes choses égales d'ailleurs, en raison directe de la concentration de la population et elle atteint son maximum de fréquence dans les grandes villes, et dans celles-ci dans les quartiers où la densité de la population est la plus grande.

Villemin démontre l'influence du confinement et de la cohabitation : la tuberculose est fréquente dans les prisons, les casernes, les couvents, les fabriques.

Elle épargne les individus isolés, dispersés ou vivant au grand air.

Elle est beaucoup plus rare chez les peuples nomades et sauvages.

Et, devançant de plus de cinquante ans les recherches épidémiologiques modernes, Villemin signale ce fait, si souvent cité depuis, qu'il y a dans les steppes de la Russie une tribu nomade, les Kirghis, qui a excité depuis longtemps l'étonnement des observateurs par la rareté extrême de la phtisie.

Villemin montre que la tuberculose n'était pas connue chez certaines peuplades, avant leur contact avec les Européens. « C'est assurément un phénomène bien curieux que de voir ces races indigènes se fondre pour ainsi dire et tendre à disparaître par les ravages d'un fléau qu'elles ne connaissaient pas avant leurs rapports avec les Européens. » Et Villemin n'accepte aucune échappatoire.

On a mis, dit-il, cette dépopulation des races indigènes sur le compte de l'alcool, on en est venu à accuser la civilisation d'une manière générale, et les vices qu'on lui reproche, comme si ces peuplades eussent été la personnification de toutes les vertus avant leur contact avec nous.

Eh bien, ironise Villemin, si la civilisation doit encore porter ce méfait, c'est elle aussi qui est coupable de la phtisie des singes que l'on offre à notre curiosité dans les ménageries. Et cependant ces animaux ne partagent guère nos mœurs, leur instinct d'imitation n'est pas allé jusque-là. Ce n'est pas non plus l'alcool qui les tuberculise.

Pourquoi donc sont-ils si souvent phtisiques, si ce n'est parce qu'ils trouvent dans l'atmosphère du lieu

de leur réclusion les causes de la maladie que les Nouveaux-Calédoniens, les Taïtiens, et tant d'autres habitants des pays tropicaux trouvent dans leurs cases?

Pourquoi accuser le froid de nos climats, puisqu'il se montre moins pernicieux peut-être sous ce rapport que les climats de l'équateur?

Pourquoi les singes libres dans les forêts ne sont-ils pas tuberculeux, tandis que l'espèce humaine des mêmes lieux est décimée par la phtisie?

La notion de contagion se dessine ainsi irréfutable.

UN CAS DE GUÉRISON DE STREPTOCOCCÉMIE D'ORIGINE PUERPÉRALE

PAR MM.

R. RISS
Chirurgien en chef de la Maternité de Marseille.

JEAN OLMER
Interne des hôpitaux

Quand on parle de guérison dans les streptococcémies, il faut distinguer les streptococcémies transitoires, — dans lesquelles le germe ne se trouve dans le sang que passagèrement avant de se fixer sur un organe — et les streptococcémies vraies qui sont véritablement des septicémies : elles affectent toujours une grande gravité et la guérison y reste rare. C'est un de ces cas favorables que nous avons eu la bonne fortune d'observer.

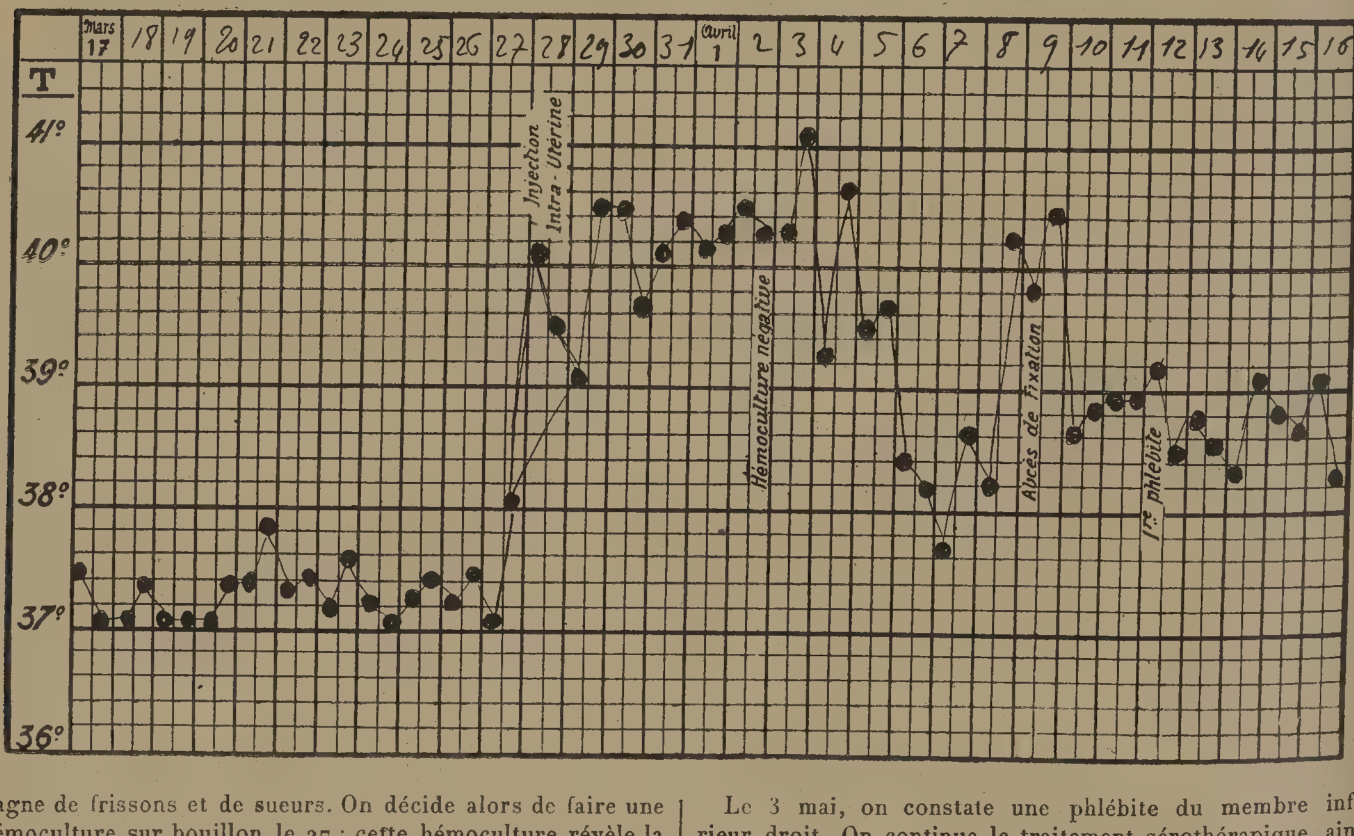
OBSERVATION. — Mme A..., vingt-quatre ans, primipare, accouche spontanément le 17 mars 1927, à la Maternité, d'un enfant vivant pesant 3k450. Le travail s'était effectué normalement; la poche des eaux ne s'était rompue qu'à dilatation complète. La délivrance fut naturelle : le placenta et les membranes étaient intacts. Les suites de couches furent d'abord normales : les lochies n'étaient pas fétides, le ventre non douloureux, l'involution utérine suivait son cours, la température n'atteignait même pas 37°5 et le pouls battait à 70. Une seule fois, au cinquième jour, la température s'éleva le soir à 37°9; mais il n'y avait pas de frissons, pas de manifestations locales : le pouls était à 80. On purgea la malade et le lendemain, la température était redescendue à 37°2.

Puis, brusquement, au onzième jour de l'accouchement, la température s'élève à nouveau le soir à 38 degrés, pour atteindre le lendemain matin 40 degrés, et même 40°5 le surlendemain. Le pouls est à 110. Un peu de prostration; pas de douleur abdominale; la rate est légèrement percutable; le fond utérin est au niveau de la symphyse; une diarrhée profuse s'installe. On fait une révision utérine, qui ne ramène rien, puis une injection intra-utérine. Malgré ce, la température ne baisse pas, elle réalise un plateau au-dessus de 40 degrés, avec un pouls à 120, tandis que s'installe un état typhoïde : la prostration est marquée, la langue est suburrale; la diarrhée persiste, très abondante. On pense à une infection éberthienne et on fait le 3 avril une hémoculture sur bile qui est négative.

A partir du 5 avril, la température, qui était en plateau, présente des oscillations. Le 9, la malade a un violent frisson. On décide alors de faire un abcès de fixation et on injecte sous la peau du flanc droit 2 centimètres cubes de térébenthine, tandis qu'on continue la thérapeutique anti-infectieuse habituelle : lavages, uroformine, huile camphrée. Le 12, on constate une phlébite de la jambe gauche. La température paraît se stabiliser alors entre 38 et 39 degrés avec un pouls entre 100 et 110. La diarrhée persiste toujours.

Le 19, on incise l'abcès de fixation qui avait très bien pris et donne abondamment.

Le 25, la température s'élève à nouveau, et se maintient entre 39 et 40 degrés sans grandes oscillations; elle s'accom-



pagne de frissons et de sueurs. On décide alors de faire une hémoculture sur bouillon le 27 : cette hémoculture révèle la présence de streptocoques. On tente aussitôt un traitement sérothérapique; on injecte tous les soirs 20 centimètres cubes de sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur sous la peau, tandis que le matin, on injecte une ampoule d'Iodéol.

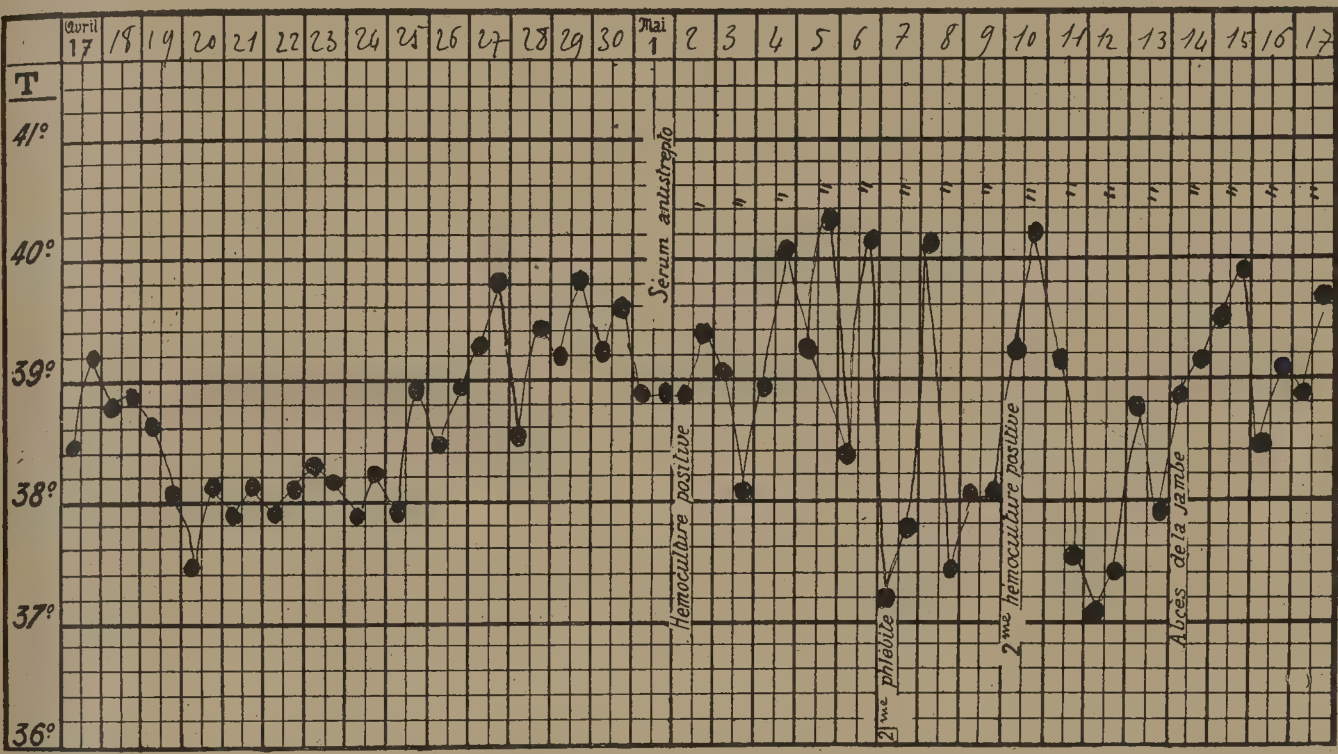
Le 3 mai, on constate une phlébite du membre inférieur droit. On continue le traitement sérothérapique, ainsi que les injections d'Iodéol. Mais l'état reste excessivement grave.

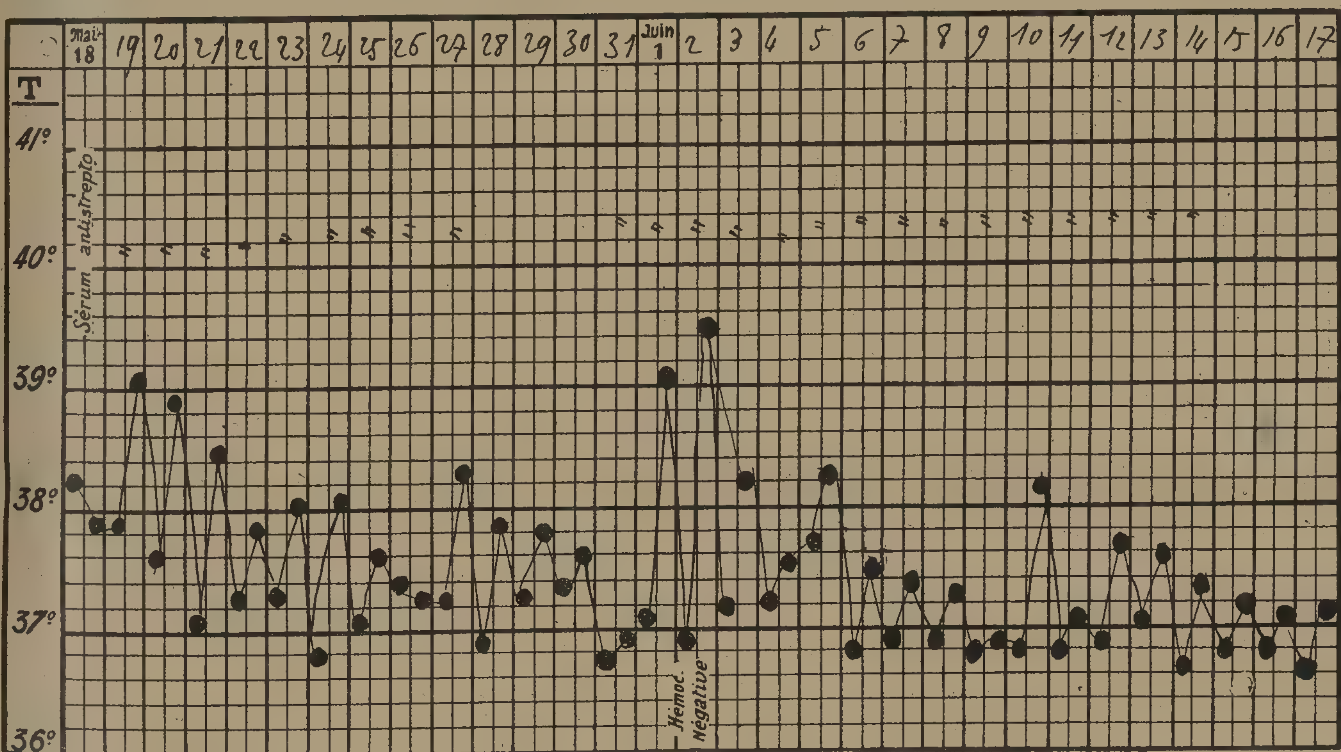
Le 8 mai, une nouvelle hémoculture est encore positive au streptocoque. Le tableau clinique reste sans changement : la

température présente de grandes oscillations, allant de 37 à 40°5; le pouls est entre 100 et 120. La prostration est très marquée, l'amaigrissement extrême; le teint est devenu terreux; il n'y a pas de subictère; la diurèse est à peu près normale; les frissons et les sueurs persistent, ainsi que la diarrhée. Cependant l'appétit est conservé, et nous avons été bien des fois frappés de voir notre malade, aussitôt après avoir été secouée toute entière par un frisson, manger avidement les aliments qui étaient à portée de sa main.

Notons, le 12 mai, que la malade fait un abcès de la jambe droite qui est incisé et guérit sans complications.

A partir du 16 mai, les oscillations thermiques sont moins





amples : la température descend en lysis : le 20, elle ne dépasse pas 38 degrés : elle se maintient ainsi entre 37 et 38 degrés, tandis que le pouls n'a pas diminué de fréquence se maintenant à 120. Cependant l'état général était meilleur, les frissons avaient disparu, et devant la chute thermique, on interrompt le 27 le traitement sérothérapique. Mais le 31, la température passe brusquement de 37 degrés le matin à 40 degrés le soir. On reprend aussitôt les injections de sérum. Le lendemain, même oscillation : 37 degrés le matin, 39°4 le soir. Le surlendemain, oscillation moins ample : 37-38°4. Puis les jours suivants la température oscille entre 37 et 38, avec un pouls toujours à 120. On fait, le 1er juin, une troisième hémoculture, qui, cette fois, est négative. Malgré cela, on continue les injections de sérum. Cependant la température baisse : le 13 juin elle atteint 37 degrés et depuis reste toujours normale, tandis que le pouls baissait à son tour, descendant à 100, puis à 80.

On cesse alors définitivement le sérum. L'état général s'améliore progressivement : la température se maintient à 37 degrés avec un pouls à 80, les phlébites ont entièrement

rétrocédé et, après tant de secousses, la malade entre enfin en convalescence à la fin du mois de juin.

Nous avons rapporté en détail cette observation : nous nous contenterons de souligner rapidement certains points.

1° Il n'y a eu aucun signe d'infection puerpérale dans les suites de couches. Une seule fois, au cinquième jour, la température s'est élevée à 37°9; mais le pouls était à 80, il n'y avait pas eu de frisson, aucune manifestation locale. Le lendemain, à la suite d'une purgation, la température était redescendue à la normale. Et lorsqu'au onzième jour la température s'éleva brusquement à 40 degrés, on fit une révision utérine qui ne ramena absolument rien.

2° Notons l'apparition tardive des signes classiques de septicémie : frissons, sueurs, grandes oscillations thermiques. Au début le tableau clinique fut celui d'une fièvre typhoïde, avec fièvre en plateau, prostration, état saburral des voies digestives, diarrhée, grosse rate. Une hémoculture sur bile faite à ce moment fut négative.

3° Lorsque s'installèrent ces signes de septicémie, le 30 avril, près d'un mois et demi après l'accouchement, on fit une première hémoculture sur bouillon qui fut positive au streptocoque. Cependant déjà auparavant, le 12 avril, on avait constaté l'existence d'une phlébite du membre inférieur gauche.

4° Le tableau clinique, revêtit une grande gravité : l'amaigrissement était extrême. Notre malade présentait une diarrhée très abondante; ce qui constitue, un élément et un témoin de gravité.

Cependant l'abcès de fixation prit très bien, et il y eut aussi spontanément un abcès de la jambe droite qui suppura beaucoup, ce qui semblait prouver un organisme capable de réaction.

5° La seconde phlébite est apparue le 3 mai, mais on ne constate aucune modification dans l'état général ni dans les signes thermiques. Et une nouvelle hémoculture faite le 8 mai est encore positive au streptocoque.

6° Quant au traitement institué chez notre malade, outre le traitement anti-infectieux habituel, nous eûmes recours à la sérothérapie dès que l'hémoculture nous révéla le germe en cause. Nous utilisâmes le sérum polyvalent de l'Institut Pasteur en injections sous-cutanées à la dose de 20 centimètres cubes prolongées jusqu'à la guérison. Notre malade reçut en tout 820 centimètres cubes de sérum.

***

En somme, ce qui nous paraît à retenir dans cette observation, c'est l'apparition d'une septicémie à streptocoques survenue tardivement après un accouchement, sans qu'à aucun moment se soit manifesté le stade local de l'infection. Il s'est agi d'une véritable septicémie, et non d'une streptococcémie passagère, puisqu'à deux reprises, une hémoculture fut positive, la seconde hémoculture ayant été faite cinq jours après l'installation d'une phlébite, qui n'avait pas localisé l'infection. L'apparition de cette phlébite succédant à celle du membre opposé, l'évolution des abcès de fixation semblent avoir constitué, avec le début tardif des accidents septicémiques, des éléments de pronostic favorable.

Quant au traitement, sans fonder trop d'espoirs sur la sérothérapie, nous avons été favorablement impressionnés par les heureux effets des doses moyennes, journellement répétées pendant longtemps.

Nous avons eu l'occasion, par ailleurs, d'essayer sans aucun succès, des traitements plus actifs, tels que la trypaflavine intra-veineuse, les transfusions avec du sang de sujet vacciné, les arsénobenzols, etc.

Il semble bien que, dans les cas vraiment graves, qui ont la majorité malheureusement, on ne puisse arrêter le cours fatal de l'évolution. Il y a certainement un facteur personnel de résistance organique, mais il y a surtout une question de virulence microbienne.

Il faut publier des observations de ce genre, non pour en tirer des conclusions trop encourageantes au point de vue thérapeutique, mais surtout pour prouver qu'un espoir de guérison — si minime soit-il — persiste dans ces infections, et qu'une hémoculture positive au streptocoque n'entraîne pas fatalement un arrêt de mort.

XXXVIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 3-8 octobre 1927 (1).

DEUXIÈME QUESTION

LE DRAINAGE DANS LA CHIRURGIE ABDOMINALE

Par MM. Cadenat (de Paris) et Patel (de Lyon).

Le drainage abdominal est contemporain de la chirurgie abdominale. C'était alors un moyen préventif de l'infection si couramment observée à cette époque. Plus tard on l'utilisa non seulement dans la totalité des interventions pelviennes mais encore dans les inflammations aiguës du péritoine pour lutter contre une infection déjà manifeste.

L'évolution progressive de l'asepsie et de la technique opératoire, la connaissance plus précise des causes et des effets des péritonites aiguës, arrivèrent à en limiter et à en modifier les indications.

L'étude physique du drainage montre que l'évacuation complète de la totalité des liquides septiques contenus dans la cavité péritonéale est illusoire, quel que soit le mode de drainage employé, tubulaire ou capillaire.

L'évacuation ne porte que sur une zone limitée du péritoine. Les mèches de gaze agissent en outre en tamponnant et cloisonnant la cavité dans laquelle elles sont placées. Il ne faut pas oublier que d'un autre côté la séreuse péritonéale possède des propriétés remarquables de défense qui lui permettent de lutter d'une façon efficace contre certaines infections. Ce sont notamment la faculté d'absorption, de neutralisation des produits septiques et la propriété d'adhérer.

Ces considérations expliquent que les uns, se fiant uniquement aux moyens de défense du péritoine lorsque aucune cause infectieuse ne persiste, préconisent le non-drainage; les

Association de la Presse médicale française.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 82, p. 1345.

autres, estimant que l'infection est parfois trop grave et que le péritoine ne saurait suffire à sa tâche, conseillent au contraire le drainage, d'autant qu'avec une technique aujourd'hui bien réglée, surtout pour le drainage à la Mickulicz, les accidents secondaires sont rares.

S'il est vrai que le drainage est contre-indiqué toutes les fois où l'opération a été régulière, aseptique, lorsque le péritoine a été reconstitué dans son intégrité, lorsque aucune cause d'infection ne subsiste, il demeure cependant certain qu'on ne saurait sans risque grave le rayer complètement de la pratique chirurgicale.

Il reste indiqué dans toutes circonstances où les conditions précédentes ne sont pas totalement réalisées pour lutter contre l'infection quels qu'en soient sa forme, son siège et son origine.

Enfin, accessoirement, il peut être appelé à parfaire l'hémostase à la fin d'une opération.

Dans la chirurgie gynécologique, le drainage conserve des indications impérieuses dans certaines suppurations pelviennes de haute gravité, à siège élevé, quand le péritoine a été inoculé.

Dans les cas de cancer du col utérin, en raison du caractère éminemment infectieux de la lésion, son emploi systématique sous la forme du Mickulicz a contribué à abaisser notablement la mortalité opératoire.

S'il s'agit d'appendicite aiguë sans perforation, le drainage est en général inutile. Dans le cas contraire, l'infection dont nous ne pouvons ni prévoir ni mesurer l'intensité et les altérations du péritoine voisin exigent le drainage. Celui-ci sera local si l'infection est limitée; il sera plus étendu si l'infection s'étend à distance ou si elle se montre particulièrement sévère.

Dans la chirurgie des voies biliaires, il s'agit de cholécystectomie, l'insécurité de ligatures et de sutures commande un drainage restreint, mais prudent. En cas d'infections particulièrement graves ou gangréneuses, il faut avoir recours au tamponnement sous-hépatique.

Le drainage est, en général, inutile dans les interventions portant sur l'estomac et l'intestin grêle, pourvu que les sutures portent sur des tissus sains et que le péritoine s'accole facilement. Il reste formellement indiqué si les sutures sont précaires et si le contenu intestinal a souillé la séreuse péritonéale.

Au niveau des côlons, la suture demeure toujours douteuse, et l'infection du tissu cellulaire rétro-péritonéal est la règle. Pour ces raisons, le drainage apparaît comme très utile.

Dans le traitement des infections péritonéales aiguës, la suppression de la lésion causale demeure au premier plan. Le drainage est superflu si le péritoine de voisinage est seul atteint, s'il a pu être nettoyé d'une façon satisfaisante et si l'on estime, d'autre part, que la séreuse est susceptible de lutter avec succès contre l'infection restante.

En cas de lésions diffuses, le drainage de la cavité abdominale devra, pour être efficace, être établi au point déclive.

DISCUSSION

M. Villems (de Liége) considère le Mickulicz comme le type parfait du drainage capillaire.

En chirurgie gynécologique le drainage est inutile en cas de fibromes, kystes et grossesses tubaires. Il est à conseiller dans les cas de fibromes gangrenés et de suppuration à siège élevé où la péritonisation est difficile et peut exposer à une blessure de l'intestin.

Le drainage est toujours utile dans les affections péritonéales graves et diffuses.

M. Kummer (de Genève) apporte sa statistique de drainage dans 889 cas d'appendicite aiguë. Le drainage a été pratiqué 257 fois pour péritonite circonscrite ou diffuse. L'auteur opère toutes les appendicites à l'arrivée du malade sauf dans les cas d'abcès enkysté ou de péritonite *in extremis*.

S'il y a des exsudats il pratique l'aspiration et l'assèchement par compresses, après avoir enlevé l'appendice. Selon l'aspect, l'odeur et la localisation du pus il draine ou ne draine pas. Si l'appendice est perforé il faut s'attacher à enlever les coprolithes et le tissu sphacélé. S'il y a péritonite diffuse, un drain est nécessaire dans le Douglas.

Le Mickulicz a été employé 7 fois dans des cas particulièrement graves avec 6 décès et 1 seul succès.

M. Jonas Collin (de Copenhague) reproche au drainage de prédisposer à l'éventration et aux phénomènes d'occlusion.

Après avoir fait la « toilette » des régions suspectes, les recouvrir d'un large feuillet d'épiploon.

Jamais il ne draine dans les péritonites étendues. Dans les péritonites locales, dans l'appendicite, quand l'appendice est perforé, il utilise un drain de petit calibre. Il draine également dans les interventions portant sur les voies biliaires.

M. Hustinx (de Heerlen) condamne le drainage, car sans drainage, la mortalité dans son statistique est tombée à 1,7 p. 100 alors qu'auparavant, quand il drainait systématiquement, elle atteignait 6 p. 100.

Pour éviter de drainer, l'auteur lave les régions infectées avec une compresse montée, largement imbibée d'éther. Il laisse ensuite dans le péritoine un mélange de cire et d'iodoforme. Il referme complètement en injectant entre chaque plan un peu du même mélange.

M. Gianolla (de Charleroi) pense qu'en matière de drainage il n'y a pas de formule absolue. De plus en plus, il restreint les indications du drainage, notamment, en ce qui concerne les opérations portant sur les voies biliaires. Il emploie toujours des fils de soie à l'exclusion absolue du catgut.

(*A suivre.*) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPNÉE TOXI-ALIMENTAIRE

Régime lacté exclusif (3 litres à 3 litres 1/2 de lait par jour jusqu'à la disparition de la dyspnée).

Alterner ensuite :

1° Pendant 8 jours, régime lacté absolu et médication iodurée.

2° Pendant 8 autres jours, régime lacté mitigé (2 litres de lait, légumes, quelques œufs, fruits, pas ou peu de viande) et 2 cachets pro die de 0g50 de Théosalvose pure ou phosphatée.

Et ainsi de suite pendant quelques mois jusqu'à ce que la dyspnée ait été définitivement vaincue.

INFORMATIONS

(SUITE)

ASSEMBLÉES DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE (octobre 1927). — Vœux. — Premier vœu. — *Enseignement de l'anatomie.* — L'Assemblée émet le vœu que pendant les études du P. C. N., les futurs étudiants en médecine viennent à la Faculté de médecine commencer l'étude de l'anatomie; ce que la Faculté des sciences de Paris est disposée à accepter.

Deuxième vœu. — *Diplômes et certificats délivrés comme sanction de l'étude des spécialités.* — L'Assemblée émet le vœu que des diplômes et certificats spéciaux puissent être délivrés éventuellement (sans qu'il soit touché aux droits conférés par le doctorat en médecine) aux médecins et aux élèves qui auront fait un stage d'une durée déterminée dans les cliniques des Facultés.

Troisième vœu. — *L'examen de l'agrégation.* — L'Assemblée émet le vœu que le concours soit rétabli et qu'il comporte à l'avenir trois séries d'épreuves. 1° L'*examen probatoire* (épreuve écrite). 2° L'*admissibilité* (épreuves pratiques) dont

seraient dispensés les médecins chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux nommés au concours dans des villes de Facultés, ainsi que pour une période à fixer (deux ou trois concours par exemple) ceux qui ont été nommés agrégeables. 3° L'*admission définitive* (exposé de titres, leçon orale) qui servira de base au classement.

Quatrième vœu. — Assimilation des agrégés préconisés, chargés d'enseignement avec les maîtres de conférence des autres Facultés et comme classes et comme traitements.

Cinquième vœu. — Les chefs de travaux nommés agrégés ne verront pas diminuer leur traitement du fait de leur nomination comme agrégés.

Sixième vœu. — Les agrégés chefs de travaux faisant un cours comme agrégés et un cours comme chefs de travaux devraient pouvoir toucher un traitement *global* ne dépassant pas celui de professeur de la dernière classe. Actuellement, le cours de chef de travaux n'est pas payé.

Septième vœu. — La pérennisation supprimant des places d'agrégés et chargeant le budget, il y a lieu de faire au décret du 4 mars 1914 l'addendum suivant :

Peuvent aussi être nommés professeurs sans chaire les agrégés libres chargés *sine die* d'un enseignement complémentaire avec ou sans traitement.

Huitième vœu. — Le traitement des chefs de clinique devrait être assimilé à celui des préparateurs.

HOMMAGE AU PROFESSEUR LANNOIS. — Les élèves et les amis du professeur Lannois, désirant lui témoigner leur reconnaissance et leur affection, ont décidé de lui offrir une médaille commémorative à l'occasion de sa mise à la retraite et de son admission au titre de professeur honoraire. L'exécution en a été confiée à l'excellent artiste de Hérain.

Adresser les souscriptions au docteur Mayoux, trésorier du Comité, 63, rue Victor-Hugo, Lyon, sous forme de chèque en banque, ou, de préférence, de chèque postal sous le n° 315-31, Lyon.

Le prix de la souscription a été fixé à 60 fr. et donne droit à un exemplaire de la plaquette, en bronze.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 20 octobre. — Jury : MM. Marfan, président; Carnot, Nobécourt et Chabrol. — Mlle Odier. Formes curables de la tuberculose du nourrisson. — M. Viellard. Etude des myosites rétractiles. — M. Lœvenbruk. Etude sur les douleurs tardives. — M. Michaut. Traitement de la bronchectasie infantile.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Lecène, Jeannin, Henry, Coquot, Moussu et Robin. — M. Pitailler. Distomatose chez les léporides sauvages. — M. Forouzi. Des fractures en général chez les carnivores. — M. Desmoulin. Troubles d'origine ovarienne chez la vache laitière.

Vendredi 21 octobre. — Jury : MM. Balthazard, président; M. Labbé, Duvoir et Hutinel. — M. Collin. Le droit à l'autopsie. — M. Manouvrier. Etude tensiométrique du liquide céphalo-rachidien.

Samedi 22 octobre. — Jury : MM. Jeanselme, président; Lecène, Brocq et Sézary. — M. Terrier. Le génie et la maladie chez Guy de Maupassant. — M. Babok. Diagnostic des tumeurs malignes du squelette.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU BASSIN[1]

B. Les autres variétés sont plus rares :

1° Fractures bilatérales du pubis;

2° Fracture du quadrant antéro-latéral avec disjonction symphysaire en avant, fracture transacétabulaire en arrière;

3° Fracture du quadrant postéro-latéral avec fracture transacétabulaire en avant, disjonction sacro-iliaque en arrière;

4° Disjonction des trois symphyses exceptionnelle.

Lésions concomitantes. — Sont fréquentes en raison de la violence du traumatisme. Elles peuvent porter :

1° *Sur les parties molles :* plaie contuse des téguments par choc direct;

Plaie du périné, du vagin par fragment osseux.

2° *Sur les vaisseaux* iliaques, externe rarement.

3° *Sur les nerfs* obturateur et crural parfois.

4° *Sur les viscères abdomino-pelviens :* les ruptures et déchirures de l'intestin grêle sont rares;

Le rectum est plus souvent lésé;

Mais les lésions viscérales les plus fréquentes sont celles de l'urètre et de la vessie.

a. L'*urètre postérieur* est lésé :

Soit *par embrochement* par l'un des fragments osseux;

Soit *par cisaillement* dans sa traverse de l'aponévrose périnéale moyenne.

b. Les *déchirures extrapéritonéales* de la vessie résultent :

Parfois d'un *arrachement* par les ligaments pubo-vésicaux;

Plus souvent d'un *embrochement* par l'un des fragments osseux.

c. Les *déchirures intrapéritonéales* se produisent par *éclatement de la vessie pleine* en son point le plus faible : paroi postéro-supérieure.

Étude clinique. — Nous prendrons comme type : *la double fracture verticale du bassin.*

I. Il est des cas graves où *la mort survient en quelques heures* sans que le blessé ait pu reprendre connaissance. La fracture du bassin est masquée par les lésions viscérales associées qui règlent le pronostic.

II. Plus souvent il s'agit d'un blessé transporté à l'hôpital à la suite d'un violent traumatisme abdomino-pelvien.

État de shock. — Est toujours très marqué en raison de la violence du traumatisme.

Facies pâle et anxieux.

Hypothermie.

Pouls petit, rapide. Refroidissement des extrémités.

Signes fonctionnels. — L'*impotence fonctionnelle* est absolue, simulant une paraplégie, le malade ne peut se tenir debout.

Les *douleurs* spontanées et surtout provoquées par le moindre mouvement sont très vives, elles siègent au foyer de fracture et irradient aux membres inférieurs.

Signes physiques. — 1° *Attitude* du membre inférieur :

En extension;

Rotation externe;

Raccourcissement apparent;

Pourrait faire penser à une fracture du col du fémur.

2° Mais les mouvements passifs au niveau de la hanche sont libres et non douloureux.

3° Un examen plus approfondi montre UNE DÉFORMATION DU BASSIN élargi ou aplati suivant les cas, surtout *une dénivellation des épines iliaques,* que l'on peut mesurer sur la ligne spino-ombilicale.

Cette ascension de l'épine entraîne le raccourcissement apparent du membre et la mensuration de l'épine à la malléole montre l'absence de tout raccourcissement réel.

Les ecchymoses plus tardives vont apparaître :

A l'aine;

Au périné;

Et peuvent fuser à la face interne des cuisses, jusqu'au creux poplité.

Palpation : **douleur** aux points de fracture.

a. Par la palpation directe :

— Du pubis dans le pli de l'aine;

— De la branche ischio-pubienne dans le sillon génito-crural;

— De l'articulation sacro iliaque en arrière.

b. *Par le toucher vaginal et rectal* pour explorer : l'articulation sacro-iliaque en arrière;

La branche ischio-pubienne en avant.

c. *Par mobilisation à distance.*

En rapprochant les crêtes iliaques : *signe de Verneuil.*

En écartant les crêtes iliaques : *signe de Lancy.*

En mettant la cuisse en abduction : *signe de Gosselin :*

Le chevauchement des fragments est rarement perceptible.

La mobilité anormale, la crépitation également fait presque toujours défaut.

Ne pas quitter le malade sans rechercher LES COMPLICATIONS URINAIRES.

La *rétention d'urine* est presque constante, mais elle peut être :

Réflexe passagère, par parésie vésicale.

Durable s'il y a lésion de l'arbre urinaire.

A. RUPTURE DE L'URÈTRE MEMBRANEUX. — Se traduit par :

Une métrorragie discrète;

Une rétention vésicale complète avec globe sus-pubien;

Une ecchymose périnéale tardive dont il ne faut pas attendre pour intervenir l'apparition.

Au toucher rectal. — Un point douloureux et un empâtement au voisinage du bec de la prostate.

L'intervention d'urgence s'impose :

En un temps;

Ou deux temps avec *cystostomie immédiate de dérivation.*

B. RUPTURE VÉSICALE. — Si spontanément ou après sondange le malade présente *des urines sanglantes.*

Ce symptôme :

a. Joint à un *empâtement sus-pubien* et ventre peu contracturé doit faire penser à une rupture extrapéritonéale;

b. Joint à une *contracture abdominale* sous-ombilicale très marquée, à une rupture intrapéritonéale.

En pratique il est souvent difficile sur les symptômes cliniques de différencier ces deux variétés.

Dans l'un et l'autre cas l'intervention d'urgence s'impose.

Évolution. — Est surtout fonction des lésions urinaires associés :

1° **Dans les cas non compliqués.** — Sa guérison est la règle.

LE PRONOSTIC VITAL est bon, la consolidation s'obtient en trois mois, l'incapacité temporaire de six à huit mois.

LE PRONOSTIC FONCTIONNEL reste réservé.

LES SÉQUELLES sont fréquentes.

Douleurs : névralgiques souvent obturatrices ou par trouble de la statique pelvienne.

Boiterie : trouble et fatigue à la marche par raccourcissement.

Atrophie musculaire.

Déformation du bassin : cause de dystocie possible chez la femme.

Ankylose de la hanche enfin dans les fractures transacétabulaires.

2° **Dans les cas compliqués de lésions urinaires,** l'indication opératoire est formelle.

A. ABANDONNÉS, le pronostic est sombre, la mort fréquente par

Péritonite,
Infiltration d'urine,
Phlegmon de Retzius,
Cellulite pelvienne.

B. MÊME OPÉRÉS. — *a.* Dans les premiers jours, l'*infection est à craindre.* Passé ce cap ;

b. Ultérieurement, le *rétrécissement de l'urètre* peut être une grave complication. (*A suivre.*)

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 82, p. 1354.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 17 octobre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic des complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu. — Formes cliniques et diagnostic du cancer du sein chez la femme. »

MM. Sourice, 23; David (Jean), 19; Perrault, 26; Dublineau et Mlle Girardeau, 22; MM. Joseph, 17; Demoulin, Fabre (Georges) et Aïdan, 15; Devaux, 21.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Marchal, Fey, Braine, Jacob, Etienne Bernard, Marquézy, Petit-Dutaillis, Richard.

— Liste alphabétique des candidats :

MM. Abadir, Aboulker (Raphaël), Aboulker (Pierre), Abramesco, Abrand, Adabach, Adèle, Mlle Aghion, MM. Akerman, Alduy, Alfonti, Aliker, Allik, Altman, Amestoy, Andrianopoulos, Angyal, Archaimbault, Aristoff, Arnould, Arvay, Ascher, Attal, Aumasson, Azéma,

Bacquelin (Robert), Bakulin, Ballarin, Balter, Bandard, Baré (Jean), Barrault, Mlle Barré (Marguerite), MM. Barrier, Barrière, Mlle Barthe, MM. Basmadjian, Bastien (Jacques), Bastier (Marcel), Baudet (Henri), Baugé (René), Baumgartner, Baurens, Baylot, Beaufils, Becam, Béchet, Beinis, Beitz, Beker, Beley, Bellière, Benguigui, Bénichon, Ben-Milad, Benzitoum, Bequignon, Berger, Bergerot, Bergondi, Bernard (Philippe-Emmanuel), Bernard (Jacques), Benardeau, Benoist, Bensaude, Benvenitte, Bernaud, Mlle Bernheim, MM. Bernière, Bernstein, Berrocal, Bertheau, Bertrand (Jacques), Mlle Beskin, MM. Beurdeley, Bevalot, Biderman, Bidou, Binet, Bioy, Bismut, Blaizot, Blanc (René), Blandet, Blau, Bluzat (Georges), Bobé, Mme Boeuve, née Leindenberg, MM. Bolivar, Bonamy, Bonan, Bonhomme, Bonnel, Bonnet (Georges), Borrey, Bosquet, Bouchacourt, Boudreaux, Bourdeau, Bourderionnet, Mlle Bourgeois, Mme Bourgeois, née Proche, MM. Bourget, Bouroullec (Robert), Bousquet, Bousseau, Bouteille, Bouwens van der Boijen, Brandenburg, Braillon, Brami, Brawerman, Bressot-Perrin, Bridgman, Bring, Brisset, Brochard, Bronstein, Brosson, Brun (René), Brun (Joseph), Brunet, Brunhes, Brunot, Bui, Mlle Bujeaud, MM. Bureau (Pierre), Bureste, Mlle Butaud, MM. Bzowski,

Cabannes, Cabry, Cachin, Cadet de Gassicourt, de Cagny, Mlle Cahen (Arlette), MM. Cailleret, Calany, Calatayud, Calvet (Henri), Calvet (Jean), Camard, Mlle Camayor, MM. Camus (Jean), Canale, Candille, Capmas, Capon, Caput, Carlet, Caron, Casanova, Cauhépé, Mlle Cazamian, MM. Chagnon, Chaillonet, Challiol, Chambon, Champeau, Chareire, Charousset, Chaudoye, Chaumeil, Chazette, Chefdeville, Mlle Cherbuliez, MM. Chevalier, Chévron, Chison, Clarès, Cléostrate, Cochard (Georges), Cohen-Solal, Collé, Colomber Comte, Constant-Desportes, Cornejo, Corny, Cosset, Costes, Mlle Cottin, MM. Couderc, Courvoisier, Coussieu, Couve, Cristesco, Mlle Cristofini, MM. Croisier, Crozat, Cunin,

Dancenis, Danichevary, Danis (Jean), Darras, Dauchez, Dauna, Daunois, David (Ernest), David (Jean), David (René), Davidovici, Davidshon, Debay, Debergue, Debidour, Debray, Debu, Déchaux, Deffay, Defossez, Deglaire, Delamare, Delbès, Delfau, Delfraissy, Delie (Pierre), Delmond-Débet, Delom (Pierre), Delorme, Delort (Joseph), Delpech, Delsuc, Demartial, Deparis, Departout, Desaux, Desbiez, Mlles Desbois, Deschamps, MM. Desvignes, Deterne, Deusch, Dhotel, Dieudonné, Dijon, Dimopoulos, Divet, Dollé, Dolto, Dongar, Doreau, Douay, Doussinet, Dragomiresco, Dragonas, Drapé, Dreyfus, Dubroca, Ducourneau, Duflos, Dufour (Emile),

Dugas, Dugué (Jean), Dumas (Jean), Dumont (Pierre), Mlle Dupeux, MM. Dupont, Duran (Pierre), Duriez, Duron, Dutheil, Duval (Maurice),

Ernoux, Escrivat (d'), Esfaillat, Es-Sakka, Eydmand (L.),

Fabre (Charles), Fabre (Edouard), Fainsilber, Faivre (L.), Faleur, Farge, Fardet, Fasquelle, Faugère, Faur (Jean), Faure (André), Fay, Fécan (André), Fécan (Robert), Feinberg, Feldstein, Fenichel, Ferrier (André), Ferroir, Ferval, Mlle Filderman (Georgette), M. Filderman (Marcel), Mlle Filippi, M. Findjandjian, Mlles Finkelstène, Flajoliet, MM. Fleurot, Fleys, Focatsella, Font-Réaulx (de), Forestier (Jean), Fougeras-Lavergnolle, Fourestier (Max), Fournaud (Jacques), Fournet (Pierre), Fournier (Maurice), Fournier (Paul), Fourniols, François-Dainville, Freimont, Fresnais, Fresquet, Frouin, Fuchs, Funck (Joseph),

Mlle Gabrielli, MM. Gahan, Gaignerot, Gailhard, Gallet, Gallois (Pierre), Galup, Gamarra, Ganière, Ganot, Mlle Gasné, Mme Gateau, née Sellier, M. Gâtel, Mlle Gavril, MM. Gay, Gazeau, Gédéon, Gelbart, Gellé, Gély, Gendreau, Genty (Philippe), Genty (Pierre), Gérard (Pierre), Gerbenne, Gerbet-Bourguine, Germain, Germon, Géro, Ghelman, Ghinsberg, Ghozland (Elie), Giami, Gibergy, Gigault de la Bédollière, Gillot (Jean), Gillot (Pierre), Gingold, Girard (Emile), Gireaux, Giroux, Godard, Godchot, Goéré, Golse, Mlle Gonet (Henriette), MM. Gonnet (Claude), Got, Gouget, Gouiric, Goumy, Gourçon, Gourdet, Goussard, Goutry, Goux, Gouzonnat, Grabli, Grégoire, Grenet, Grimberg, Gringoire, Grosbois, Grosperrin (René), Grosmann, Grünfeld, Guédon, Guerrieri, Guichard, Guidicelli, Guidon, Guignet, Guillaud-Vallée, Guillaumat, Guillois, Guillou (Raoul), Guinchard, Guizburg, Guy (André), Guynot de la Boissière,

Hamel, Hammer, Hanrion, Hansknecht, Harari, Mlle Hatt, MM. Hecht (Manuel), Hechter (Penchas), Heinon, Helluin, Henriet, Henry (Charles), Heptid, Herman (Samuel), Herrenschmidt, Herzfeld, Heunet, Hilaire, Hinard (Daniel), Mlles Hitier, Hollier-Larousse, MM. Homsy, Horn, Houzel, Huberman, Hue (Jean), Mlle Huet, MM. Humbert (Gaston), Huriez, Hürstel,

Ichard, Israilovici,

Jacobesco, Jacowski, Jacquet, Mme Jacquin, née Chatellier, MM. Jaffré, Jaïna, Jamet, Janaud, Jarry, Jaurou, Mlle Jorger, MM. Joseph, Journiac, Juchet, Juhit, Jungné,

Kagan, Kaplan (Alexandre), Kaplan (Moïse), Karcher (Henri), Katz, Keller, Kerzreho, Kestenberg, Kipfer, Kiszelnik, Klein, Kohen (Ignace), Kovacs, Kramarz, Mlle Krause, MM. Kraüter, Kreis, Krivine, Kunossy, Kuypers,

Labarre, Labatut, Laboureix, Lachèze, Lacombe, Lacroix (Pierre), Lambert (Henri), Lambert (Maurice), Lambey, Lambling, Lance, Lanklau (Lebjus), Lando (Boruch), Landois, Lapeyre, Laplagne (Auguste), Laplane (Robert), Mlle Laporte, MM. Laroche (Jean), Larrive, Larroumets, Latour, Laugier, Laurent (Louis), Laurent (Damien-Paul), Laurent (Paul-Albert), Lauret (Georges), Mlle Lavault (Solange), MM. Laveau, Lavergne (Jean), Lavoine (René), Lazard, Lebé, Leborgne, Lebouchard, Lebourg, Le Bras, Lebrun, Mlle Le Cannu, MM. Lecat, Lecocq, Leconte (Maurice), Leduc, Lefebvre (Jacques), Lefèvre (Marcel), Léger (A.), Léger (Marcel), Mme Le Goff, née Denys, MM. Legrand, Lehmann, Lemarinier, Lemelletier, Leneman, Mlle Léonard, MM. Léonard (Jean), Léoni (Jacques), Leroux, Lesage, Mlle Lescure, MM. Le Sourd, Letrésor, Levecq, Levêque, Levin, Mlle Lévy (Gilberte), MM. Lévy (Jacques), Liberton, Lichaa, Lichtenberg, Lion, Mlle Liphschutz, M. Livierados, Mlle de Loechnigg, MM. Lombard (Albert), Lomguet (Yves-Marie-Maurice), Longuet (Bernard-Yves), Mlle Lorsignol, MM. Losay, Lowinsohn, Lucadou, Luchtenberg, Luciani, Luisada,

Maarek, Macé, Maclou, Magrin, Mahé, Mainguy, Maire, Mlle Malan, MM. Mallarmé, Manil, Marchand (Jean), Marcombes, Margout, Marie (René), Marmasse, Maroger, Maronne, Marquès, Marre (Philippe), Martel, Martin (Jean), Martin (Marcel), Martinot, Martinu, Maspétiol, Masson (R.), Mathière, Mathieu (Joseph), Mattern, Maudaroux, Maurer, Mausour, Mauvais (René), Mazer, Mélin, Mlle Menabrea, MM. Mendel, Menger, Mennecier, Mlles Merlier, Métin, MM. Meunier (André), Meyer (Jean), Meyer (Raymond), Meyer-Heine, Michaut, Michelet, Michelson, Michy, Mifsud, Mignen, Mlle Mignon, MM. Milhaud (Alfred), Millot (J.), Milovanovitch, Minc, Miquel (André), Miquel (Jean), Moïse (Oscar), Molard, Monbeig-Andrieu, Monceau (Yves), Monestier, Mongin, Monier, Montagnac, Moreau (Jacques), Morel (André), Morelle (René), Morin (André), Morin (Jean), Mlle de la Motte Saint-Pierre, M. Mourgues, Mlle Moyen,

MM. Nahon, Nauwelaerts, Nayna, Nègre, Nel, Netter, Nevjinsky, Nguyen, Nigaud, Nisard, Nocton, Noger, Normand,

Ogarrio, Oiseau, Olivier-Pallud, Opolon, Ornstein, Ortholan, Osenat, Oster, Ovary,

Pagès, Plaget, Parent, Parfus, Paris (Jean), Parrot, Pastouriaux, Mlle Patez, MM. Paulus, Payeu, Pécastaing, Mlle Peiker, MM. Pelletier, Pereton, Pergola, Péron (Jean), Mlle Perrier, MM. Perrot, Personnaz, Petit (Pierre), Petraud, Mlle Petroff (Eugénie), MM. Pétroff (Marin), Peyaud, Peyne (Georges), Mlle Philippe (Madeleine), MM. Philippe (Germain), Picaud, Picquart, Pierra, Piet Berton de Lestrade, Pigeanne, Pillière de Tanouarn, Pimpaneau, Pinchasowicz, Pineau (Claude), Pineau (Maurice), Pineau (René), Pinto, Pioux, Mlle Piquet, MM. Piram, Pivoteau, Pochon, Mlle Poindessault, MM. Poisson (Georges), Polacco (Jacques), Polak Pollet, Poreaux, Portu (de), Pouliquen, Pour, Pouyol, Prallet, Prat (Pierre), Prieur, Mlle Puisais, MM. Puistienne, Pulsford, Pulvenis,

Quentin (Jean-Marie), Quétin (Jean), Quilichini,

Rakover, Ramadier, Rapoport, Raton, Rauchbach, Raynard (Hermann), Reboul, Regard, Renaud, Mlle Revault d'Allonnes, M. Richard (Robert), Mlles Riche, Riu, MM. Rivet, Robert (Pierre), Mlle Roch, M. Rodier (Pierre), Mlle Rogier (Simonne), MM. Rolland, Rollat, Mlle Romme, MM. Ronce, Rosenstein, Rossano, Rossi, Rostain, Mlle Rotkiel, MM. Rousseau (Francis), Roy (André-Louis), Roy (André-Henri), Roy (Fernand), Roy (Guy), Mlle Ruais,

MM. Sabatier, Sabban, Sabioncello, Mlle Sainton, MM. Sakon, Sambo..., Sauvage, Sauvain, Savelli, Savignon, Schattner, Scheid, Scheredine, Mlle Schifrin, MM. Schmid (René), Schmitt (Jean), Schwartz (Salomon), Ségall (Salomon), Segall (Max), Mlle Seguin (Paule), M. Serdario, Mme Sergent, née Moncarrat, M. Sergère, Mlle Sérieux, MM. Seveiller, Seydel, Silcher, Silvestre, Simon (René), Simon (Franck), Simon (Roger), Simonnet, Sobel, Mlle Solente, MM. Soria, Sotiriou, Soudée, Spillmann, Mlle Spire, MM. Stéphan (Adrien), Stephani, Sterne, Stewart, Streicher, Strojecka, Strumza, Svartman, Szigeti, Mme Szilagyi, née Ullmann, Szilagyi (Ladislas), Szumlanski (René),

(*Voir la suite, p. 1402.*)

XIXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Paris, octobre 1927 (1).

SÉMIOLOGIE DES SEPTICÉMIES MÉDICALES

PREMIER RAPPORT

Sémiologie générale de l'état septicémique.

Par P. Gastinel et J. Reilly (de Paris).

La septicémie doit se définir : toute infection générale conditionnée par la présence, constante ou passagère, dans le sang de bactéries pathogènes et de leurs poisons.

La constitution de l'état septicémique comprend plusieurs étapes : existence d'un foyer septique profond d'où partent des décharges microbiennes; localisations viscérales multiples qui témoignent d'une fixation ou d'une colonisation métastatique des germes; troubles généraux de métabolisme tenant aux destructions cellulaires; inondation ou non par les bactéries pathogènes du milieu sanguin à la période préagonique.

Cette constitution d'un état septicémique n'est possible qu'à la faveur d'une insuffisance momentanée des moyens de défense de l'organisme, parmi lesquels le système réticulo-endothélial semble aujourd'hui jouer un rôle des plus importants.

En clinique, les éléments du *syndrome septicémique* reconnaissent une pathogénie différente :

1° Symptômes imputables à l'existence du foyer septicémique. — Parfois le foyer correspond à la porte d'entrée de l'agent microbien (plaie chirurgicale ou obstétricale).

Le plus souvent le foyer est profond. Il résulte d'une propagation microbienne de proche en proche ou d'une greffe métastatique consécutive à une bactériémie.

C'est dire que dans la majorité des cas l'incubation d'une septicémie répond, soit à des phénomènes locaux, soit à des syndromes généraux d'ordre banal, réserve faite des septicémies suraiguës où tout prodrome fait défaut et où, d'emblée, le malade offre le tableau de l'état septicémique.

2° Symptômes engendrés par les décharges microbiennes. — *A.* Fièvre et frisson. — La fièvre avec ses différents types (continu, rémittent, intermittent), le frisson sous ses divers aspects demeurent l'*élément majeur du tableau septicémique*.

Mais la seule présence de germes dans le sang paraît insuffisante à conditionner l'accès thermique. La fièvre nous apparaît aujourd'hui essentiellement liée à un *acte protéolytique s'apparentant aux chocs*. Aux décharges microbiennes dans le sang, avec lyses consécutives, correspondent les brusques accès de la fièvre intermittente qui s'accompagnent de frissons et de signes généraux. Dans les fièvres rémittentes, en raison même de l'existence d'un foyer, fièvre et frisson reconnaissent une origine complexe : produits de désintégration bactérienne et cellulaire émanés de ces foyers, décharges microbiennes, localisations viscérales métastatiques.

B. Pouls. Tension artérielle. — Le pouls est rapide, petit, plus rarement dicrote. Une élévation de la fréquence au-dessus de 140 est toujours sérieuse. Il en va de même si le pouls s'accélère plus que ne le comporte l'élévation thermique.

La pression artérielle est basse. Hypotension marquée et tachycardie commandent l'examen du cœur pour y rechercher les signes de défaillance ventriculaire : augmentation de l'aire de matité, affaiblissement des bruits, arythmie extra-systolique, bruit de galop diastolique.

C. Symptômes généraux. — Parmi les *signes nerveux*, les phénomènes d'excitation (délire, convulsions, méningisme) prédominent au début. Ultérieurement suit une phase de dépression (stupeur, état typhoïde, adynamie).

On note un *état saburral des voies digestives*, de la *diarrhée*.

La *respiration* est rapide, superficielle. Les *urines* sont diminuées, albumineuses. Elles éliminent souvent les germes en cause. Des *exanthèmes* divers s'observent avec une grande fréquence.

Tous ces risques dénotent une imprégnation toxique d'origine complexe (lyse microbienne, mise en liberté des endotoxines, produits de désintégration ou d'autolyse secondaires).

3° Symptômes liés aux réactions du tissu endothélial et des organes hématopoiétiques. — *A.* Purpura. — Il se présente tantôt sous l'aspect de simples taches ecchymotiques, tantôt sous celui de vésico-pustules renfermant le germe en cause. Un syndrome hémorragique plus étendu est exceptionnel.

Ces manifestations purpuriques résultent à la fois d'une modification de la crase sanguine, d'une fragilisation de l'endothélium des capillaires, d'une diminution des hématoblastes par thrombocytolyse septicémique.

B. La rate est habituellement grosse, du fait de la congestion, de l'hyperplasie lymphoïde et réticulaire, de la réaction macrophagique.

L'apparition d'infarctus se traduit par une splénomégalie brutale et douloureuse.

C. Le sang. — *a.* Du côté des globules rouges on note une *anémie*, qui peut prendre un type pernicieux (surtout si le streptocoque est en cause).

b. L'examen leucocytaire montre une *leucopénie passagère* avant l'accès fébrile (analogue à la leucopénie de la crise hémoclasique). Puis s'observe une *leucocytose polynucléaire*. Les *éosinophiles* sont constamment diminués. Leur réapparition doit être tenue pour un élément de pronostic favorable (sauf en cas d'endocardite). Une *monocytose* peut s'observer au déclin des poussées septicémiques.

4° Les symptômes liés à l'élimination microbienne. Localisations viscérales et métastases. — L'atteinte du *poumon* détermine des abcès miliaires avec ou sans réaction pleurale.

Au niveau du *cœur*, il s'agit le plus souvent d'endocardite aiguë, qui enrichit le tableau de la septicémie en favorisant au plus haut point l'essaimage microbien. L'atteinte du myocarde et du péricarde est plus rare.

Durant leur cheminement dans le torrent circulatoire, les germes pathogènes sont susceptibles de végéter au niveau des *parois artérielles ou veineuses* (artérites, thrombo-phlébites).

Le *foie* est fréquemment lésé. L'ictère n'est pas rare, qu'il s'agisse d'une hépatite isolée, ou d'une hépatite associée à la fragilité des hématies.

Le *tractus digestif*, le *péritoine* peuvent également être touchés.

Les *déterminations rénales* ne sont pas rares : albuminurie, hématurie, suppuration rénale ou périrénale. La *participation surrénale* paraît le plus souvent assez limitée.

Il en va de même du *système nerveux*. Plus imposantes sont les localisations sur les *organes des sens*, l'œil notamment (hémorragie rétinienne, irido-choroïdite, panophtalmie).

Enfin les *articulations*, les *téguments* peuvent, eux aussi, être le siège de localisations métastatiques.

5° Les troubles du métabolisme. — L'étude des troubles du métabolisme est à peine ébauchée. On sait néanmoins qu'il existe une élévation du taux des échanges avec augmentation de l'urée urinaire.

Dans le sérum sanguin on trouve une diminution du taux de l'albumine et un abaissement du pouvoir lipasique, amylolytique et présurant du sérum (Achard et Clerc). La cholestérine est diminuée. Parfois s'observe un véritable diabète aigu. L'acidose a été signalée à titre exceptionnel.

Association de la Presse médicale française.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, p. 1361 et 1374.

6° **Les symptômes de généralisation terminale.** — *Aggravation progressive des signes généraux, abondance des colonies microbiennes obtenues par hémoculture* sont les signes annonciateurs de la phase terminale. L'hypothermie peut précéder l'issue fatale.

*
* *

Tels sont les différents éléments du tableau septicémique. Selon leur groupement et leur évolution, on peut distinguer des *septicémies pures*, des formes *aiguës*, *intermittentes*, *prolongées*, *bénignes*. Les *septicémies* du nouveau-né se traduisent par la prédominance des signes toxiques, des troubles digestifs, des érythèmes.

Le *pronostic* varie suivant l'âge, le siège du foyer initial, la nature de l'agent infectieux, les facteurs pathologiques associés.

En résumé, les processus septicémiques s'observent au cours des infections les plus disparates : spirochétoses, trypanosomiase, leishmanioses, infection palustre, maladies bactériennes, mycoses, infections à virus filtrant.

Bien différentes des bactériémies, les septicémies ne concernent que les cas où la maladie évolue en laissant au deuxième plan le foyer initial qui lui a donné naissance.

DEUXIÈME RAPPORT

Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques spécifiques, à virus connus ou inconnus.

Par M. V. de Lavergne (de Nancy).

I. Septicémies dues au groupe des bacilles typho-paratyphiques. — Tantôt la septicémie reste pure; tantôt, au tableau de l'infection générale s'ajoutent des signes de déterminations intestinales : et c'est la fièvre typhoïde. Tantôt, enfin, la septicémie est discrète et l'infection se traduit cliniquement par des localisations en apparence primitives.

De ces trois formes de septicémies à T. A. B., la fièvre typhoïde est de beaucoup la plus commune. A son sujet, deux points ont été seulement retenus.

1° Est-il possible, d'après les seuls signes cliniques, de reconnaître qu'une fièvre typhoïde est due au bacille d'Eberth, au paratyphique A, B, de Gaertner, ou même au *bacillus fœcalis alcaligenes*? Non. La clinique permet de reconnaître une fièvre typhoïde. Seul, de façon assurée, le laboratoire indique le germe en cause.

2° Dans quelle mesure les symptômes de la fièvre typhoïde sont-ils déterminés par la septicémie?

La période d'incubation correspond à une infection progressive du système lymphatique mésentérique. La lymphe se charge de bacilles qui arrivent de plus en plus nombreux au sang. Une septicémie s'ensuit, qui n'est donc que secondaire. Mais le sang élimine les germes par dépôt dans les tissus ou passages par voies biliaires. Au cours de la fièvre typhoïde, les microbes ne se trouvent qu'en transit dans le sang. Eliminés du sang par voie biliaire, ils se retrouvent dans l'intestin, et le cycle tend à se refermer.

Dans la fièvre typhoïde, il y a deux ordres de signes cliniques. Les premiers sont d'ordre assez banal, tels que la fièvre, l'état des muqueuses, la prostration, l'hypertrophie de la rate. On les retrouve dans maint état d'infection générale. A côté, il y a ces symptômes particuliers qui appartiennent précisément en propre à la fièvre typhoïde : signes intestinaux relevant de l'ulcération des plaques de Peyer, et taches rosées lenticulaires. Or, il est probable que ce dernier groupe de symptômes fondamentaux ne relève pas directement de la septicémie. Il existe, en effet, un *état d'allergie typhique* et les lésions des plaques de Peyer correspondent à des lésions de surinfection, de même que les taches rosées correspondent à des cuti-réactions.

II. Les **septicémies à colibacilles** ont un aspect clinique très varié. Elles peuvent succéder à des suppurations à colibacilles, à point de départ différent, quoique, bien souvent, d'une topographie qui fait penser à cette étiologie. Elles peuvent aussi apparaître comme primitives.

La fonction essentielle du colibacille est de faire du pus. A ce titre, il est sans aucun doute capable de déterminer secondairement une septicémie. De fait, ces septicémies secondaires donnent lieu à des fièvres hachées, avec frissons et sueurs au moment de l'accès, avec possibilité de métastases suppurées.

Sur le tableau de fond, des variations cliniques peuvent se produire, ictère, purpura, hypothermie, mais il ne faut pas les attribuer exclusivement à la seule colibacillémie.

Il faut, d'autre part, considérer que le colibacille est un germe qui passe volontiers dans le sang : après la mort, à la période agonique, chez les cachectiques ou au cours d'autres infections. Dans bien des cas, la présence du colibacille dans le sang est trompeuse; il n'est que microbe de sortie.

III. Les **méningococcémies** sont bien connues, aussi bien celles qui accompagnent les méningites que celles qui restent pures. De celles-ci, les formes sont diverses : typhoïde, purpurique, pseudo-paludéenne.

L'affinité du méningocoque pour les méninges est, du reste, telle que les méningococcémies qui restent pures sont l'exception.

Pour expliquer ce fait, différentes conceptions ont été proposées. La théorie ancienne est peut-être la plus satisfaisante, d'après laquelle le méningocoque accède du rhino-pharynx aux méninges par voie lymphatique directe, déterminant des lésions à la fois vasculaires et méningées.

IV. Les **gonococcémies** ressemblent d'ordinaire aux méningococcémies, donnant des formes pseudo-paludéennes, purpuriques et typhoïdes. Mais la gonococcémie, sauf de très rares exceptions, succède à une lésion initiale de topographie particulière. De plus, l'infection attaque profondément l'état général qui se conserve si bien au cours de méningococcémies, même prolongées. Enfin, la gonococcémie n'évolue guère sans complications, souvent successives, nombreuses, importantes, et dont l'évolution clinique n'est plus celle des déterminations méningococciques.

V. Les formes cliniques des septicémies à **mélitocoques** sont le plus souvent cliniquement bien reconnaissables, mais quelquefois il peut y avoir confusion avec la fièvre typhoïde ou la tuberculose; enfin, dans certains cas, le diagnostic ne peut être posé par la clinique, et les épreuves de laboratoire permettent seules de reconnaître la mélitococcie.

VI. Les septicémies à **bacilles perfringens** sont moins communes que les précédentes et ont été moins souvent étudiées. Cependant le microbe qui les détermine est aisé à reconnaître. Il manifeste dans les cultures un grand pouvoir hémolytique, il y peut aussi réduire rapidement l'hémoglobine et l'amener au stade de bilirubine.

Les septicémies à perfringens ne sont pas primitives. Elles succèdent à une inflammation initiale localisée. A l'origine de la septicémie, on trouve le plus souvent des infections utérines ou des infections gangréneuses consécutives à des traumatismes.

Ces septicémies peuvent être transitoires et cliniquement méconnaissables; d'autres fois le seul signe clinique en est l'apparition d'une métastase; mais la septicémie peut encore se révéler avec une personnalité clinique bien accusée, évolution d'un syndrome d'ictère grave hémolytique.

VII. Rares sont les observations de septicémies à **microbes anaerobies.**

S'il existe quelques cas de septicémies primitives, la règle est que la septicémie soit consécutive à une inflammation localisée masquant les signes de la septicémie. Le meilleur

symptôme clinique de la septicémie consiste dans l'apparition des métastases. Les germes en cours sont le plus souvent multiples.

VIII. Quant aux **septicémies** dues à **Spirochæta-ictero-hemorragiæ**, on sait que certaines professions sont particulièrement dangereuses, celles qui exposent au contact des rats. Mais des observations de plus en plus nombreuses montrent aussi que la spirochétose peut être consécutive à des bains de rivière ou de piscine. Elle doit donc faire partie des maladies hydriques.

Ce caractère est d'autant plus à souligner que par leur étiologie se trouvent ainsi rapprochés ictère paratyphique et ictère spirochétosique.

TROISIÈME RAPPORT

La sémiologie des septicémies médicales non spécifiques.

Par MM. F. Arloinc, A. Dufour (de Lyon) et L. Langeron (de Lille).

I. Les **septicémies à streptocoques** signalent souvent leur nature par des *conditions étiologiques :* puerpéralité dans 75 à 80 p. 100 des cas (accouchée infectée, avortement, plaie ombilicale du nouveau-né), plaies de guerre, septicité chirurgicale, scarlatine, grippe, variole, érysipèle, septicité bucco-dentaire. Il s'agit plus encore d'auto-infection que d'infection hétérogène.

Par ce mécanisme naissent les *septicémies suraiguës ou aiguës* avec fièvre soutenue à 41 degrés et néphrite brutale, mortelle en cinq à dix jours dans 50 p. 100 des cas.

Ces *septicémies pures* sont assez rares, car très fréquemment elles aboutissent à des *localisations* dont quelques-unes typiques et, en général, peu suppuratives.

Elles prennent le plus souvent le *type septico-pyorrhéique* avec des *endocardites* infectieuses droites ou gauches, surtout valvulaires, silencieuses, primitives, c'est-à-dire atteignant un endocarde sain, ulcéreuses et végétantes.

Les *manifestations phlébitiques* simples ou doubles sont classiques. La *peau* se tache de purpura fulminans, de rash d'aspects divers; des *arthrites* exsudatives ou suppurées surviennent enfin.

Le pronostic sombre s'éclaire de quelques cas de guérison.

En opposition à ces formes rapides, on décrit la *septicémie chronique ou endocardite chronique maligne, maladie de Jaccoud-Osler*, véritable entité pathologique, individualisée par sa sémiologie, son étiologie et ses lésions.

Des *septicémies streptococciques à formes plus rares, éphémères, bénignes, traînantes, associées au bacille d'Eberth, au staphylocoque, au gonocoque* ont été décrites avec une sémiologie spéciale.

Le *symptôme bactériologique* est dans toute l'histoire des streptococcémies *particulièrement important*; les septicémies aiguës et suraiguës se rattachent au *streptocoque hémolytique* et les septicémies chroniques subaiguës, l'endocardite maligne, les infections endoveineuses au *Streptococcus viridans*.

II. **Les septicémies à staphylocoques.** — L'*étiologie* revêt ici une exceptionnelle valeur. Les *furoncles* et les *anthrax*, surtout ceux de la *lèvre supérieure*, les lésions cutanées suppurées des plus minimes aux plus graves, les fermentations digestives anormales, les suppurations osseuses sont à l'origine de bien des septicémies, surtout si le *terrain* est réceptif (prématurés, débiles, diabétiques). L'expérimentation nous a appris l'importance du facteur individuel, de l'âge, de la dose microbienne et de sa voie d'introduction.

L'infection réalisée évolue suivant diverses modalités.

a. La *septicémie aiguë typhoïdique, sans localisation apparente*, très grave, tuant en quatre à quinze jours, est la moins fréquente.

b. La *septicémie aiguë à localisations multiples prédominantes* constitue la *septico-pyohémie staphylococcique* (95 p. 100 des cas). Évoluant moins vite, s'accompagnant d'une température oscillante, de frissons et de sueurs profuses, elle aboutit aux *abcès miliaires du rein,* aux localisations prostato-vésicales, à l'*ostéomyélite juxta-épiphysaire*, à l'exanthème pustuleux, aux abcès cutanés, aux érythèmes érysipélatoïdes.

Après celle du rein et des os, l'*endocardite aiguë* à staphylocoques, surtout mitrale, est la plus fréquente de ces manifestations ainsi que l'*abcès du poumon* et la *méningite*.

c. Plus rarement, on relève la *septicémie suraiguë* mortelle (7 p. 100 des cas), les *formes éphémères, les formes chroniques* durant de trois mois à plusieurs années avec métastases successives.

L'âge du sujet oriente la staphylococcémie vers les abcès cutanés multiples chez le jeune enfant (Hutinel et Marcel Labbé), vers l'ostéomyélite chez l'adolescenl (Jaboulay, Rodet et J. Coumont), vers les viscères chez l'adulte.

La staphylococcémie peut *s'associer à la streptococcie ou à l'éberthose.*

Le laboratoire apporte le plus souvent la certitude là où la sémiologie n'a donné que probabilités.

Mais il n'y a *pas l'eu de décrire des formes bactériologiques des septicémies staphylococciques*. Le microbe doré est toujours le plus souvent rencontré.

Maladie toujours grave, souvent mortelle (55 à 70 p. 100 de mortalité dans les septicémies), elle tire un sombre pronostic du manque de résistance du sujet et de son jeune âge.

III. Les **septicémies à tétragènes** ont une *origine buccale*.

Rarement pures, elles offrent d'ordinaire de *multiples localisations prédominantes*. L'hémoculture est le seul symptôme précis et précieux dans une sémiologie banale d'infection générale.

IV. Une *grande rareté* caractérise les **septicémies à pyocyaniques.**

Elles ont comme caractère assez particulier leur tendance aux *hémorragies intestinales* et une lésion cutanée curieuse, l'*ecthyma térébrant d'Ehlers*.

Elles résultent le plus souvent d'une inoculation accidentelle,

V. L'histoire des **septicémies à pasteurella** est encore très fragmentaire. Elles semblent moins graves chez l'homme que chez l'animal.

VI. **Les septicémies à entérocoques.** — Le pouvoir pathogène local de l'entérocoque conduit à admettre qu'il soit à lui seul l'agent d'*états septicémiques purs d'ordinaire à allure typhoïde* exceptionnellement mortels, d'*infections d'aspect pseudo-rhumatismal ou érythémateux*.

Plus rarement, l'entérocoque complique la septicémie d'une *endocardite infectieuse* bien décrite par Gallavardin et Langeron, ou s'associe à une éberthose.

Peu typique, la sémiologie exige ici l'appui diagnostique d'hémocultures et d'agglutinations sériques répétées. La réaction biochimique du milieu gélose-esculine permet de différencier l'entérocoque du pneumo et du strepto.

VII. **Les septicémies à pneumocoques.** — Les déterminations pneumococciques et leurs formes sont essentiellement commandées par la *réceptivité ou la résistance du terrain.* L'absence foncière de résistance ou sa défaillance momentanée permettent l'installation d'une *septicémie d'emblée* pouvant se compliquer ou non d'une localisation pulmonaire secondaire.

Au contraire, l'*état allergique* de l'organisme vis-à-vis du pneumocoque, créé par de multiples et discrètes infections par ce microbe, interdit à l'infection sanguine de dépasser la *simple bactériémie*, qui demeure même parfois impossible à déceler.

Cette allergie *aboutit à une pneumonie en apparence primitive* ayant l'allure d'une maladie locale.

Très rarement le pneumocoque de la mère peut franchir le

placenta et créer chez le fœtus une *septicémie congénitale*, rapidement mortelle après la naissance, *pure ou avec localisation pulmonaire pleurale ou méningée*.

Le *nourrisson*, terrain vierge, est d'une très grande sensibilité au pneumocoque exogène. Il donne tantôt une *septicémie pure* de haute allure, hyperthermique, le plus souvent mortelle, ou s'accompagnant de *manifestations secondaires broncho-pneumoniques plutôt que pneumoniques*, pleurales, méningées, articulaires, rarement péritonéales. Ces septicémies sont brèves ou prolongées.

Certaines races présentent à l'âge adulte une sensibilité au moins aussi grande que le nourrisson au diplocoque de Talamon : *septicémies des tropicaux à forme typhoïde sans localisation.*

Sur le *terrain adulte* comme sur celui de la *seconde enfance* devenus plus résistants, l'infection sanguine tend à donner des localisations plus rapides, surtout pneumoniques.

Les *septicémies pures* vraiment typhoïdes sont exceptionnelles. Elles offrent un *syndrome abdominal* remarquable, lié à la pneumococcémie, simulant la crise d'appendicite, l'occlusion aiguë ou la péritonite par perforation. La guérison est presque la règle.

D'autres fois, la *pneumococcémie* est *précédée d'une pneumonie ou d'une congestion pulmonaire*, réalisant ainsi l'*ancienne pneumonie infectieuse infectante* de G. Sée qui, au milieu d'une sémiologie ataxo-adynamique, engendre des localisations pleurales, articulaires, rénales, endopéricardiques.

Parfois aussi, *la septicémie traîne* avec une température oscillante, ou *se termine par une pneumonie ou par des manifestations exclusivement extrapulmonaires* (méningites, endocardite ulcéro-végétante, purpura).

VIII. Les **septicémies à pneumobacilles** sont *suraiguës*, foudroyantes, tuant dans 80 p. 100 des cas en deux à six jours avec hyperpyrexie et phénomènes congestifs mobiles.

Chez un sujet plus résistant, ou avec un pneumobacille moins hypervirulent, la *septicémie pure* évolue moins rapidement.

La *localisation pulmonaire est fréquente* au point d'être presque spécifique avec les signes d'un foyer pneumonique ou broncho-pneumonique évoluant vers l'abcès pulmonaire très grave ou la gangrène presque toujours fatale avec expectoration rouge-brique, chocolat ou hémoploïque, visqueuse, fourmillant en pneumobacilles.

Les *méningites* d'une haute gravité sont la première ou la dernière localisation d'une pneumobacillémie que signe la bactérioscopie du liquide céphalo-rachidien.

IX. La **septicémie tuberculeuse** correspond plutôt à une *modalité clinique de la maladie* qu'à une réalité bactériologique.

Toutefois si, cessant de considérer l'agent de la tuberculose sous sa forme tangible, visible de bacille acido-résistant, on envisage son polymorphisme et en particulier sa *forme filtrante invisible*, on peut concevoir de véritables *septicémies tuberculeuses d'origine transplacentaire* dont la sémiologie est encore à l'état d'ébauche.

Ce sont là des *syndromes qui méritent peut-être légitimement le nom de septicémies tuberculeuses*, en opposition aux *bacillémies chroniques* acido-résistantes qui n'ont de la septicémie vraie ni le critère bactériologique, ni le critère infectieux clinique.

Dans le cours de la vie, surviennent par la voie vasculaire des *états septicémiques tuberculeux acquis*, aux transitions innombrables et à la sémiologie profondément nuancée (granulie, typhobacillose, polynévrites, érythème noueux...).

DISCUSSION DES RAPPORTS SUR LES SEPTICÉMIES

La conception de la septicémie présentée par les rapporteurs a soulevé des objections de la part de M. Béco (de Liége). Il pense que l'état septicémique est caractérisé par la présence abondante et croissante dans le sang de germes primitivement sédimentés dans le réseau capillaire de certains organes (foie, rate, moelle osseuse). Le diagnostic de septicémie ne peut donc être que bactériologique et doit reposer sur la numération répétée des germes présents dans le sang.

M. Roskam (de Liége) est du même avis. On doit, en outre, toujours rechercher l'opsonisabilité du microbe infectant.

Pour M. Govaerts (de Bruxelles), la plupart des septicémies sont dues à des microbes instables, dont la persistance dans le sang ne s'explique que par un réensemencement continu.

M. Vaucher (de Strasbourg) insiste sur trois points : la nécessité d'hémocultures en milieu solide, qui permet la numération des germes, la nécessité d'hémocultures anaérobies, le rôle du système réticulo-endothélial.

M. Creyx (de Bordeaux) pense que la bactériémie est, en clinique humaine, contingente et intermittente.

D'autres communications intéressantes furent faites par M. Etienne (de Nancy) sur le rôle des injections secondaires, par M. Hammer (d'Amsterdam) sur les septicémies typhiques; par M. Danielopolu et ses collaborateurs Missirliu, Lupu, Nicolau et Venesco sur le mécanisme de production des différentes courbes du rythme cardiaques dans les infections, le tonus végétatif dans la fièvre typhoïde, l'état du cœur dans le typhus exanthématique.

L'*endocardite maligne lente* a fait l'objet de nombreuses présentations : MM. Pr. Merklen et M. Wolf (de Strasbourg) étudient la participation des endothélites artério-capillaires au syndrome de l'endocardite lente. Le professeur Lad. Syllaba (de Prague) envisage la question de son diagnostic et de son pronostic; le docteur Schneider (de Prague) rapporte les résultats de l'uroculture au cours des endocardites. MM. E. Lazeanu, J. Pavel et Mme Mavromati discutent la délimitation entre l'endocardite aiguë et l'endocardite chronique streptococciques. Ils signalent la péricardite et l'amylose au cours de leur évolution. M. Hatzieganu (de Cluj) présente quelques considérations sur le syndrome septique dans l'endocardite lente et sur les manifestations cutanées au cours de cette affection.

Les *septicémies tuberculeuses* font l'objet des travaux suivants : Essai de classification, par Dumarest et Bonafé (d'Hauteville); Formes cliniques, par Leuret et Caussimon (de Bordeaux).

Signalons encore : la septicémie et la leucémie aiguë, par le professeur Pelaaf (de Prague); les septicémies associées ou secondaires dans la diphtérie, par MM. Lereboullet et M. David; les septicémies à pneumocoques, par le professeur Titu Vasiliu (de Cluj); un cas de septico-pyohémie à streptocoques, par MM. Michel et Poumailloux; deux observations de septicémie charbonneuse, par le professeur Todorovitch (de Belgrade); septicémie à tétragène simulant la fièvre de Malte (M. d'Œlsnitz); septicémies prolongées à entérocoques (M. Moutier); évolution des accidents cardiaques au cours des septicémies sous l'influence des médicaments cardiotoniques, par MM. Libensky, Mentl et Brumlick (de Prague); la conception des septicémies lentes et l'épreuve étiologique dans les septicémies, par MM. Hatzieganu et Iriminoin (de Cluj); lésions papillaires au cours de certains états septicémiques (MM. Pr. Merklen et R. Cahn); le canal cranio-pharyngien, porte d'entrée des injections dans l'organisme (M. Frossard, de Paris); septicémie d'origine dentaire (docteur Jedlicka, de Prague); septicémie d'origine dentaire (M. Jonaas).

(A suivre.) MAURICE LARIÉTY.

IXe RÉUNION ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

(Paris, 7 octobre 1927.)

C'est devant un amphithéâtre amplement garni que le professeur Nové-Josserand, président, ouvre la réunion de la Société.

Il rappelle les deuils récents qui viennent de la frapper : M. Kirmisson qui fut en France le grand promoteur du mouvement orthopédique moderne, le fondateur de la *Revue d'orthopédie* et de la Société d'orthopédie vient de disparaître. Elle a perdu aussi son secrétaire général, le professeur Curtillet (d'Alger) qui a tant fait par ses travaux pour la chirurgie infantile.

Le président sortant M. le professeur Ombrédanne est élu président honoraire par acclamation et M. le professeur Lefort (de Lille), secrétaire général adjoint.

PREMIÈRE QUESTION.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA TUBERCULOSE TIBIO-TARSIENNE

Rapporteur : A. Delahaye (de Berck).

Si Bonnet dès 1840 avait bien établi les règles du traitement orthopédique des tuberculoses ostéo-articulaires, c'est avec Ollier que débute l'histoire du traitement chirurgical de la tuberculose tibio-tarsienne. Avant lui quelques tentatives opératoires peuvent être citées (Moreau le père, Liston). Mais jusqu'aux travaux du grand chirurgien lyonnais dans les cas graves on pratiquait la résection articulaire du cou-de-pied, opération très mutilante ou l'amputation. Ollier montra la différence de l'évolution de la lésion chez l'enfant et l'adulte. Le premier peut guérir par les méthodes conservatrices (immobilisation, injections modificatrices), et le traitement opératoire n'intervient que dans les formes graves, chez l'adulte le traitement opératoire est de règle. Aux résections tibio-tarsienne il oppose l'astragalectomie qui suffit au drainage articulaire et donne un résultat fonctionnel bien supérieur. Il en fixe la technique précise (voie d'abord, nécessité de la conservation des malléoles, traitement post-opératoire). Dans les cas plus graves la postéro-tarsectomie sera de mise.

Arrêtée pendant des années par la légende de la généralisation tuberculeuse à la suite des opérations dans la tuberculose osseuse (théorie de Verneuil 1883, réfutée par Trélat, Lannelongue, Broca, Ménard), la chirurgie de la tuberculose osseuse a repris son essor depuis 1890. Au cou-de-pied il faut rappeler les travaux de Gangolphe, Mondan, et surtout Victor Ménard (de Berck). Ce dernier préconise l'*astragalectomie de drainage* dans tous les cas de tuberculose tibio-tarsienne grave chez l'enfant. Il en fixe la technique, et montre les bons résultats orthopédiques qu'elle procure.

La thèse si documentée d'Andrieu (1905) expose bien l'opinion des chirurgiens à cette époque.

Depuis lors le travail le plus complet est la thèse de Pouzet (Lyon 1926) exposant les idées et les résultats de M. Nové-Josserand.

On peut résumer l'opinion classique par l'exposé de Leriche dans le Traité récent de thérapeutique chirurgicale de Lecène et Leriche. « Jusqu'à quinze ans, la tumeur blanche tibio-tarsienne a souvent une tendance naturelle à guérir, si les conditions générales sont satisfaisantes... Mais même à partir de six ans, si la suppuration se produit abondante et tenace, si elle s'aggrave, si la radiographie montre une extension progressive des lésions, l'astragalectomie doit être pratiquée... »

« Après quinze ans..., si au bout de trois mois de rigoureuse immobilisation une franche amélioration locale n'est pas obtenue, l'astragalectomie s'impose... En règle, après vingt ans, la tuberculose ostéo-articulaire ne guérit guère sans intervention. »

On peut donc dire que chez le jeune enfant on admet que le traitement conservateur est de règle, l'intervention *de nécessité*.

Une tendance plus systématiquement interventionniste chez l'enfant s'est fait jour dans ces dernières années.

A Lyon avec M. Vignard, à Berck avec MM. Sorrel et Delahaye.

Le rapport de Delahaye constitue un chaud plaidoyer en faveur de l'astragalectomie dans le traitement de la tuberculose tibio-tarsienne chez l'enfant.

Voyons ses arguments.

Il établit d'abord que le diagnostic de la tumeur blanche du cou-de-pied est parfois fort délicat à faire chez l'enfant, que l'on confond assez souvent avec elle des réactions articulaires dues à des lésions tuberculeuses de voisinage (ostéites) qui figurent à tort dans certaines statistiques comme arthrites et guérissent naturellement avec l'intégrité des fonctions articulaires. Ces ostéites juxta-articulaires qui peuvent secondairement envahir la tibio-tarsienne sont justiciables du traitement sanglant préventif (évidement).

Il montre ensuite que la tumeur blanche du cou-de-pied présente chez l'enfant plusieurs formes distinctes :

1° La forme synoviale, sans lésions osseuses, justiciable de l'immobilisation et du traitement général;

2° La forme à début brusque qui cède de même en général au traitement conservateur;

3° La forme grave bacillémique qui constitue une contre-indication à toute intervention;

4° L'association avec d'autres localisations bacillaires graves qui impose la même abstention;

5° *C'est dans l'arthrite banale, ordinaire que se pose le problème de l'astragalectomie comme méthode thérapeutique de choix*, et cela non pas au début, où les signes cliniques et radiologiques sont souvent frustes, mais après six et huit mois d'évolution, quand le diagnostic est assuré et que l'on est au stade des fongosités.

Dans ces conditions, convient-il de continuer le traitement conservateur et d'attendre l'apparition des abcès, des fistules pour pratiquer l'astragalectomie de drainage de Ménard?

Faut-il, au contraire, avec Sorel et Delahaye pratiquer de suite l'astragalectomie de choix?

Voici le problème nettement posé et le point en litige.

Et voici la réponse du rapporteur :

« En présence d'une tumeur blanche tibio-tarsienne évidente avec fongosités, d'origine astragalienne (c'est l'origine habituelle chez l'enfant), évoluant depuis un temps de une année environ, lorsque la lésion paraît cliniquement et radiographiquement limitée à la tibio-tarsienne, lorsqu'il n'y a aucune contre-indication générale, il n'y a pas avantage à attendre, mais intérêt à pratiquer l'astragalectomie, à deux conditions cependant : que la tumeur blanche soit la seule localisation importante et que le malade soit dans les meilleures conditions hygiéniques possibles pour être opéré ».

Ce dernier desiderata est réalisé au maximum par le séjour préalable dans un hôpital marin.

Voici des indications nettement posées.

Quels seront les avantages de cette manière de faire? Le rapporteur nous le dit.

Alors que l'immobilisation prolongée expose à des inconvénients (grande longueur du traitement, troubles trophiques considérables du côté des muscles et du squelette, fréquence des ankyloses souvent vicieuses, fréquence des récidives, possibilité d'aggravation ultérieure), l'astragalectomie précoce donne une guérison rapide, complète, avec une néarthrose mobile, suit l'exposé détaillé de la technique de l'opération

telle que la pratique Sorrel, avec planches à l'appui, des soins post-opératoires si importants, et enfin des résultats (tableaux, photographies, radiographie, et enfin présentation de malades).

Sur 22 malades astragalectomisés dans ces conditions, 2 sont morts de tuberculose (un presque aussitôt, l'autre tardivement), 20 guérisons. On a pratiqué dix fois la fermeture dans drainage, douze fois sur une petite mèche. Tous ont fermé par première intention ou en un temps variant de deux à cinq mois. Il n'y a eu que deux abcès secondaires. La moyenne du traitement post-opératoire jusqu'à la reprise de la marche a varié de dix-huit à vingt-neuf mois.

Le résultat éloigné sur 13 enfants de deux à huit ans, a été excellent : mobilité de la néarthrose, absence de douleurs dans les mouvements, pied à peine déformé, excellent appui plantaire, absence de troubles trophiques, chez 7 enfants plus âgés (dix à quatorze ans), les résultats sont excellents dans 3 cas, moins bons dans 4.

Tout en étant supérieure à l'immobilisation, l'astragalectomie donne déjà de moins bons résultats que chez le jeune enfant.

Au total « les partisans de l'*astragalectomie de choix* pensent qu'en dehors de certaines contre-indications d'ordre général, cette intervention ne présente chez l'enfant aucun danger spécial. Elle permet d'obtenir une néarthrose solide, mobile, non douloureuse, avec un pied à peine déformé. La guérison, en règle générale, est obtenue relativement vite, plus rapidement que par l'immobilisation dans les mêmes circonstances. L'atrophie du squelette du pied et de la musculature jambière est moins marquée. L'articulation nouvelle ne semble pas davantage prédisposée aux récidives. Les résultats obtenus paraissent d'autant meilleurs qu'en restant dans les limites indiquées on opère moins tard, ce qui permet d'avoir une loge astragalienne à parois relativement saines. »

Et le rapporteur montre qu'au fond, cette opinion n'est pas très éloignée de l'opinion classique telle qu'elle est exposée dans la thèse de Pouzet; si l'on veut bien s'entendre sur le degré de gravité de la tumeur blanche tibio tarsienne, et sur le sens du mot astragalectomie de choix ».

Ce problème constitue le nœud de la question; le rapport aborde les autres parties du traitement chez l'enfant : traitement chirurgical des récidives et séquelles astragalectomie orthopédique, astragalectomie pour récidives. Ici point de grosses divergences d'opinion.

Traitement chirurgical de la tumeur blanche grave de l'enfant. — Ici, tout le monde est d'accord, c'est l'*astragalectomie de nécessité*, de drainage dont les indications, la technique, les résultats ont été décrits par Ménard qui s'impose.

Elle conduit parfois dans les cas très graves où on opère tardivement à l'*astragalectomie élargie* (évidement des os voisins) et même dans certains cas à la postéro-tarsectomie.

Celle-ci peut être faite en deux temps : traitement par exemple d'une ostéite du calcanéum ou du tibia, puis, secondairement, astragalectomie. C'est pour la plupart des auteurs, et le rapporteur se range à cet avis, la méthode de choix.

La *postéro-tarsectomie* en un temps, dont M. Nové-Josserand a étendu les indications, est ensuite décrite. Elle donne des résultats fonctionnels très inégaux, et toujours très inférieurs à ceux de l'astragalectomie typique. Elle doit être réservée aux cas exceptionnellement graves et pour tenter d'échapper à l'ultime recours : l'*amputation*.

Celle-ci, chez l'enfant, ne doit être employée que lorsqu'on aura épuisé toutes les ressources du traitement chirurgical conservateur. Elle est nécessitée par la gravité des lésions locales, l'altération de l'état général ou la présence d'autres foyers importants.

Traitement chirurgical de la tuberculose tibio-tarsienne de l'adolescent et de l'adulte. — *Forme synoviale.* — Le traitement orthopédique simple peut parfois obtenir la guérison. Tant qu'il n'y a pas d'indication clinique et radiographique nette en faveur d'une altération osseuse, la conservation est de règle.

Forme fongueuse. — A partir de quinze ans, elle résiste, en général, à l'immobilisation. L'astragalectomie est le traitement de choix, mais ses résultats fonctionnels sont de moins en moins bons, au fur et à mesure qu'on avance en âge et à partir de quarante ans, l'amputation doit être préférée.

L'astragalectomie chez l'adulte présente des particularités de technique qu'expose le rapporteur ainsi que ses résultats.

La postéro-tarsectomie ne présente que des indications exceptionnelles. Quand l'état local ou général impose une opération large, c'est l'amputation qui est de mise et c'est le Syme qu'il vaut mieux choisir à cause de son résultat orthopédique excellent, mais il ne faut pas attendre trop tard, l'extension des lésions pouvant la rendre impraticable.

Telles sont les grandes lignes du rapport si clair, complet et documenté rapport de M. Delahaye.

DISCUSSION

M. R. Massart (de Paris) apporte les résultats éloignés de 3 astragalectomies faites pour des tumeurs blanches fistuleuses. Ici donc l'indication était nette.

L'auteur insiste sur les bons résultats fonctionnels obtenus. Il ne conseille pas l'astragalectomie avant cinq ans.

MM. Lefort et Piquet (de Lille) apportent un travail basé sur 82 observations de tumeur blanche du cou-de-pied observées à Lille ou à Zuydcoote.

Au début elle se présente sous trois formes : forme sans lésions localisées, à lésion localisée à une partie de l'articulation (ostéo-arthrites primitives), forme localisée, d'abord extraarticulaire, puis se propageant à l'articulation (astragale le plus souvent avec propagation rapide).

Quand l'arthrite est confirmée, c'est presque toujours l'astragale qui est le plus malade, le centre des lésions quel qu'ait été le début. C'est lui qui doit être enlevé et son ablation suffit. Il y a avantage à le faire tôt, mais l'astragalectomie ne doit pas être systématique. Il faut choisir les cas. L'état général joue un grand rôle dans la guérison. Un malade qui sera astragalectomisé à Lille aurait pu guérir sans opération à Zuydcoote.

M. Contargyris (d'Athènes) apporte 14 observations d'astragalectomies du service de M. Phocas à Athènes. Une première série de 5 cas anciens (avant 1922) donne 1 mort de tuberculose pulmonaire et 4 guérisons.

La deuxième série (jusqu'en 1926) donne 1 mort, 1 amputation, 7 guérisons. Il s'agit de pré-adolescents, adolescents ou adultes, opérés après échec du traitement conservateur.

On a pu obtenir la fermeture de cas très avancés en deux mois et demi à cinq mois, et le résultat fonctionnel a souvent été excellent (radiographies, empreintes plantaires).

L'astragalectomie à partir de dix ans et chez l'adulte donne donc de bons résultats; l'amputation ne sera pratiquée que si l'état général l'exige.

Chez l'enfant, l'astragalectomie ne sera pratiquée que par nécessité.

M. Trèves (de Paris) conseille chez l'enfant et même l'adulte jeune de toujours tenter le traitement conservateur comprenant l'immobilisation dans un appareil à anse et l'héliothérapie.

L'astragalectomie n'intervient que dans le cas d'échec du traitement conservateur.

M. Frœlich (de Nancy) rappelle que déjà en 1888 le professeur Vautrin (de Nancy) avait préconisé les résections précoces dans les tumeurs blanches du cou-de-pied. Les résultats étaient déplorables. La tunellisation du cou-de-pied de Kirmisson, que l'auteur a pratiquée, lui a donné quelques bons résultats.

Depuis trois ans, sous l'influence des idées récentes, il a pratiqué 3 astragalectomies précoces, avec 1 succès et 2 réouvertures, avec évolution aussi lente que par le traitement conservateur.

Il pense que la résection précoce présente des indications restreintes.

M. Pouzet (de Lyon). Le débat tourne autour de deux questions : Faut-il chez l'enfant faire l'astragalectomie de choix ou seulement de nécessité? Faut-il chez l'adulte pratiquer l'astragalectomie dès que le diagnostic est certain? Pour adopter l'astragalectomie de choix chez l'enfant il faudrait que la guérison soit plus rapide et plus sûre que par le traitement conservateur. Or, la statistique de M. Nové-Josserand montre 6 p. 100 de rechute avec la conservation, 14 p. 100 avec l'astragalectomie. Celle-ci ne met donc pas à l'abri des accidents immédiats. Certains opérés ont eu des abcès secondaires où il a fallu intervenir sur les os voisins qui étaient atteints. Donc la guérison rapide n'est pas absolue. Le résultat fonctionnel est-il meilleur? Cela n'est pas prouvé; beaucoup de tumeurs blanches traitées par l'immobilisation guérissent avec tous les mouvements.

Le traitement ne doit pas être systématique mais opportuniste. Au début immobiliser; mais si la radiographie montre des lésions profondes, si la sous-astragalienne est prise, si l'affection résiste à ce traitement, il faut opérer. Il en est de même dans les récidives ou chez les sujets âgés.

L'auteur indique ensuite les indications de la postéro-tarsectomie que M. Nové-Josserand pratique systématiquement dans les formes graves. Des projections montrent les résultats donnés par ces diverses interventions.

M. Sorrel (de Berck) croit peu aux statistiques et aux articles de Revue. C'est au lit du malade qu'il faut discuter, et il pense que dans un même cas conservateurs et interventionnistes agiraient le plus souvent de même.

Pour l'adulte, il ne faut plus croire que l'amputation est inévitable. L'astragalectomie donne de bons résultats et suffit souvent. En cas d'échec, faire secondairement l'amputation, sans attendre trop tard, pour que le Syme, la meilleure des amputations basses, soit encore possible. Pour éviter la bascule du calcanéum, faire la ténotomie préventive du tendon d'Achille.

Chez l'enfant, l'auteur se refuse à discuter l'opinion des auteurs qu'il appelle les héliothérapeutes intégraux, où nous ne voyons pas les mêmes malades, où nous ne parlons pas la même langue.

Il est certain que beaucoup de tumeurs blanches tibio-tarsiennes de l'enfant peuvent guérir sans astragalectomie; mais après quatre, cinq ans peu guérissent sans ankylose, et après astragalectomie le résultat est meilleur.

Il ne faut pas attendre trop longtemps pour la pratiquer, la propagation conduirait à faire des postéro-tarsectomies, opération qu'il n'a été conduit qu'une seule fois à pratiquer et dont le résultat fonctionnel est mauvais.

En cas de foyers osseux doubles il vaut mieux les traiter séparément.

L'astragalectomie ne doit pas être faite systématiquement dans la tumeur blanche tibio-tarsienne de l'enfant. Les arthrites très légères y échappent. Mais dans les formes fongueuses avec abcès il faut intervenir et sans attendre.

M. Nové-Josserand (de Lyon) est convaincu que l'opposition entre les auteurs est plus apparente que réelle, et qu'en présence du même malade 9 fois sur 10 ils feraient la même chose.

Il persiste quelques divergences. Dans les tumeurs blanches confirmées, même avec abcès, le résultat fonctionnel peut après traitement conservateur être supérieur à celui de l'astragalectomie. Celle-ci, précoce, a des avantages, mais a l'inconvénient de priver le malade de sa chance d'échapper au bistouri.

Il ne faut pas détruire la confiance dans le traitement conservateur; l'appliquer, et en cas d'indications opérer.

M. Nové-Josserand expose ensuite les raisons anatomo-pathologiques qui l'ont amené à pratiquer systématiquement la postéro-tarsectomie lorsque les os du voisinage lui paraissent malades.

M. Delahaye, rapporteur, clôt la discussion en montrant que chez l'enfant, dans la forme grave multi-fistuleuse, tout le monde accepte l'astragalectomie de drainage. M. Nové-Josserand a même tendance à l'élargir et pratiquer la postéro-tarsectomie.

Dans la forme fongueuse séreuse faut-il pratiquer l'astragalectomie de choix? Tout le monde l'admet dès que l'affection traîne ou tend à s'aggraver. Les divergences sont minimes et surtout sur le temps de prolongation de l'immobilisation. Si l'on attend trop on risque d'être poussé à faire une postéro-tarsectomie mutilante. C'est pourquoi nous conseillons d'opérer tôt. Il n'y a pas de différence essentielle entre les deux manières de procéder.

(A suivre.) M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1927)

Les formes filtrantes du bacille de Koch dans la tuberculose canine. — MM. Lesbouyries et Verge. Les recherches des auteurs leur permettent d'affirmer la présence des formes filtrables du virus tuberculeux dans la tuberculose canine. Ce virus filtrable, après inoculation au cobaye, donne à nouveau des formes acido-résistantes qui permettent, en quelque sorte, de fermer le cycle des transformations du bacille tuberculeux.

Recherches sur l'anthracose pulmonaire. — M. André Jousset. L'anthracose pulmonaire classique est une pure fiction; d'après les recherches de M. Jousset la notion d'anthracose doit faire place à celle de sidérose.

En analysant des crachats muco-purulents, il a en effet trouvé que leur teneur en fer croissait en raison de la valeur de leur teinte noire. La cellule dite à poussières devrait donc porter le nom de *cellule martiale*.

Ces notions permettent d'éclairer le mécanisme des relations de l'anthracose et de la tuberculose; on ne devra plus à l'avenir parler d'anthracose tuberculigène, mais de tuberculose pigmentaire.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

DOCTEUR EN MÉDECINE. RÉQUISITION DE LA JUSTICE REFUS DE DÉFÉRER A LA RÉQUISITION

Nous avons fait connaître, il y a quelque temps, le cas d'un médecin qui, ayant refusé d'obtempérer à une réquisition de la justice, s'était vu condamner par le Tribunal correctionnel à une amende de 50 fr. La Cour d'appel avait confirmé le jugement rendu; un pourvoi ayant été formé, la Cour Suprême a rejeté celui-ci. La décision est à noter.

L'arrêt de la Cour énonçait que le 17 août 1926, à 22 heures, le Procureur de la République de la ville où exerçait le médecin, agissant en matière de flagrant délit à l'occasion d'une double tentative d'homicide volontaire suivie d'une tentative de suicide, avait fait inviter, par un agent de police, le médecin dont il s'agit, chirurgien des hôpitaux de la ville, à l'assister au cours de son transport, le médecin légiste ne disposant

pas des moyens d'action nécessaires. Le médecin avait répondu que le service de garde était assuré à l'hôpital et qu'en raison de son état de lassitude, il verrait les blessés le lendemain. En l'absence de tout autre chirurgien, le Procureur de la République lui adressa alors, par l'intermédiaire du même agent, une réquisition écrite; sans en prendre connaissance, le médecin refusa formellement d'y obtempérer le soir même.

La Cour de cassation avait à résoudre la question de savoir si, en droit, le médecin était tenu d'exécuter la réquisition.

« Attendu, dit-elle, que l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892 édicte que tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous peine d'une amende de 25 à 100 francs;

Attendu, d'une part, que ce texte n'a pas abrogé l'article 475, § 12, du Code pénal, qui prescrit, en termes généraux, aux citoyens de prêter secours à l'autorité dans les circonstances de nature à troubler la paix et la sécurité publiques, notamment en cas de flagrant délit; qu'il a eu, au contraire, pour effet, en ce qui concerne les docteurs en médecine requis, en pareil cas, par les magistrats de l'ordre judiciaire, de sanctionner cette obligation par des pénalités plus sévères;

Attendu, d'autre part, que le dit article 23 de la loi du 30 novembre 1892 n'établit aucune distinction entre les docteurs en médecine affectés au service des hôpitaux et ceux qui ne le sont pas, et que les réquisitions qu'il prévoit, lorsqu'elles ont seulement pour objet, comme en l'espèce, de procéder à l'examen des blessés et d'intervenir, d'urgence, s'il y a lieu, ne constituent pas une immixtion dans le fonctionnement des établissements publics auxquels sont attachés ces médecins. »

La Cour répond à l'objection qui avait été faite par le demandeur en cassation, à savoir que les magistrats de l'ordre judiciaire ne peuvent pas s'immiscer dans le fonctionnement des corps administratifs et adresser une réquisition au chirurgien d'un hôpital public.

L'article 475, § 12 du Code pénal réprime le fait pour tous citoyens d'avoir « refusé ou négligé de faire les travaux, le service ou de prêter le secours dont ils auront été requis dans les circonstances d'accident, tumulte, naufrage, inondation, incendie ou autres calamités, ainsi que dans les cas de brigandages, pillages, flagrant délit, clameur publique ou d'exécution judiciaire. Ce texte n'a pas été abrogé par la loi du 30 novembre 1892; au contraire, dit la Cour Suprême, il a sanctionné l'obligation qu'il contient par des peines plus sévères.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DES ASSURANCES SOCIALES ET DE LA LIBERTÉ DE PRESCRIPTION DU MÉDECIN

La loi sur les assurances sociales préoccupe non sans raison les médecins. Bien qu'ils soient déterminés à seconder les efforts de l'Etat, puisqu'on fait appel à leur dévouement et que cet appel n'est jamais fait en vain, ils se demandent s'ils ne vont pas être « refaits » une fois de plus sans que les malades soient mieux soignés pour cela.

C'est ce qui ressort des discussions qui viennent d'avoir lieu au cours de diverses réunions professionnelles, c'est ce qui ressort aussi d'un excellent article que notre ami le professeur Cruchet vient d'écrire dans le *Journal de médecine de Bordeaux* et où il ne cache pas son scepticisme.

Depuis cinq ans, les syndicats médicaux étudient sous toutes

ses faces le problème des assurances sociales, à chaque nouvel examen ils découvrent un écueil nouveau. Parlerons-nous du contrat collectif, de l'entente directe, du tiers payant, des tarifs, du contrôle? Toujours quelque nouvelle difficulté apparaît à l'examen approfondi.

Voici une nouvelle question qui, croyons-nous, n'a jamais été abordée; c'est la question de la liberté de prescription du médecin.

Dans le troisième rapport supplémentaire du docteur Chauveau nous lisons :

« Le libre choix du médecin et du pharmacien implique évidemment le libre choix du médicament ordonné par le médecin traitant ou consultant dans la limite des formes prévues par les conventions intervenues. »

Cela veut dire que si la liberté de prescription n'est pas inscrite dans la loi et elle ne l'est pas, que si, d'autre part, le règlement d'administration publique qui la complétera est muet sur ce point, ce qui est fort probable, les syndicats médicaux auront toutefois le droit de revendiquer cette liberté devant les caisses et d'insérer dans leur contrat une clause qui en garantira l'exercice dans une certaine limite ou d'une façon absolue.

Dans la clientèle ordinaire, le médecin formule une ordonnance magistrale ou prescrit une spécialité; il combine quelquefois les deux suivant les circonstances, la nature de la maladie, les ressources ou les préférences de son malade. En sera-t-il de même dans les assurances sociales? En d'autres termes, le médecin, en face d'un assujetti à la loi, aura-t-il le droit d'ordonner une spécialité pharmaceutique; sera-t-il, au contraire, tenu de formuler? Et s'il a le droit absolu d'ordonner une spécialité, ce que personne ne songe à lui contester, ce droit ne sera-t-il pas annihilé en fait par cela même que les caisses refuseront de la délivrer au malade ou de lui en rembourser le paiement?

La question est posée; dans un prochain article nous montrerons quelles seraient les conséquences d'une limitation de fait du droit de prescription.

F. L. S.

INFORMATIONS

(SUITE)

Tabary, Talon, Tantin, Tawil, Mme Therivel, née Meller, MM. Thésée, Theurkauff, Thevenin, Thévenot, Thomas (André), Thomas (Emile), Thomas (Raymond-Jean), Thomas (Raymond-Louis), Thomazi, Mlle Thueux, MM. Tisserand, Tissot, Torchaussé, Touraine, Tournafond, Touzé, Tran-Ouang-dé, Tran-Tan-Phat, Tran-Van-Doc, Traut, Trestorian, Triantaphylopoulo, Tribalet, Tricault, Triffault, Trifkovi ch, Trotot, Tsaknis, Tugler, Turbé, Turiaf,

Urbain,

Vachlas, Vaillant, Vaissière, Valarché, Valensi, Valet-Bellot, Valette, Mlle Mallet (Renée), M. Valot, Mlle Valroff, M. Valverde, Mlle Van Autgaerden, MM. Vannereau, Vauclin, Vautier, Velez, Venutolo, Vergé, Vérin, Verre, Veysset, Vial, Vidart, Vieuchange, Vigé, Vigneron, Vildé, Villeneuve, Vincent (Philippe), Vincent (Jean), Vincent (Georges), Voiriot, Voulpiotis, Vulpian (de),

Wajsman, Wattebled, Wattez (Edouard), Weill (Jacques), Mlles Weiller, Weissberg, MM. Wetterwald, Wilbert, Willot, Wimphon,

Yun, Yvanovitch,

Zana, Zoviebel.

INTERNAT DES ASILES DE LA SEINE. — PRÉPARATION AU CONCOURS DE MARS-AVRIL 1928. — Conférences d'anatomie du système nerveux et de pathologie externe et interne.

S'adresser à J. Lacan, salle de garde de l'Asile-clinique (hôpital Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE STRASBOURG. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Lobstein, chargé de cours à la Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon s'ouvrira au siège de ladite Ecole le 26 janvier 1928.

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 19 octobre publie un décret fixant la date de nomination au grade d'aide-major de 2e classe des élèves du Service de santé admis à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

COMMISSION DE PROTECTION DES OUVRIERS DES POUDRES. — Sont nommés membres de cette Commission : M. Roux, directeur de l'Institut Pasteur, président; MM. les professeurs Moureu, Gabriel Bertrand, Balthazard, Guillain, Strohl; MM. les docteurs Courtois-Suffit, Léon Binet, Verne; MM. les médecins-majors Coudray, Pilod, Codevelle et Ufferte.

HÔPITAL BEAUJON. (Laboratoire du docteur AUBOURG.) — — DÉMONSTRATIONS PRATIQUES D'ÉLECTRODIAGNOSTIC ET D'ÉLECTROTHÉRAPIE. — Le jeudi 3 novembre et les jeudis suivants, à 10 h. 30, M. W. Vignal, électroradiologiste des hôpitaux, chef adjoint à l'hôpital Beaujon, fera des conférences suivies d'applications pratiques.

L'assistance à ces conférences et démonstrations, réservées aux étudiants en médecine et aux médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

HÔPITAL SAINT-JOSEPH. — ENSEIGNEMENT OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — Sous la direction de M. Georges Laurens, chef du service oto-rhino-laryngologique, et avec le concours de ses assistants, MM. C. Hubert et L. Girard, le fonctionnement du service est organisé de la façon suivante :

Consultation : mardi, jeudi, samedi, à 10 h.
Opérations : vendredi, à 10 h.
Petites interventions : lundi, mercredi, à 10 h.
Pansements : tous les matins, à 9 h. 1/2.

Enseignement. — Un cours élémentaire d'oto-rhino-laryngologie en neuf leçons sera fait les mardi, jeudi, samedi, à 9 h., du mardi 3 novembre au samedi 26 novembre.

Ce cours aura un but essentiellement pratique et aura surtout en vue le diagnostic et le traitement des cas les plus fréquents dans la pratique quotidienne.

Droit d'inscription : 100 francs.

S'inscrire tous les matins dans le service de M. Georges Laurens, à l'hôpital Saint-Joseph, 3, rue Pierre-Larousse.

ÉCOLE DE SÉROLOGIE (54, rue Saussure, XVIIe). — M. Rubinstein fera, durant 1927-1928, des séries de cours de perfectionnement de sérologie appliquée à la Clinique. Les conférences suivies de travaux pratiques auront lieu les mardis, jeudis et samedis, de 14 à 18 h.

Le séro-diagnostic de la syphilis, de la tuberculose, de la gonococcie, seront l'objet d'études approfondies par tous les procédés actuellement connus.

Pour tous renseignements et dates des cours, s'adresser au laboratoire de M. Rubinstein, 54, rue Saussure, de 16 à 18 h.

Des leçons individuelles pourront également être données sur différents sujets intéressant particulièrement les auditeurs.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 27 octobre. — Jury : MM. Bezançon, président; Lecène, Nobécourt et Moure. — M. THIELLÉ. Etude radiologique du cancer du poumon. — M. IBOS. Etude sur le fémur. — M. BURGEAT. Traitement du goitre simple. — M. LECONTE. Etude sur le traitement de l'angine diphtérique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 20 octobre. — Questions données : « Symptômes, formes cliniques et évolution de la poliomyélite antérieure aiguë, maladie de Heine-Medin, chez l'enfant, sans le diagnostic. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius ; anatomie pathologique et signes. »

MM. Roulin, 19; Meyer, 15; Lefranc et Patte, 17; Baudelot, Grand, Quivy, Pichon et Hamon, 24; Gaston, 15.

Séance du 21 octobre. — Questions données : « Formes cliniques de l'insuffisance surrénale. — Symptômes et diagnostic des calculs du cholédoque. »

MM. Van der Elst, 15; Gasné, 21; Lebel et Wester, 25; Pautrat, 20; Mlle Blanchy, 29; MM. Grasset, 15; Villechaize, 17; Sudmann, 27; Dessirier, 13.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes : MM. Faure, Dardaillon, Plauchu, Brun, Eyraud, Lathuraz-Viollet, Blein, Tricaut, Dargent, Tillier, Pouly, Corajod, Montagard, Jaubert, Brachet, Chaurand, Edel, Bonamour, Wenger, Scouras, Portalier, Chassy, Mlle Barral, MM. Masson, Leclerc, Camelin, Bouquin, Meyrand, Chavanne, Fière, Souzy, Ferdière, Balvet, Moutier, Marion, David, Baillat, Guyotat, Moleyre, Magne, Vialla, Tsaï, Bernardi, Armand, Demange, Rovegno, Girard, Desplanche, Gabas, Roure, Coze, Ormières, Millet, Dupont, Vindy, Perret, Loquin, Sohier, Suard, Nguyên, Couze, Jacques, Henriet.

Externes provisoires : MM. Ferragne, Verrière, Charlet, Thiers, Bizollon, Soustelle, Gau, Gerbier, Barrioz, Aulagner, Malossane, Friech, Chimi, Piante.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Grenoble. — Un concours s'ouvrira le 12 juin 1928 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — M. Ben Larbey Mohammed, ancien médecin de colonisation à Alger.

Marine. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général Laugier.

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de réserve Gachet.

RÉUNION ANNUELLE DU CONSEIL DE DIRECTION DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Le Comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose, comprenant sir Robert Philip, le professeur Archangelo Ilvento, M. Andvord, le professeur Calmette, le docteur Dewez, le professeur Léon Bernard, secrétaire général, le docteur F. Humbert, secrétaire général adjoint, et M. A. Pallain, trésorier, vient de se réunir à Paris, ainsi que le Conseil de direction. Dix pays s'étaient fait représenter : Allemagne, Autriche, Belgique, France, Grande-Bretagne, Italie, Monaco, Norvège, Pologne, Suisse. Deux pays nouveaux, la Finlande et la Bulgarie, ont adhéré à l'Union, ce qui porte à 34 le nombre des pays faisant actuellement partie de l'Union internationale contre la tuberculose.

La séance du Comité exécutif et la première séance du Conseil de direction ont été consacrées en partie à l'organisation de la sixième Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose qui doit avoir lieu à Rome les 25, 26 et 27 septembre 1928. Le délégué italien, professeur Archangelo Ilvento, a présenté à ce sujet les propositions du Comité italien qui prévoit de nombreuses excursions et visites médicales à travers toute la péninsule par les délégués des différents pays.

Le Conseil de direction a décidé d'adopter les sujets suivants choisis d'après une longue liste de questions proposées par les divers pays membres de l'Union :

1. Sujet biologique : Eléments filtrables du virus tuberculeux.

2. Sujet clinique : Le diagnostic de la tuberculose infantile.
3. Question sociale : Organisation de la prophylaxie antituberculeuse dans les districts ruraux.

La décision sur le choix des rapporteurs a été réservée à la prochaine séance du Comité exécutif.

La seconde séance du Conseil de direction a été consacrée à la lecture et à la discussion du rapport du docteur Dumarest, médecin chef des sanatoriums Belligneux et Mangini (Hauteville-Ain) sur « les résultats de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Joseph Barbaroux (de Mouriès), Louis-André Pauleau, médecin sanitaire maritime; le professeur Charles F. Gross (de Nancy), membre associé national de l'Académie de médecine; le professeur J. Thomayer (de Prague); le docteur Paul Froussard, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Plombières.

GOUVERNEMENT MILITAIRE DE PARIS. — L'École de perfectionnement des officiers de réserve du service de santé du Gouvernement militaire de Paris a ouvert ses cours pour l'année scolaire 1927-1928, le 9 octobre 1927, dans les conditions suivantes :

1° Deux conférences d'intérêt général comptant dans le total des séances réglementaires en vue de l'obtention de la carte de surclassement seront faites à la Sorbonne au cours de la prochaine année scolaire. La première aura lieu le 27 novembre 1927, à 9 h. 30 (lieutenant-colonel Bloch : « La guerre chimique »).

La date et le sujet de la seconde conférence seront fixés ultérieurement (vraisemblablement dans le premier trimestre 1928).

2° Une série de cinq conférences d'ordre général, intéressant seulement le service de santé, suivies chacune d'un exercice pratique, sera faite au cours du premier semestre 1928, en principe le dimanche qui précède le troisième lundi du mois, à 9 h. 30, au grand amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine.

Le programme de ces conférences sera publié ultérieurement.

3° Il sera organisé, en outre, par les soins des quatre Écoles annexes de perfectionnement des médecins, des pharmaciens, des dentistes militaires et des officiers d'administration de réserve, des conférences suivies, le cas échéant, d'exercice pratique qui auront lieu pour chacune de ces Écoles, conformément au programme ci-après :

ÉCOLE ANNEXE DE PERFECTIONNEMENT DES MÉDECINS DE RÉSERVE (UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE RÉSERVE). — Les conférences ont lieu, en principe, au grand amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, le troisième lundi du mois, à 20 h. 30.

Octobre. — Quelques moyens simples de faciliter la compréhension des travaux pratiques du service de santé en campagne : médecin-inspecteur général Toubert.

Novembre. — Les laboratoires dans l'armée : professeur Derrien.

Décembre. — Blessures des vaisseaux par projectiles de guerre : professeur agrégé Grégoire, chirurgien des hôpitaux.

Janvier. — Les plaies de l'abdomen par projectile de guerre : professeur agrégé Mondor, chirurgien des hôpitaux.

Février. — Le rôle du directeur du service de santé de la division dans l'organisation de l'hygiène et de la prophylaxie : médecin-inspecteur Dopter.

Mars. — La lutte antivénérienne dans l'armée : docteur Gastou.

Avril. — Les blessures de l'épaule par projectiles de guerre : professeur Capette, chirurgien des hôpitaux.

Mai. — Les plaies du cou par projectiles de guerre : professeur agrégé Mocquot, chirurgien des hôpitaux.

Juin. — Le conflit des idées sous les tropiques, le médecin d'influence : médecin principal Abattucci.

Juillet. — Conférences, visite au Val-de-Grâce.

Avis important. — Le courrier adressé personnellement à la Direction du service de santé à M. le médecin-inspecteur général Fournial, ne lui étant pas acheminé au cours de ses déplacements, toute correspondance, envoyée dans ces conditions risque de rester très longtemps en souffrance.

En conséquence, il est à nouveau recommandé que les correspondances officielles soient adressées sous la forme suivante : M. le Directeur du service de santé du Gouvernement militaire de Paris, Hôtel des Invalides, par bureau 44, Paris (VIIe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades.) — M. Nobécourt commencera son cours le 3 novembre 1927, à 9 h.

COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. le professeur Lecène commencera son cours le jeudi 3 novembre 1927, à 16 h., au grand amphithéâtre de l'École pratique : Affections chirurgicales des membres.

NOTES DE PRATIQUE

NÉPHRITES CHRONIQUES

Régime très strict, émissions sanguines, purgatifs salins ou drastiques, sont à la base de la thérapeutique des néphrites chroniques. Dans les formes hydropigènes, les régimes hydrolactés de réduction continués trois ou quatre jours et suivis du régime lacté, puis d'une diététique lacto-végétarienne déchlorurée seront toujours à conseiller en cas d'œdèmes ou de troubles dyspnéiques. La théobromine est indiquée, mais si elle est souvent mal supportée par les voies digestives ou peu tolérée par le système nerveux (céphalées), utiliser alors — ce sera tout avantage pour le malade — l'adonis vernalis sous forme de Diurène.

C'est à peu près là tout le traitement, car les agents hypotenseurs désintoxiquants, sels de calcium, cures hydrominérales, agents physiques, ne représentent qu'une thérapeutique d'exception.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

DOCTORESSE EN MÉDECINE cherche une situation stable dans une clinique gynécologique de préférence. — Écrire Mme le docteur M. L. L., aux bureaux du Journal.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE LÉGALE = HYGIÈNE = THÉRAPEUTIQUE

Par MM. les docteurs COUROTIS-SUFFIT et Fr. BOURGEOIS

MÉDECINE LÉGALE

Intoxications.

Empoisonnement par l'acide acétique. (M. Aloy. *Soc. de méd., chir. et pharm. de Toulouse*, 5 mai 1927.) — Il s'agit d'une jeune fille de vingt-six ans, bien portante, qui, voulant interrompre une grossesse inavouée absorba à 7 h. 100 centimètres cubes d'acide acétique à 8 degrés, soit à 40 p. 100. Elle fut prise presque aussitôt de douleurs abdominales avec vomissements et succomba vers 9 h.

A l'autopsie : foie, rein, intestin congestionnés mais sains; estomac coloré en noir contenant des matières noirâtres et un acide volatil.

L'acide acétique est donc caustique et capable de produire des lésions graves. Il faut y penser et le rechercher en cas d'expertises médico-légales dans les cas de suicide ou d'empoisonnement.

Intoxication mortelle par l'acide borique. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 12 mars 1927.) — Dans un hôpital de Chicago, des infirmières donnent à six nourrissons, au lieu d'eau ordinaire, une solution d'acide borique. Les six enfants moururent. Ils avaient absorbé 0,8 à 3 grammes d'acide borique. Chez l'adulte, on a observé des accidents avec 1 à 3 grammes et des cas mortels avec 15 à 30 grammes.

En raison de son usage familier, on oublie trop, semble-t-il la toxicité de l'acide borique. Rappelons cependant qu'en France, en Amérique, en Allemagne, en Italie et en Espagne, et tout récemment en Angleterre, l'acide borique est interdit pour la conservation des aliments.

Dermite due à la laque des boîtes de jeu de Mah-Jong. (Levin et Zeisler. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1924, p. 465 et 466.) — En Amérique comme en France, la vogue du jeu de Mah-jong a été considérable et on a observé chez les joueurs des éruptions artificielles dues au contact de la laque qui recouvre les boîtes *authentiques* de Mah-jong. Ces accidents cutanés, bien connus en Chine sont dus à la présence d'un extrait de « rhus vernix » qui sert à la préparation du vernis. Les propriétés irritantes de ce vernis peuvent se conserver très longtemps et l'on a vu les mêmes accidents survenir après la manipulation de laques anciennes découvertes dans des fouilles.

Cliniquement, on observe une éruption plus ou moins généralisée, érythémateuse ou vésiculeuse qui guérit dès que la cause est reconnue et écartée, mais qui provoque pendant un certain temps de l'œdème et du prurit.

Accidents causés par la crème.

Une épidémie de scarlatine occasionnée par la crème glacée. (G. H. Ramsey. *Amer. Journ. of hyg.*, t. V, n° 5, 1926.) — La crème glacée donne lieu fréquemment, en France et à l'Étranger à des épidémies de fièvre typhoïde et paratyphoïde, à de nombreux cas mortels et cependant elle échappe aux contrôles des services d'hygiène. Dans un village de Michigan, Ramsey a observé une épidémie de scarlatine qui a atteint 116 femmes et dont l'origine était l'utilisation d'une crème glacée contaminée. Il existait, en effet, chez le producteur de cette crème, des streptocoques hémolytiques. Les filtrats de culture de ces streptocoques donnèrent une réaction typique chez les personnes à Dick positif.

Maladies professionnelles.

La morbidité et la mortalité des égoutiers. (Heim de Balsac, Agasse-Lafont et A. Feil. *Bull. méd.*, 25 juin 1926.) — Les auteurs ont étudié les conditions de travail de 360 ouvriers égoutiers. Contrairement à ce qui a pu être écrit dans la presse, le travail des égouts ne comporte pas, pour ces auteurs, une gravité professionnelle particulière. Sur ces 360 cas observés et suivis, on ne relève aucun cas de morsure de rats. Six ictères seulement dont un seul paraît pouvoir être rattaché à une spirochétose. Le seul cas intéressant relevé par les auteurs est une spirochétose pulmonaire mortelle chez un égoutier qui avait fait une chute dans l'eau d'un égout.

Une maladie professionnelle chez les ouvriers du zinc. (C. Cord et Friedlander. *Arch. of internat. med.*, t. XXXVII.) — Jusqu'ici la pathologie professionnelle des accidents causés par le zinc se limitait à la fièvre des fondeurs et encore bien des troubles observés en dehors des accidents aigus étaient attribués à l'arsenic, au plomb ou à l'antimoine.

Cord et Friedlander ont observé des troubles gastro-intestinaux plus ou moins graves selon l'ancienneté dans le métier des ouvriers qui en étaient atteints et qu'ils attribuent nettement à l'intoxication par ce métal.

Poursuivant leur enquête sur cette question, les auteurs, dans une usine peu salubre ont trouvé 12 ouvriers sur 15 atteints de pareils troubles. Ils travaillaient depuis sept ans. On retrouva le zinc dans les poussières de l'usine et dans les urines des malades.

Dans d'autres usines mieux tenues au point de vue de l'hygiène le nombre des malades était moins grand.

On put éliminer l'intoxication arsenicale par l'absence de la pigmentation caractéristique et des troubles nerveux. De même le saturnisme put être éliminé par l'absence d'hématies à granulations basophiles.

Par ailleurs, les auteurs font remarquer que les injections intraveineuses de sels de zinc donnent les mêmes accidents, mais dans le cas d'intoxication professionnelle, une période de cinq à vingt ans est nécessaire pour que les troubles se manifestent.

Les lésions professionnelles chez les ouvriers sucriers. (F. Watry. *Journ. dent. belge*, mai-juin 1920.) — Poursuivant une enquête sur cette question à l'usine des produits Victoria, l'auteur note que tous les ouvriers sucriers sont atteints après six années de travail de lésions dentaires nettement professionnelles.

Les emballeurs de biscuiterie ne le sont que dans la proportion de 85 p. 100 en raison de la moindre quantité de poussières de sucre respirée dans leur travail.

L'action de la poussière est évidente et il semble bien

qu'elle agit mécaniquement, en déterminant de la gingivite. Il se forme un véritable dépôt de sirop de sucre sur la gencive constituant la membrane de la carie, à l'abri de laquelle se développe en demi-lune ou en trois quarts de lune la carie proprement dite.

Les ouvriers sucriers sont également atteints de troubles digestifs divers consistant en gastralgies, inappétence, constipation, de troubles respiratoires, surtout pharyngites chez les ouvrières, de lésions d'irritation cutanée surtout à la face.

Contre ces divers accidents, l'auteur conseille avant tout une sélection sévère à l'entrée, puis des mesures d'hygiène et de nettoyage ainsi que des mesures de protection contre les poussières.

Dermatite artificielle produite par une substance goudronnée employée à la confection de chaussures. (LAUCHA PAL. *Rev. espan. de dermatol. y sifilo* [Madrid], 1926, n° 12.) — Une malade était atteinte de prurit tenace dans les deux pieds dont la cause échappa, au début, à Lancha Pal. La constatation de cette dermatite coïncidait avec le port de certaines chaussures, le dimanche seulement. Les recherches de l'auteur, orientées dans ce sens, montrèrent que la cause de ce malaise était une substance goudronnée dont la semelle était couverte en guise de vernis. Sous l'influence de la chaleur du pied, cette substance goudronnée se ramollissait et produisait une cuisson et de la rougeur de la peau. La suppression des chaussures suffit pour mettre fin à ce malaise.

L'auteur termine son travail en demandant que des mesures soient prises en vue de la suppression et de la prohibition des semelles goudronnées.

Les lésions professionnelles de la muqueuse des voies aéro-digestives supérieures chez les gens travaillant le bois et en particulier sur le développement du cancer chez ces derniers. (B. SEKOULITCH [Bordeaux]. *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 30 oct. 1925.) — Sur 2.000 malades traités pour des affections des voies aéro-digestives supérieures à la clinique oto-rhino-laryngologique de Bordeaux, 377 travaillent le bois : les plus atteints sont des menuisiers, puis des tonneliers, charpentiers, ébénistes, charrons, etc.

Les affections dont ils sont atteints sont : laryngite chronique, troubles de la sensibilité, laryngite aiguë, tumeurs malignes, rhinite chronique.

Les tumeurs malignes sont anormalement fréquentes. Elles se développent au niveau du carrefour aéro-digestif : larynx, base de la langue, amygdales. Elles semblent s'établir sur de véritables lésions professionnelles. Leur évolution est lente : deux, trois et même quatre années. Le traitement chirurgical pratiqué à temps paraît donner de meilleurs résultats que chez les autres malades.

Pour l'auteur, cette fréquence de lésions de la gorge chez les travailleurs du bois serait due à l'action pernicieuse des poussières de bois respirées (tannin, essences).

Sur un cas de nodule des polisseurs. (LE HENS. *Dermatol. Wochensc.* 1925, p. 1103.) — Un homme de trente-huit ans, polisseur à l'émeri, atteint de lupus érythémateux, présente sur le dos des doigts de la main droite, des nodules durs qui se retrouvent aussi sur le dos des doigts gauches. Ces lésions consistent microscopiquement, dans une forte hyperkératose avec disparition du tissu élastique sous-jacent. Des lésions analogues ont été signalées par Margain chez les travailleurs des mines de Cobalt en Nouvelle-Calédonie.

Sporotrichose maladie professionnelle. (H. FOESTER [de Milwaukee]. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1926, n° 20.) — La sporotrichose, dit l'auteur, se développe avec une fréquence marquée chez les jardiniers, horticulteurs et surtout chez ceux qui ont été piqués par les épines du figuier dit de barbarie.

A la suite de cette piqûre, on voit se développer le chancre sporotrichosique d'inoculation auquel fait suite une sporotrichose généralisée. Saint-Pierre, en France, avait déjà publié des observations analogues.

Il faut donc penser à cette étiologie de sporotrichose chez les jardiniers et, en général chez tous ceux qui sont exposés au contact du figuier de Barbarie.

Accidents du travail.

Tricophytie compliquant un accident de travail. (J. TORLAIS, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1926, n° 49.) — Plaie de la face dorsale de la main gauche par coup de marteau. Pansements antiseptiques. Pas de guérison et apparition de vésicules remplies de pus jaune. Un examen de laboratoire confirme le diagnostic clinique de tricophytie. Des badigeonnages quotidiens avec de la teinture d'iode diluée au quart amènent la guérison en quinze jours.

C'est une complication rare des accidents du travail dont un autre cas avait été publié par Cazenave, de Bordeaux, qui avait trait à une trichophytie du poignet chez un métallurgiste à la suite d'une piqûre par fil d'acier.

La perte de la vision d'un œil détermine-t-elle une diminution de la capacité de travail. (M. DE MICAS, *Toulouse méd.*, 1927, n° 2.) — Cette question avait déjà été étudiée dans la revue des accidents du travail par V. Cocral auquel l'auteur fait de nombreux emprunts. La perte d'un œil est de peu d'importance pour la capacité de travail et le taux accordé habituellement pour cette infirmité paraît trop élevé pour l'auteur. La loi, dit-il, n'a pas pour but de réparer tout préjudice subi par la victime de l'accident, mais seulement de l'indemniser dans une proportion déterminée et forfaitairement de la diminution de salaire résultant de l'accident.

L'expert, dit-il, ne doit pas perdre de vue que la charge de la preuve incombe au blessé. La preuve ne résulte ni des dires du blessé, ni de prétendues douleurs, ni de la concomitance. Le doute ne profite pas au blessé.

Dans un paragraphe suivant, l'auteur réfute quelques erreurs « Le salaire, dit-il, est la caractéristique de l'aptitude. Il ne doit pas être tenu compte de la spécialisation de l'ouvrier. Le salaire étant fixé en raison même de son métier, il est d'autant plus élevé que son travail est plus difficile et délicat.

L'énucléation n'aggrave pas l'état du borgne, car elle ne s'oppose pas à la rééducation. Il est évident aussi que l'ablation d'un œil ne modifie en rien la capacité professionnelle de l'ouvrier. La loi de 1898 ne tient pas compte de la dépréciation esthétique.

L'incapacité de concurrence ne peut non plus entrer en ligne de compte. Ce genre de diminution de capacité de travacité de travail est éventuelle, hypothétique, possible, mais non certaine.

Les éventualités futures basées sur la situation ou les gains que le blessé avait espéré réaliser dans l'avenir ne sont pas pris en considération dans le droit français en matière d'accident du travail.

Il n'y a pas lieu pour l'expert de donner une indemnité ou de la majorer à un ouvrier devenu borgne par accident en prévision de l'éventualité possible de la perte de l'autre œil. Il sortirait de son rôle scientifique en examinant la question hors de sa compétence technique. »

Mort subite.

La mort subite ou rapide par choc émotionnel. (E. MARTIN et R. VILLANOVA, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 nov. 1926.) — En général la mort subite ou rapide survient lorsque le choc émotionnel agit sur un organisme dont le système cardio-artériel est atteint. Le plus souvent, il s'agit d'une affection cardio-artérielle latente, souvent scléreuse, d'urémie, les deux syndromes cardiaque et rénal pouvant du reste, être associés. Les observations où le choc émotif a déterminé la mort subite d'un sujet bien portant sont très rares. Le cas a cependant été

observé chez l'homme et expérimentalement chez l'animal.

Le choc émotionnel provoquerait, pour les auteurs, une déséquilibration de la tension vasculaire. On a observé, en effet, assez souvent dans ces cas, des hémorragies cérébrales ou méningées. Le déséquilibre organique produit par l'émotion détermine à son tour la syncope mortelle.

Pronostic des troubles mentaux post-traumatiques. (M. VILLAMIL, *Anal. espan. de la Beneficencia municipal*, Madrid, 1925, n° 24.) — Outre les affections très communes du système nerveux central que l'on observe à la suite des traumatismes, on peut voir également se développer des troubles mentaux, connus sous le nom de névroses traumatiques. Ces altérations mentales peuvent même se produire sans que le traumatisme agisse directement sur le crâne ou produire des lésions externes.

Le pronostic est généralement assez bon et le blessé guérit en deux à trois mois. Le pronostic est plus sombre si ce délai se prolonge.

Bien souvent, du reste, le traumatisme agit comme coup de fouet sur un organisme déjà altéré par l'alcoolisme, l'artériosclérose, la syphilis ou une maladie mentale déjà existante.

HYGIÈNE

Quelques aperçus de l'hygiène soviétique. (SEMACHKO, *Rev. Franco-russe de méd. et de biol.*, janv. 1926.) — Un commissariat de la Santé publique centralise actuellement, en Russie, tout ce qui a trait à l'hygiène publique aussi bien en ce qui touche la population civile que l'armée, la marine et les assurances sociales contre la maladie.

Comme moyens d'amélioration des conditions sanitaires, ce commissariat prend les mesures relatives à la limitation de la durée du travail, la réglementation des congés annuels, la surveillance du travail, la protection de la maternité, de l'enfance. Il crée des « cellules médicales » destinées à répandre les règles de l'hygiène. Il applique la loi sur l'avortement. On sait, en effet, que les avortements clandestins étaient considérables en Russie. Constatant l'inefficacité des sanctions pénales, le gouvernement a permis l'avortement dans les hôpitaux officiels, mais s'efforce d'en diminuer la fréquence en favorisant la femme qui élève son enfant.

Ce commissariat crée et entretient des dispensaires antisyphilitiques et antituberculeux, organise des missions qui vont dans les campagnes aider les organisations locales dans la lutte des maladies contagieuses, en particulier, du trachome.

Parallèlement sont créés depuis peu l'Institut de médecine expérimentale de Léningrad, l'Institut clinique pour le perfectionnement des médecins, l'Institut Pasteur d'Etat, etc...

D'après l'auteur, les bienfaits de cette organisation nouvelle commenceraient à se faire sentir déjà dans les villes où l'on note une diminution des épidémies et une diminution de la mortalité infantile.

La morbidité dans l'industrie en Amérique. (Documents publiés par *Le Treasury, Department public health reports*, vol. XLI, n° 4.) — La morbidité est étudiée d'après les rapports des Sociétés mutuelles sur les cas d'incapacité de plus de huit jours. Voici les conclusions qui se dégagent des chiffres analysés :

Bien qu'elle ait moins sévi en 1924 qu'en 1922 et 1923, la grippe a été la principale cause d'incapacité durant plus de huit jours. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, pour 1922-1924 les accidents non industriels qui augmentent constamment. Les maladies des voies respiratoires représentent 47 p. 100 du total. La fréquence des incapacités dépassant huit jours est de 44 p. 100 plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes, bien que l'on ait tenu uniquement compte des maladies communes aux deux sexes. Les travailleurs employés dans les services d'utilité publique ont été plus fréquemment malades que ceux de la métallurgie.

La fréquence de certaines maladies varie considérablement suivant les industries. C'est ainsi que les affections du système nerveux et de l'appareil digestif ont été relativement rares dans les industries du fer et de l'acier et que la bronchite grippale et la grippe y ont été plus fréquentes. Néanmoins, on y a relevé des cas plus nombreux de certaines maladies telles que la variole, la fièvre typhoïde et le paludisme. D'autre part, le nombre des pneumonies chez les travailleurs du fer et de l'acier est plus élevé que dans les autres industries visées.

L'étude des cas de maladies graves qui se sont déclarées en 1924 fait ressortir que certaines affections du système nerveux, de l'appareil circulatoire, des voies génito-urinaires présentent plus d'importance du point de vue du temps perdu que de la fréquence; en revanche, la grippe est grave des deux points de vue. L'extension de la période de l'indemnisation n'a pas eu pour conséquence une incapacité plus prolongée.

THÉRAPEUTIQUE

I. MÉDICAMENTS ET MÉDICATIONS.

Quelques inconvénients de certains remèdes modernes. — Oscar CLARK, dans un travail de *A. Foiha medica* analysé par J. LAFONT, signale quelques accidents qui peuvent être causés des médicaments d'usage courant.

Citons les plus importants.

L'aspirine peut donner un œdème angioneurotique de Quincke. La trinitrine provoque des œdèmes généralisés. L'insuline détermine de l'urticaire et le néosalvarsan donne des troubles digestifs.

Il est bon de connaître ces divers accidents si l'on ne veut pas égarer le diagnostic et prolonger les troubles observés.

Le chlorhydrate double de quinine et d'urée. Ses applications thérapeutiques, notamment dans la cure des varices. (R. LE BLAYE et E. VAUDIER. *Bull. méd.*, 1927, n° 11.) — Le chlorhydrate double de quinine et d'urée est un sel très soluble, peu toxique et doué de propriétés anesthésiques.

Les solutions à 1 et 2 p. 100 donnent une anesthésie immédiate. Les injections ne sont pas douloureuses, mais elles laissent au lieu de la piqûre une induration plus ou moins importante, selon le taux de concentration de la solution, qui disparaît en dix à quinze jours. L'anesthésie dure quatre à cinq heures au moins, quelques fois quatre à cinq jours.

Cet anesthésique est utilisable à la place de la cocaïne dans les interventions sur les hémorroïdes, l'appendicite, les hernies. L'innocuité serait absolue. On n'a cité jusqu'ici qu'un seul cas de gangrène au point d'injection et ce en 1912. Un avantage de cet anesthésique est la longue durée signalée plus haut de son action qui peut s'étendre sur quelques jours.

Par ailleurs, en raison de son action sclérosante au point d'injection, on a eu l'idée d'utiliser ce sel dans le traitement des hémorroïdes [Tirrel (1915), Bensaude]. Les hémorroïdes disparaissent après injection d'une solution à 5 ou 10 p. 100, soit dans l'ampoule hémorrhoïdaire elle-même, soit dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Dix injections sont en général nécessaires pour obtenir un résultat utile. Le traitement est indolore.

Le Blaye et Vaudier ont appliqué le même traitement aux varices. Ils injectent dans les veines par centimètre cube une solution à 30 p. 100 dans de l'eau redistillée, bouillie et mise en ampoules et stérilisée ensuite par tyndallisation. Le résultat est toujours efficace à condition d'employer toujours des solutions concentrées.

Chlorure de calcium.

1° GALAND, dans *Le Scalpel* (1er janv. 1927), propose l'injection intraveineuse de 10 centimètres cubes d'une solution de chlorure de calcium à 10 p. 100 comme traitement d'urgence des hémorragies graves postopératoires dans les affections du nez, de la gorge et des oreilles. Très rapidement, le

malade ressent une impression de bien-être et de chaleur. Le seul inconvénient de ce traitement est qu'il faut éviter soigneusement d'injecter le liquide à côté de la veine.

2° Paul LETONDAL, dans l'*Union médicale du Canada* (nov. 1926), publie l'observation d'une enfant atteinte de troubles digestifs qui présentait de l'insomnie, des signes de rachitisme et le signe de Chvostek. Traitée par le chlorure de calcium et les rayons ultraviolets, l'amélioration se fit sentir dès le lendemain. L'auteur conclut de ces résultats thérapeutiques que l'insomnie du nourrisson, lorsqu'elle s'accompagne du signe du facial, doit être rattachée à la spasmophilie.

Essai d'emploi des injections intraveineuses de chlorure de calcium dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Robert LEVASSOR. *Th. de Paris*, 1926-1927.) — L'ingestion de sels de chaux insolubles selon la méthode de Ferrier est évidemment très simple, mais l'absorption est bien minime. L'auteur s'est donc demandé si on ne pourrait pas lui substituer les injections intraveineuses de chlorure de calcium en solution à 5 p. 100. Cette méthode a une action manifeste dans les formes du début de la tuberculose. On observe alors un relèvement rapide de l'état général.

Dans les formes avec signes cavitaires ou avec ramollissement avancé, l'état général, la température, le poids, l'expectoration sont peu modifiés, par contre l'action du chlorure de calcium sur certaines complications telles que les vomissements, les sueurs, les hémoptysies, est nettement influencée.

La convallamarine en thérapeutique cardiaque. (LAUBRY et TROCMÉ. *Pratique méd. franç.*, fév. 1927.) — La convallamarine, qui on le sait est tirée du muguet de mai, est un tonicardiaque dont l'action peut être fort utile lorsque la digitale et le strophantus n'agissent plus avec la même activité.

La dose optima est de 5 milligrammes dissous dans un centimètre cube d'eau distillée. On injecte lentement cette dose dans une veine en ayant bien soin de ne pas en mettre une goutte à côté.

Les injections sont répétées tous les jours, par séries de 10, 15 et même 20 injections. La convallamarine a en effet sur la digitaline le gros avantage de ne pas s'accumuler dans l'organisme.

Indications : Toutes les variétés d'insuffisance cardiaque : insuffisance totale, insuffisance ventriculaire gauche ou droite. L'insuffisance gauche avec tachyarythmie est surtout justiciable de ce médicament.

La convallamarine semble agir à la fois comme cardiotonique systolique et diastolique.

Résultats : Cliniquement, on note après introduction du médicament une diurèse abondante avec élévation de la tension artérielle, disparition des œdèmes, diminution voire même disparition de la dyspnée, aussi bien lorsque le médicament a été administré d'emblée que lorsqu'il a été donné après échec des autres toni-cardiaques.

L'oxyde de zinc en pathologie digestive. (H. DEJUST et G. DURAND. *Progrès méd.*, 16 avril 1927.) — On n'utilisait guère autrefois l'oxyde de zinc à l'intérieur que sous la forme des classiques pilules de Meglin. En 1911, on commença à l'employer dans le traitement des rectosigmoïdites ulcéreuses chroniques. Puis ses indications se sont étendues, grâce aux travaux de Dejust sur l'action précipitante des sels de zinc.

L'oxyde de zinc supprime l'action péristaltogène des liquides d'hypersécrétion intestinale et les effets irritants et toxiques de ces liquides éminemment putrescibles.

Dejust et Durand ordonnent dans ce but l'oxyde de zinc sous forme de pilules glutinisées ou kératinisées dosées à 0,20 par pilule et en donnent deux à la fois six fois par jour.

Indications : les diarrhées aiguës entéritiques, les diarrhées subaiguës, les colites muqueuses.

On peut également l'employer localement en pansements dans les recto-sigmoïdites érosives ou ulcéreuses chroniques.

Immunothérapie.

L'immunothérapie en chirurgie générale et en chirurgie spéciale. (M. le médecin-major SONDAG. *Sud méd. et chir.*, 15 nov. 1925.) — L'immunothérapie, ex-vaccinothérapie, réserve, sous ses diverses formes, des résultats remarquables et constants dans certains cas, également remarquables mais inconstants dans d'autres cas.

La plupart des staphylococcies, en particulier les furoncles, constituent le triomphe de la vaccinothérapie.

Les anthrax, les ostéomyélites aiguës et subaiguës, subaiguës et chroniques, les abcès, phlegmons, les urétrites aiguës et chroniques et leurs complications, les colibacilloses et pyélonéphrites, les pleurésies purulentes, les bubons à Ducrey, le chancre mou, etc., sont le plus souvent améliorés mais d'une façon non constante.

Les ostéomyélites suraiguës, les érysipèles, les septicémies et septico-pyohémies ne sont justiciables de la vaccinothérapie que dans des cas exceptionnels, et maniée avec une prudence extrême.

On ne doit pas hésiter à recourir aux diverses méthodes de vaccinothérapie, même dans les cas redoutables, puisqu'elles ne contre-indiquent nullement l'emploi des méthodes chirurgicales courantes et ne diminuent en aucune façon le rôle de l'opérateur. Elles facilitent sa besogne avant et après l'opération et sont inoffensives à la condition toutefois que le vaccin soit injecté avec prudence et à doses croissantes puis décroissantes dès le résultat obtenu.

Insuline. — Synthaline.

Action sur l'organisme normal de la synthaline. (E. FRANCK, NOTHMANN et WAGNER. *Klin. Woch.*, 1927, p. 2100-2107.) — Etudiant les dérivés de la guanidine, les auteurs ont obtenu par synthèse un dérivé complexe appelé par eux *synthaline*. Ce corps aurait la propriété d'abaisser la glycémie sans produire d'intoxication.

L'action de la synthaline serait plus lente mais plus prolongée que celle de l'insuline.

On donne la synthaline aux doses de 20 à 25 milligrammes, par voie buccale au début du repas.

Les conclusions des auteurs, après une expérimentation sur plus de cent diabétiques, sont les suivantes :

1° La synthaline peut remplacer l'insuline chez les diabétiques légers et moyens;

2° Elle peut être associée à l'insuline dans le traitement des diabètes graves;

3° On ne peut l'employer dans l'état précomateux ni surtout dans le coma à cause de la lenteur de son action.

L'absorption d'insuline par addition de saponine. (LASCH et BURGEL [de Vienne]. *Deut. med. Woch.*, 1927, p. 465.) — On sait que la difficulté d'administration de l'insuline par voie buccale résulte de l'action qu'exercent sur cette substance les ferments digestifs.

Lasch et Burgel ont additionné l'insuline de 50 centigrammes de saponine et obtenu, disent-ils, la même chute de la glycémie que par les injections sous-cutanées. L'action la plus favorable est obtenue en administrant le mélange une heure avant ou six heures après les repas.

Les génalcaloïdes. (Michel POLONOWSKI [de Lille]. *Bull. gén. de thérap.*, 1926, n° 5.) — L'auteur a étudié du point de vue pharmacodynamique et thérapeutique un certain nombre de ces génalcaloïdes : la génatropine, la génhyoscyamine, la génoscopolamine, la génostrychnine (cette dernière donne des résultats thérapeutiques intéressants dans les paralysies alcooliques, saturnines et diphtériques, c'est-à-dire dans le même rayon d'action que la strychnine elle-même, mais avec une toxicité amoindrie, ce qui en permet l'utilisation à haute dose, même chez l'enfant).

Puis il passe successivement en revue la génésérine, la génatropine, la génoscopolamine, enfin la génostrychnine, en précisant leurs propriétés et leurs indications thérapeutiques respectives.

La posologie générale comparée des génalcaloïdes fondamentaux offre quelques aperçus intéressants : tandis que l'ésérine, l'atropine, l'hyosciamine et la scopolamine ne se prescrivent ordinairement que par milligramme, tous les génalcaloïdes peuvent être utilisés à des doses bien supérieures atteignant quelquefois jusqu'au centigramme (pour la génatropine par exemple). Lorsqu'il s'agit de faire disparaître simplement l'élément douleur, la génésérine, la génhyosciamine ou la génatropine sont actives à la dose du milligramme et souvent même du demi-milligramme, se rapprochant ainsi tout à fait des doses usuelles des alcaloïdes ordinaires. Pour obtenir une action plus marquée il est bon d'atteindre 3 milligrammes par jour pour la génésérine ou la génhyosciamine; 3 à 5 pour la génoscopolamine; jusqu'à 6 pour la génatropine et largement 12 pour la génostrychnine.

Adrénaline.

Collapsus après injection d'adrénaline. (BOTTGER. *Ther. der Gegen.*, 1926, t. XI.) — L'auteur insiste une fois de plus sur cette notion déjà connue à propos de l'observation d'un cas de ce genre chez une femme de quarante-cinq ans atteinte de dilatation des bronches avec crises d'asthme.

Après injection de 1/2 milligramme de suprarénine, elle présenta de la cyanose avec pouls à 42, refroidissement des extrémités, etc. Cet état de collapsus cessa après injection de strophantus, d'oxygène et massage du cœur.

Pour Bottger, on ne devrait jamais injecter d'adrénaline sans l'associer au calcium ou à l'atropine.

Émétine.

Pathologie de l'administration prolongée de l'émétine. (W. A. YOUNG et G. R. TUDHOPE. *Trans. of the royal Soc. of trop. med. and hyg.*, mars-mai 1926.) — Pour ces auteurs, lorsque le cœur ou le rein ne sont pas intacts, il est prudent de donner, pour traiter la dysenterie, une dose aussi petite que possible.

Chez les individus sains, il paraît prudent également de limiter le plus possible le nombre des doses et de ne jamais donner dans les vingt-quatre heures plus de 0,065 du médicament.

La faiblesse provoquée par l'émétine est probablement due à l'action directe de l'émétine sur le protoplasme musculaire.

L'émétine ne semble pas agir comme l'alcool ou l'arsenic en provoquant des névrites, mais plutôt en déterminant, comme dans le saturnisme, une dégénérescence des fibres motrices.

Rivanol.

Action du rivanol dans les maladies infectieuses. (Villacian REBOLLO. *La Medicina ibera*, 28 nov. 1925.) — Le rivanol est un dérivé de l'acridine qui, d'après l'auteur, donne les résultats suivants :

1° Le rivanol est un médicament d'une indiscutable efficacité dans le traitement des maladies infectieuses. Il est beaucoup plus efficace dans les maladies infectieuses produites par des germes de forme sphérique. Pas de résultats dans un cas de fièvre typhoïde.

2° Pas de réaction locale. Quelques réactions légères d'ordre général qui ne peuvent être attribuées ni au mode d'administration ni à l'accumulation médicamenteuse.

3° A dose thérapeutique les productions d'effets toxiques peuvent se rapporter au choc anaphylactique.

4° Parmi les complications, l'auteur a seulement observé un cas de néphrite légère et une phlébite.

II. LES TRAITEMENTS.

Coqueluche.

Durée d'isolement des élèves des établissements publics atteints de maladies contagieuses. — Modification à l'arrêté du 3 février 1912 relatif à la durée de l'isolement à prescrire pour les élèves des établissements d'enseignement publics :

« ARTICLE PREMIER. — A. *Eviction des élèves malades.* — COQUELUCHE. — Trente jours après le début des quintes la réadmission ne pouvant avoir lieu que sur le certificat du médecin traitant attestant que l'enfant est suffisamment remis pour pouvoir reprendre ses classes. (*J. O.*, 24 juillet 1927.)

L'alcool dans le traitement de la coqueluche. (REICHE. *Deut. med. Woch.*, 1927, p. 413.) — En expérimentant une préparation homéopathique, Reiche ayant obtenu des résultats favorables, fit analyser le produit et constata qu'il contenait de l'alcool dilué par moitié avec de l'eau avec, en plus, des traces d'une substance qui ne put être analysée.

Partant de cette constatation, Reiche prépare une solution composée d'alcool, 50; eau, 50, plus codéine, et administre cette préparation par gouttes.

Dans certains cas, il obtint une disparition complète des quintes pendant quelques jours.

Diphtérie.

Les accidents sériques consécutifs à l'emploi du sérum antidiphtérique purifié. (L. JANVIER. *Th. de Paris*, 1926.) — On peut faire des injections sous-cutanées ou mixtes, c'est-à-dire à la fois par voie intramusculaire et sous-cutanée. La voie intramusculaire seule a les inconvénients d'une élimination trop rapide. On peut répartir les doses par exemple de la manière suivante : 8.000 unités sous la peau de l'abdomen et 4.000 dans les muscles fessiers. L'injection, poussée lentement, n'est pas douloureuse, on peut appliquer ensuite des pansements humides chauds au niveau de la piqûre. En cas d'injection antérieure de sérum la désensibilisation peut se faire par la méthode de Besredka.

Le sérum purifié peut être utilisé préventivement en cas d'épidémie à la dose de 1.000 unités antitoxiques.

Chez le nourrisson, au lieu de 20 à 40 centimètres cubes de sérum total, on peut faire une injection quotidienne de 4.000 à 8.000 unités d'antitoxine.

Chez l'enfant et chez l'adulte on peut en injecter de 8.000 à 12.000 dans les formes bénignes en abaissant la dose à 4.000 ou 3.000 le quatrième et le cinquième jour. Dans la diphtérie d'intensité moyenne on injecte le premier jour 12.000 à 16.000 unités, dont 4.000 intramusculaires. Cette dose est répétée quotidiennement pendant les quatre à cinq premiers jours, puis on emploie des doses décroissantes, 12.000, 8.000 unités. Les formes graves sont justiciables d'un traitement énergique : doses initiales de 16.000 à 20.000 unités continuées pendant un minimum de dix jours.

Les accidents sériques sont toujours plus bénins qu'avec le sérum total; les symptômes généraux sont inconstants, la fièvre ne dépasse jamais 38 degrés. Les éruptions cutanées disparaissent en vingt-quatre à quarante-huit heures. Dans l'ensemble, ces incidents sont rares et ne surviennent que pour 35 p. 100 environ des malades traités.

Hypertension artérielle.

Chlorure de calcium et de potassium dans le traitement de l'hypertension artérielle. (ADDISON et CLARK. *Canadian med. Assoc. Journ.*, sept. 1925.) — En donnant chaque jour 10 grammes de chlorure de calcium et de potassium, les auteurs ont constaté la disparition ou en tout cas la diminution des œdèmes, l'abaissement de la tension artérielle et l'amélioration fonctionnelle de l'état du malade, en général.

Toutefois, il faut savoir que ce traitement est susceptible

de provoquer de l'acidose et que le sujet doit être surveillé à ce point de vue.

La théocine dans l'hypertension artérielle. (Fr. Castellotti. *Cuore e circulazione,* janv. 1925, n° 1.) — La théocine, en agissant sur les terminaisons vaso-constrictives du sympathique, abaisse la tension artérielle tant pour la maxima que pour la minima. Provoquant également une vaso-dilatation rénale, elle provoque la diurèse. Cette diurèse n'a pas, toutefois, la durée de la baisse de la pression artérielle.

On fait, avec la théocine, des cures de huit à dix jours avec 20 centigrammes par prise et 60 à 80 centigrammes par vingt-quatre heures en commençant pendant deux à trois jours par de toutes petites doses.

Rhumatisme blennorragique.

Traitement par les injections intraveineuses de sérum antigonoccique. (P. Ravaut et Ducourtioux. *Presse méd.,* 1er janv. 1927.) — Les auteurs ont utilisé le sérum de Nicolle, dont les propriétés thérapeutiques spécifiques ne peuvent plus être mises en doute. Les chocs qu'ils provoquent sont un adjuvant utile et non une contre-indication. Il n'y aurait donc aucun avantage à les supprimer complètement. Il vaux mieux les tolérer tout en prenant des précautions.

La sérothérapie intraveineuse antigonococcique est la seule qui ait donné des résultats constants aux auteurs dans les cas d'arthrite ou de gonococcémie. Elle est la thérapeutique de choix dans les formes septicémiques.

Elle agit rapidement dans les arthrites aiguës, sur la douleur et les exsudats articulaires et elle permet ainsi le massage la mobilisation précoce et évite l'évolution vers l'ankylose.

Elle peut même donner des résultats inespérés dans le traitement des arthrites anciennes qui sont encore le siège de poussées inflammatoires discrètes.

Tuberculose.

Quand et comment donner les antithermiques aux tuberculeux. (Goubard et Gallot, *Gaz. méd. du Centre,* 15 janv. 1927.) — La fièvre des tuberculeux doit être, en général, respectée. Cependant, lorsqu'elle s'élève trop, il faut agir et la faire baisser, ne fut-ce que pour permettre au malade de s'alimenter et de dormir.

Les auteurs conseillent la formule suivante :

Bromure de camphre............ 0g50
Véronal.............. }
Cryogénine.......... } *ââ* 0g20 à 0g30

pour un cachet donné une heure avant les repas si la fièvre a provoqué l'anorexie ou bien deux cachets à dix-neuf et vingt et une heure si l'on veut agir sur le sommeil.

Enfin, dans les cas extrêmes, on donnera cette formule pour provoquer un peu d'euphorie et une sédation de la fièvre chez ces malades.

Verrues.

Les herbes aux verrues. (P. Michon, *Rev. dermatol. de Nancy,* 26 janv. 1927.) — L'auteur rapporte l'histoire d'une jeune fille affligée de nombreuses verrues des mains et avant-bras ayant récidivé et résisté à tous les traitements habituels et qui guérit complètement en un mois par application matin et soir de suc frais d'Euphorbia helioscopia dite Euphorbe réveille-matin ou herbe aux verrues.

L'application de cette plante a provoqué, au début, une sensation de picotement et une légère rubéfaction locale.

Une autre plante, Chelidonium majus, le Chelidoine grande éclaire, posséderait les mêmes propriétés que l'Euphorbe réveille-matin. Son efficacité paraît plus discutable.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU BASSIN[1]

Pronostic. — Reste sérieux.

L'intervention d'urgence systématique a amélioré le pronostic en cas de lésions urinaires; grâce à elle, la mortalité est tombée aux environs de 20 p. 100.

Mais l'incapacité définitive est presque toujours importante variant entre 20 et 80 p. 100 généralement.

II. FRACTURES ISOLÉES DU BASSIN

Sont plus rares.

Etiologie. — Elles résultent :

a. D'une *cause directe*, choc, chute, coup généralement.

b. D'une *cause indirecte*, arrachement musculaire très rarement.

Anatomie, pathologie. Clinique. — **1° Fractures de l'iléon**, sont les plus nombreuses. Peuvent être :

a. *Fractures des épines*, surtout épine iliaque antéro supérieur;

b. *Fractures de la crête iliaque*;

c. *Fractures de l'aile iliaque* « fracture en travers de l'os des îles » Duverney.

Clinique. — L'impotence est absolue, la marche impossible.

Le membre en flexion légère, rotation externe.

La chaleur, la mobilité anormale, l'ecchymose font faire le diagnostic.

2° Fracture de l'ischion. — Deux types :

1. FRACTURE DE LA TUBÉROSITÉ.

2. FRACTURE TOTALE « fracture de Walther », le trait part de l'échancrure sciatique et gagne le trou obturateur à travers la partie inférieure du cotyle. Un trait secondaire passe par la hanche ischio-pubienne.

Cliniquement : douleur localisée au trait de fracture,

Douleur provoquée par le toucher rectal sont les principaux signes.

3° Fracture de la cavité cotyloïde. — a. *Soit du sourcil*, avec luxation de la hanche,

b. *Soit de l'arrière-fond* avec luxation intra-pelvienne aboutissant souvent à l'ankylose de la hanche.

4° Fractures transversales du sacrum. — Avec douleur à type sciatique, exagérées par mouvements, marche, défécation.

5° Fractures du coccyx. — Donnent souvent des douleurs tardives, persistantes et nécessitent une intervention.

Diagnostic. — Est généralement facile. Dans tous les cas,

A. **La radiographie** est utile pour préciser le trait de fracture, le déplacement des fragments ou le diastaxis surtout en arrière.

B. **Différentiel.** — 1. FRACTURE DE LA CEINTURE PELVIENNE. — Il faut éliminer :

La fracture du col fémoral, simulée par la déformation apparente, raccourcissement, rotation externe.

La luxation irrégulière de la hanche qui s'accompagnent souvent de lésions osseuses associées.

La fracture basse du rachis.

2. FRACTURES ISOLÉES sont les unes :

D'un diagnostic facile, fracture de l'ischion, fracture de l'aile iliaque avec déplacement, fracture du sacrum ou du coccyx.

Les autres plus difficiles, pouvant faire penser à une fracture de la ceinture pelvienne, « fracture de Wolthers », « fracture transversale de Duveney ».

C. **Des lésions urinaires associées.** — Il faudra éliminer *la rétention vésicale réflexe.*

1. URÉTÉRALGIE. — *Globe vésical :* témoignent d'une *rupture de l'urètre.*

2. L'ABSENCE DU GLOBE VÉSICAL : évacuation spontanée ou provoquée *d'urine sanglante* témoignent d'une *rupture vésicale.*

Le diagnostic de la variété intra ou extrapéritonéale de la rupture.

a. Pratiquement, ne peut être basé que sur l'état de contracture du ventre,

b. Car les deux signes de Merel :

— *Immobilité du contenu vésical,*

— *Instantanéité de la réplétion vésicale* en cas de rupture intra-péritonéale sont à ne pas rechercher.

Il faut toujours opérer et en cas de doute une BOUTONNIÈRE dans le péritoine tranchera définitivement le diagnostic.

Traitement. — I. Fracture de la ceinture pelvienne :

1. **Dans les fractures non compliquées de lésions urinaires.**

L'immobilisation dans la gouttière de Bonnet ou simplement sur un lit dur.

L'extension continu sur les deux membres s'il y a ascension considérable du fragment inférieur seraient les seuls traitements à appliquer. Il faut craindre et prévenir la formation d'*escarres*.

1. **Fractures avec lésions urinaires.** — 1° RUPTURE DE L'URÈTRE. Peut être traité en un ou deux temps.

a. *En un temps* : périnectomie transverse et mise en place d'une sonde à demeure sur laquelle doit se faire la cicatrisation et cystectomie de dérivation.

b. *En deux temps* : la gravité de l'état général, la difficulté de mettre le malade en position de taille fait préférer à beaucoup :

La cystostomie de dérivation, dans un premier temps, sous anesthésie locale;

La réfection du canal est faite ensuite dans un temps ultérieur.

2° DÉCHIRURES EXTRA-PÉRITONÉALES DE LA VESSIE comportent : Incision de taille hypogastrique,

Vérifier, par une boutunnière péritonéale, l'état du ventre et refermer.

a. *La vessie peut être suturée.* — Suture en deux places, avec ou sans cystectomie de dérivation suivant les auteurs.

b. *La vessie ne peut être suturée.* — La cystectomie reste la seule intervention, mais pronostic très grave.

3° DÉCHIRURE INTRA-PÉRITONÉALE. — Laparatomie.

Suture de la vessie.

Fermeture sans drainage.

La cystostomie de dérivation est une garantie de sécurité préconisée par beaucoup.

Dans tous les cas *cystostomie cutano-muqueuse* pour éviter l'infection ou la cavité de Retzius.

SUITES OPÉRATOIRES. — On diminue progressivement le calibre de la sonde vésicale. Au bout de un ou deux mois, fermeture de la fistule. Sonde à demeure pendant quelques jours.

II. Fractures partielles : *a.* Sans déplacement sont justiciables de l'immobilisation.

b. Avec grand déplacement sont justiciables d'intervention sanglante pour ostéosynthèse.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 82, p. 1354, et n° 84, p. 1386.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LE CENTENAIRE DE BERTHELOT. — Après la commémoration du centenaire de la naissance de Villemin, les fêtes du Centenaire de la naissance de Marcellin Berthelot viennent d'avoir lieu à leur tour avec la plus grande solennité.

Lundi matin une réunion des délégués étrangers a eu lieu à la *Faculté de pharmacie* où se trouve une exposition des souvenirs de Berthelot. Puis a eu lieu une visite au laboratoire du *Collège de France* où Berthelot fit ses grandes découvertes. A la fin de la matinée une plaque commémorative a été inaugurée sur la maison du 113 de la rue Saint-Martin qu'habita l'illustre chimiste.

Dans l'après-midi la municipalité de Paris a reçu les délégations étrangères à l'*Hôtel de Ville* de Paris. Enfin le soir à la *Sorbonne* a eu lieu une grande cérémonie universitaire sous la présidence de M. Painlevé, et en présence du chef de l'État. MM. Charles Moureu, le successeur de Berthelot au Collège de France; M. Alfred Lacroix, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences; M. Georges Lecomte, de l'Académie française; M. Gley, président de l'Académie de médecine; M. Hodza, ministre de l'Instruction publique de Tchéco-Slovaquie parlèrent successivement de l'œuvre de Berthelot et M. Painlevé apporta à sa mémoire l'hommage du gouvernement.

Mardi matin a eu lieu au *Panthéon*, où reposent Marcellin Berthelot et Mme Berthelot, une nouvelle cérémonie. M. Poincaré, dans un admirable discours, vint rendre hommage à Berthelot.

« Il a suffi de son nom et du souvenir de son œuvre pour provoquer dans le monde entier un large mouvement de solidarité scientifique et pour réaliser en France, à l'abri de sa mémoire, un projet dont toute l'humanité recueillera le bénéfice. Cette Maison de la chimie, dont la première pierre est posée un siècle après la naissance de Marcellin Berthelot, ne portera pas seulement, devant la postérité, témoignage de la féconde activité de son génie; elle offrira à ses successeurs les moyens de continuer ses recherches et de servir, après lui et comme lui, la science, qui a été sa raison de vivre. Elle sera, tout à la fois, le temple de la reconnaissance et le temple de l'avenir. »

M. Gallardo, ministre des Affaires étrangères de la République Argentine et membre correspondant de notre Académie de médecine, associa son pays à l'hommage rendu au savant.

Un banquet a réuni ensuite, à *Versailles*, dans la galerie des batailles, toutes les délégations étrangères.

Mercredi matin a eu lieu la pose de la première pierre de la *Maison de chimie*, place d'Iéna.

On sait que le montant de la souscription internationale s'élève à 15.538.940 fr., dont 8.721.415 fr. ont été souscrits en France.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE. — Le Congrès international d'hygiène a été ouvert mardi, à 9 h., dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, par M. André Fallières, ministre de l'Hygiène, entouré de M. Roux, de M. Calmette et de M. Louis Martin; du professeur Roger, doyen de la Faculté; du médecin inspecteur Savornin et de nombreux délégués étrangers.

M. Dujarric de la Rivière, secrétaire général, a rappelé que la réunion coïncidait avec le cinquantenaire de la fondation de la Société de médecine publique et de police sanitaire.

Le professeur Léon Bernard, président du Congrès, a tracé un magnifique programme du rôle de l'hygiéniste dans les sociétés modernes. M. le professeur Madsen, président du Comité de l'hygiène de la Société des Nations, a parlé au nom des délégués étrangers.

M. André Fallières a remercié les congressistes d'avoir choisi la France, une fois de plus, pour la réunion de ces grandes assises internationales.

Dans l'après-midi on a abordé l'étude de la première question inscrite à l'ordre du jour : « Relations des assurances sociales avec la santé publique. » Rapporteurs : MM. Kuhn (de Copenhague), Holtzmann, inspecteur d'hygiène en Alsace et en Lorraine; docteur Briau, du Conseil supérieur d'hygiène.

Mercredi le professeur Madsen a fait une conférence sur l'organisation internationale de l'hygiène, et M. le professeur H. F. Nuttall (de Cambridge) a parlé sur les relations de la parasitologie et de l'hygiène.

Après-midi a été discutée la seconde question : « Facteurs de recrudescence de la variole dans le monde et les moyens de la combattre. » Rapporteurs : le professeur Jitta, directeur de la santé publique du royaume des Pays-Bas ; le professeur Ricardo Jorge, directeur de la santé publique du Portugal, et le docteur Camus, directeur de l'Institut supérieur de vaccine de l'Académie de médecine.

Jeudi, le médecin inspecteur Savornin, directeur du Service de santé, a parlé sur l'hygiène des camps d'instruction.

Une très belle réception a été offerte mercredi aux congressistes par M. le professeur et Mme Léon Bernard, et jeudi M. le Président de la République a reçu les délégués étrangers présentés par le bureau du Congrès.

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral*. — Séance du 24 octobre. — Questions données : « Rhinite et angine diphtériques malignes. — Les symptômes de la coxalgie. »

MM. Blanquine, 19; Hennion, 15; Adida, 16; Puymartin, 22; Leffring, 15; Catalette, 12; Vannier, 24; Gilbrin, 23; Mlles Versini, 25; Oguse, 22.

Séance du 26 octobre. — Questions données : « Symptômes et complications des oreillons sans le diagnostic. — Les hémorragies intrapéritonéales par rupture de grossesse tubaire. Formes cliniques et diagnostic. »

MM. Sitzerman, 14; Kuyts et Lacoste, 15; Labesse, 19; Chauveau, 25; Cros, 22; Douady, 24; Alavoine, 14; Durieux, 12; Rachelsberg, 14.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Séance du 22 octobre. — *Anatomie*. — Surface articulaire de l'extrémité inférieure de l'humérus. — Ligament latéral interne de l'articulation du genou. — Insertion des différents faisceaux du muscle sterno-cleido-mastoïdien. — Innervation motrice des muscles de l'éminence thénar. — Trajet et rapports de l'artère radiale de la gouttière du pouls à son point de pénétration dans la paume de la main.

Pathologie médicale. — Description et diagnostic du souffle de l'insuffisance mitrale. — Préciser la durée d'incubation des oreillons, de la varicelle, de la rougeole, de la scarlatine. — Décrire les signes fournis par la percussion dans l'examen du thorax d'un malade atteint d'épanchement pleural gauche de moyenne abondance. — Le signe de Babinski. Manière de le rechercher. Valeur sémiologique.

Pathologie chirurgicale. — Diagnostic positif et différentiel de la hernie crurale étranglée. — Siège et caractère de l'adénopathie dans le cancer du sein. — Signes d'une adénopathie tuberculeuse fistulisée. — Signes de la tumeur blanche du genou au debout.

— PRIX FILLIOUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Halphen, qui accepte; Baldenweck, Grivot, Léri, Cadenat, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Concours de l'internat*. — Sujet de la question écrite : « Faisceau pyramidal. — Paraplégie. »

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon (Mayenne).

GUERRE. — M. le médecin principal de 1re classe Sandras est nommé directeur du Service de santé des troupes de Tunisie.

M. le médecin principal de 2e classe Reverchon est affecté à l'hôpital Villemin, à Paris.

M. le médecin principal de 2e classe Combe est nommé médecin chef de l'hôpital militaire de Tunis et président de la Commission de réforme.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — Réunion du Conseil d'administration, 18 octobre 1927 :

Le Conseil est saisi, à titre officieux, d'une demande de professeur de pharmacologie, pourvu de connaissances étendues en chimie pour une Faculté de médecine étrangère. Il est mis, par M. le docteur Gutmann, au courant de la création d'un Comité médical franco-hellénique; par M. le docteur Mathé de celle d'une Association franco-équatorienne qui désire être constituée sous le patronage de l'A. D. R. M. L'Association a reçu une lettre de remerciements de l'Interstate Post Graduate Assembly of North America, au nom des 210 médecins qui sont venus en juillet dernier. Très satisfaits de ce qu'on leur a montré à Paris, les membres de cette Association demandent à l'A. D. R. M. de vouloir bien organiser un programme pour une nouvelle visite qu'ils désirent faire en juin 1928. L'Association a reçu, d'autre part, le professeur Kopetzky, qui demande que l'A. D. R. M. noue des relations avec l'International Medical Club of New York City. Le Comité haïtien de l'Alliance française émet le vœu qu'une mission de professeurs français se rende pendant quelques semaines à Port-au-Prince. Le Président donne lecture de lettres de remerciements du Commissariat de la Santé publique de la R. S. F. S. R. pour l'accueil fait aux médecins russes venus à Paris cet été; de la Cambridge University Society, de la London Medical Exhibition, etc.

Ont été nommés membres : MM. Fred H. Albee, Paul Fumouze, Eastman Sheehan, Edward Hartmann, Lambret, Paul Mathieu, Louis Rocher, E. V. Segura, Chailley-Bert, Natal Garcia.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Vendredi 4 novembre. — Jury : MM. Ombrédanne, président; Lemierre, Alglave et Hutinel. — M. DUMINIL. Pathogénie et traitement de la coxa vara des adolescents. — M. OUVRARD. Etude de la coxalgie greffée sur la luxation de la hanche. — M. FOREST. Considérations médicales sur les colonies de vacances.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. M. Labbé, président; Bresson et Dechambre. — M. DEBEHAIGNE. De l'âge limite du jeune veau en boucherie.

Samedi 5 novembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Robin et Maignon. — M. GAUDERNAU. Coagulation du sang chez le chien.

LE CENTENAIRE DE VILLEMIN

VILLEMIN ET LA NOTION DE CONTAGION DANS L'INFECTION TUBERCULEUSE[1]

Discours prononcé à l'Académie de médecine par M. FERNAND BEZANÇON.

Villemin, non satisfait cependant, cherche encore des preuves nouvelles dans la pathologie comparée, et il les trouve dans ce fait que la tuberculose fait mourir avec rapidité presque toutes les bêtes de certaines vacheries alors qu'elle épargne la *vache isolée du malheureux qui la mène paître au hasard du chemin.*

Messieurs, j'ai essayé de vous montrer comment, observation après observation, se pressent dans l'esprit de Villemin les arguments démontrant que la tuberculose est une maladie contagieuse, une maladie virulente. Tout son livre n'est qu'un long plaidoyer où il accumule les preuves que son expérience de l'inoculabilité au lapin n'est pas un fait isolé, que sa conception de la maladie est exacte et qu'il a raison, contre ses contemporains, contre le prétendu sens commun.

Les contemporains, vous le savez, ne furent pas convaincus, les cliniciens de l'époque, et non des moindres, protestèrent contre les déductions de Villemin et continuèrent à soutenir que la tuberculose est une maladie diathésique et héréditaire, fin naturelle de toutes les misères physiologiques.

La découverte de l'agent pathogène par Koch en 1882, qui confirmait de tous points les déductions tirées par Villemin de ses expériences, tout en augmentant beaucoup le nombre des « contagionnistes », fut loin d'entraîner le consentement unanime et nombre de cliniciens continuèrent à penser que si le bacille était nécessaire pour que se produisent des tubercules, ce sont cependant encore les causes secondes qui jouent le premier rôle dans le développement de la tuberculose qui devrait être considérée avant tout comme une maladie de misère, d'alcoolisme, d'alimentation et d'aération défectueuses.

Opposition des cliniciens à la notion contagionniste de Villemin. Ils ne voient pas le plus souvent la contagion entre adultes. — On s'étonne souvent de cette résistance de l'esprit médical, à accepter la doctrine de la contagion, malgré les découvertes successives de Villemin et de Koch. Cette résistance se comprend cependant si l'on veut bien se rappeler *qu'à cette époque on connaissait encore très mal la tuberculose infantile et en particulier la tuberculose du nourrisson et que, lorsqu'on parlait de contagion, on n'envisageait que la contagion d'adulte à adulte.*

Cette contagion d'adulte à adulte les cliniciens ne la constataient que rarement, même dans les cas où elle aurait dû le plus nettement se manifester, dans la tuberculose conjugale.

Les médecins militaires ne voyaient pas davantage cette contagion dans l'armée. Si la tuberculose est fréquente chez le jeune soldat, ce n'est pas, dit Kelsch, parce qu'il trouve à la caserne la source de la contagion, c'est parce que les conditions de dépaysement, de surmenage, d'alimentation souvent insuffisantes, réveillent chez lui des foyers de tuberculose jusque-là latente, et la meilleure preuve, c'est que les cas les plus nombreux s'observent dans les premiers mois qui suivent l'arrivée au corps et non au bout de plusieurs années, comme ce devrait être, s'il s'agissait de contagion.

La vieille doctrine de la spontanéité morbide trouvait une formule rajeunie dans la prétendue notion de l'universabilité de la tuberculose et de l'ubiquité du bacille tuberculeux.

La notion des tuberculoses pulmonaires latentes. — Cette notion de l'existence de tuberculoses latentes, vraie pour une part, mais en général mal comprise, n'a pas peu contribué à égarer les esprits et à rendre plus obscure l'étiologie de la tuberculose.

Les constatations des anatomo-pathologistes, en particulier celles de Nœgeli, ayant montré que, chez les adultes de villes, il existe presque dans tous les cas des lésions discrètes de tuberculose pulmonaire, des ganglions ou des tubercules calcifiés, des bandes de sclérose, des symphyses pleurales, on en a conclu, un peu vite, que tous les individus, même les individus sains, étaient porteurs de lésions tuberculeuses, susceptibles de se réveiller.

L'application systématique à tous les enfants et à tous les adultes en apparence sains de la cuti-réaction de von Pirquet, montrant que le plus grand nombre des adultes des villes réagissaient à la tuberculine, ne contribua pas moins à répandre cette idée que tous les humains étaient quelque peu tuberculeux.

La tuberculose étant presque inévitable, on considérait volontiers qu'il était inutile de chercher à éviter la contagion des tuberculeux et on revenait à une doctrine à peu près aussi néfaste que la doctrine de l'hérédité.

La notion d'ubiquité du bacille de Koch est une notion erronée. — Une autre notion qui, à la suite des travaux des bactériologistes, prit peu à peu corps dans le monde médical, ne fut pas moins dangereuse pour les esprits : *c'est la notion d'ubiquité du bacille tuberculeux* : des bacilles acido-résistants, voisins, mais cependant très différents du bacille tuberculeux, ayant été trouvés dans le lait, dans le beurre, mais aussi dans la nature, sur l'herbe de Timothée, dans le gazon, dans les fumiers, on considéra volontiers que le bacille tuberculeux n'était qu'un saprophyte répandu partout, qui, dans certaines conditions, mais dans certaines conditions seulement, récupérait sa virulence pour déterminer la phtisie; il n'y avait pas d'ailleurs parmi les bacilles trouvés dans la nature que des bacilles tuberculoïdes, acido-résistants, il y avait aussi de vrais bacilles tuberculeux, ceux-ci étant répandus abondamment dans l'air, dans les poussières, sur le sol des villes.

A quoi bon donc, disaient les anticontagionnistes,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 84, p. 1377.

chercher à éviter la contagion puisque le bacille est partout et que, quoi qu'on fasse, on est ou on sera porteur de lésions tuberculeuses.

Chaque découverte mal interprétée retarde le progrès, et de même que l'histologie pathologique naissante avait remis en discussion les données solides apportées par Laennec, de même la bactériologie nouvelle mal interprétée semblait diminuer l'importance des découvertes de Villemin et de Koch.

Cette notion de l'extrême diffusion de l'infection tuberculeuse, cette notion de l'ubiquité du bacille, étaient trop d'accord avec les théories de ceux qui ne voulaient voir dans la tuberculose qu'une maladie de déchéance et de misère pour ne pas être acceptées avec enthousiasme.

Une autre évolution de la conception médicale en matière de tuberculose tendait d'ailleurs encore à mettre au second plan, sinon à faire rejeter complètement, l'importance de la contagion : je veux parler de la doctrine qui s'est fait jour au début de ce siècle, que la tuberculose est avant tout une maladie sociale.

Au début du XXe siècle on tend à considérer que le problème de la tuberculose est surtout un problème social. — Les Congrès internationaux de tuberculose de 1899 et de 1905 reflètent bien à ce point de vue l'opinion de l'époque : la question de la tuberculose déborde la médecine; à côté des médecins, les économistes, les hommes politiques prennent part aux Congrès.

La véritable cause de l'extension de la tuberculose, proclame-t-on volontiers, c'est l'essor prodigieux de la grande industrie qui a entraîné l'exode rural, le développement démesuré des villes tentaculaires, c'est l'alcoolisme, la misère, le taudis; à côté d'elles la contagion n'a qu'une bien minime importance.

Le bacille étant partout, l'homme n'étant pas, au fond, un animal très facilement tuberculisable, la phtisie ne peut éclater chez lui sans la complicité de son organisme; pour qu'il devienne tuberculeux, il faut que sa résistance ait été vaincue et que ses défenses naturelles soient en défaut.

Comme on a pu le dire encore à cette époque, la tuberculose n'est pas à proprement parler une maladie, c'est un fait social, le bacille apparaissant de plus en plus comme un facteur accidentel, le conquérant heureux bénéficiant sans péril d'une série de capitulations.

La tuberculose ne frappe pas seulement les misérables, les alcooliques, les citadins. — Messieurs, que nous sommes loin des idées si simples de Villemin sur la contagion tuberculeuse! Où est donc la vérité?

Sans doute, il est bien vrai que le développement de la tuberculose a suivi l'extension de la grande industrie et l'accroissement démesuré des villes, sans doute il est bien vrai que selon la dure parole de Casimir Perier, *la tuberculose se développe surtout dans le monde où l'on pâtit*; sans doute, il est bien vrai qu'elle fait dix fois plus de victimes dans les quartiers pauvres que dans les quartiers aisés, mais n'est-ce pas — sans vouloir méconnaître le rôle des causes secondes — pour une bonne part parce que les conditions économiques nouvelles réalisent cet état de confinement, d'agglomération qui, comme le montrait Villemin, sont si favorables à la contagion.

La tuberculose, il ne faut pas l'oublier, ne frappe pas seulement les misérables et les alcooliques, elle frappe aussi le jeune homme ou la jeune fille vivant dans l'aisance, et non entachés d'alcoolisme; elle ne frappe pas seulement le citadin, elle frappe aussi le rural et des statistiques montraient encore récemment que dans la région de Beauce, dans un milieu agricole d'où la misère est bannie, la statistique de morbidité et de mortalité tuberculeuse était presque la même que dans les villes.

Personne ne songe à nier que la question de la tuberculose ne soit pour une grande part une question sociale, mais il est dangereux de laisser croire qu'elle n'est que cela et d'oublier le rôle considérable que joue la contagion dans son développement. On ne saurait trop insister sur le danger de certaines conceptions médicales qui, créant des courants anticontagionnistes, ont pour effet d'entraîner le relâchement de la discipline et d'amoindrir l'efficacité de la lutte contre la maladie.

Pour bien comprendre les données du problème de l'étiologie de la tuberculose, il faut tout d'abord extirper ces notions fausses, désespérément tenaces, comme la notion d'ubiquité du bacille et mettre au point cette expression de tuberculose latente.

La notion d'ubiquité du bacille tuberculeux est une notion erronée. — Les bacilles acido-résistants de la nature ne sont pour nous que des curiosités de laboratoire; pratiquement, ils n'ont rien de commun avec le bacille tuberculeux. D'ailleurs, bien loin que celui-ci puisse vivre dans la nature, il doit être bien plutôt considéré comme un parasite obligatoire qui ne vit que dans les milieux organiques, dans les tissus des tuberculeux et dans leurs excrétions, surtout dans les crachats.

Toute une série de travaux que je ne puis rappeler ici, montrent, d'ailleurs, que le bacille tuberculeux ne vole pas dans la poussière des rues, n'est pas partout répandu sur le sol, *mais qu'il n'est que là où il y a des tuberculeux et des tuberculeux qui crachent* : l'homme tuberculeux et plus rarement l'animal tuberculeux, restent donc les seuls réservoirs du virus.

La question des tuberculoses latentes est mal comprise. — La mise au point de la question des tuberculoses dites latentes est plus délicate. Comme l'a bien montré Küss, un des premiers, comme je l'ai moi-même soutenu, il faut distinguer les petites lésions cicatricielles peu ou pas virulentes des grosses lésions caséeuses qui peuvent s'enkyster et rester latentes, mais qui n'en restent pas moins redoutables. Il y a là une discrimination souvent difficile à établir, mais nécessaire cependant. S'il est bien réel que dans les villes un très grand nombre d'individus (et non tous comme on l'a dit avec quelque exagération) ont pu subir des atteintes très discrètes de tuberculose et par suite présenter quelques lésions limitées, purement anatomiques et réagir à la tuberculose, il n'y en a qu'un nombre restreint, ceux qui ont été soumis antérieurement à des contagions importantes, qui sont porteurs de véritables lésions

tuberculoses enkystées, mais qui, au moindre réveil, pourront devenir évolutives.

Le bacille de Koch n'est donc pas partout, il n'est que dans les lésions tuberculeuses ou dans les excreta des tuberculeux; tous les hommes de ville ne sont pas tuberculeux, mais un certain nombre seulement, bien que non phtisiques, sont porteurs de lésions tuberculeuses importantes mais enkystées et par suite susceptibles de rester plus ou moins latentes.

Messieurs, je viens de vous montrer par quelles phases si variées a passé la notion de la contagion, le terrain déblayé, nous pouvons maintenant aborder à nouveau le problème, à la lueur des recherches modernes, à la lueur des travaux des cliniciens qui nous ont montré que la tuberculose infantile était beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois, à la lueur des recherches biologiques concernant la notion d'allergie.

Nous avons vu quelles objections on a pu apporter à la notion de contagion apportée par Villemin; certaines de ces objections n'étaient pas sans valeur. Comme toutes les découvertes humaines, la découverte de Villemin ne renfermait qu'une part de vérité.

La doctrine contagionniste de Villemin est vraie, mais il faut mettre un tempérament à cette doctrine. — Tout ce qu'a proclamé Villemin sur le danger de la contagion, sur le rôle des agglomérations, du confinement semble devoir rentrer parmi les notions définitivement acquises, mais *il faut mettre un tempérament à sa doctrine et c'est ce tempérament qui va mettre d accord et les contagionnistes convaincus et les partisans du rôle prépondérant des causes secondes.*

On ne peut comprendre actuellement le problème de la tuberculose et, en particulier, la question de la contagion comme je l'ai écrit récemment, *que si l'on envisage le problème séparément chez l'enfant et chez l'adulte : chez l'enfant, organisme sensible, la question de contagion domine toute l'histoire morbide; chez l'adulte, organisme plus résistant, si la contagion peut encore se faire sentir et est toujours redoutable, le danger est plutôt dans le réveil des tuberculoses de l'enfance restées latentes, et par suite le problème est moins d'étudier les causes de la contagion que les raisons qui font qu'une tuberculose, jusque-là latente, se réveille.*

En matière de contagion tuberculeuse et d'étiologie de la tuberculose, il faut considérer séparément la tuberculose de l'enfant et de l'adulte. — Cette adjonction à la doctrine contagionniste de Villemin a pour base cette notion qui est actuellement à peu près unanimement admise et qui a été surtout mise en lumière par Grancher en 1905, *que la tuberculose de l'adulte n'est le plus souvent que la deuxième étape d'une tuberculose remontant à l'enfance.*

Villemin ne connaissant pas l'importance de la contagion infantile ne pouvait convaincre ses contemporains qui n'observaient que rarement la contagion de la tuberculose chez l'adulte. — Villemin avait donc raison quand il proclamait que la tuberculose n'est pas héréditaire, mais qu'elle est contagieuse, mais il ne pouvait convaincre ses contemporains, car il ne leur montrait pas que cette contagion s'exerce surtout dans les premières années de la vie, leur laissant croire qu'elle sévit surtout chez l'adulte.

Les cliniciens, par contre, qui avaient bien vu que la tuberculose est une maladie familiale, et qui ne voyaient que rarement des cas indiscutables de contagion chez l'adulte, en avaient déduit que la maladie était héréditaire, alors qu'en réalité, elle est contagieuse, mais surtout contagieuse dans le milieu familial.

Modalités de la contagion tuberculeuse. — La contagion, comme l'avait proclamé Villemin, est bien la notion fondamentale de l'étiologie de l'infection tuberculeuse, mais pour que cette notion soit acceptée par tous, il faut qu'elle soit bien comprise; pour qu'on puisse déduire de la notion de contagion toutes les conséquences pratiques qu'elle comporte, il faut qu'on en connaisse les modalités précises.

Sur la fréquence, sur l'importance de la contagion vis-à-vis du nourrisson, tous les phtisiologues sont d'accord; l'enfant vierge de toute infection antérieure présente une sensibilité extrême à l'infection tuberculeuse, l'infection est d'autant plus facilement réalisable que les contages sont plus massifs et plus répétées.

La conclusion qui s'impose, et qui était la conclusion formulée par Villemin pour l'adulte, est que, lorsqu'il s'agit de protéger l'enfant contre la contagion tuberculeuse, on ne saurait être trop sévère et trop intransigeant,

Il est difficile de préciser exactement l'importance de la contagion chez l'adulte. — La difficulté surgit lorsqu'il s'agit d'envisager l'importance du rôle de la contagion chez l'adulte; car *ici les faits d'observation sont moins nets et les doctrines obscurcissent la vision claire des faits.*

Résistance relative à la contagion de l'adulte des villes. Notion de l'allergie. — Il semble que l'on puisse considérer comme démontré que l'adulte des villes offre une résistance plus grande à la contagion que le nourrisson et l'enfant; il semble bien, d'autre part, que cette résistance ne tient pas à l'âge de l'individu, puisque les adultes des peuplades nomades ou sauvages, qui sont pour la première fois en contact avec des Européens contaminés subissent facilement la contagion et présentent des formes rapides et graves qui sur beaucoup de points rappellent celles du nourrisson. Il semble que pour faire fléchir cette résistance de l'adulte, il faille des conditions de contage assez spéciales, des contages massifs et répétées en particulier.

Il semble que dans le plus grand nombre des cas, la tuberculose évolutive, la phtisie, en particulier, que l'on constate chez un adulte de ville, ne soit pas en rapport avec une contagion récente, mais bien avec une contamination antérieure qui, très souvent remonte aux premières années de la vie, c'est-à-dire à l'âge où les conditions de contagion sont les plus favorables.

Voilà les faits à peu près acceptés par tous. Mais

peut-on aller plus loin? Faut-il, comme le pensent certains, considérer comme rare la contagion chez l'adulte? Faut-il par suite dans la pratique se relâcher de la sévérité que l'on exerce vis-à-vis de l'enfant dans les mesures de prophylaxie que l'on applique à l'adulte.

Les enquêtes sur la fréquence de la contagion à la ville sont extrêmement difficiles, beaucoup de tuberculoses pulmonaires étant camouflées en bronchite chronique et emphysème; nous croyons, d'autre part, beaucoup trop facilement que tel pleurétique, que tel bacillaire fibreux qui, actuellement, n'ont pas de bacilles dans leurs crachats, ne font courir aucun danger à leurs proches; on peut se rendre compte de la difficulté du problème si on lit les statistiques si souvent opposées, qui ont été faites à propos de la tuberculose conjugale.

Il fut un temps où on considérait volontiers celle-ci comme exceptionnelle; je ne le crois pas pour ma part, et j'estime qu'elle est possible, sinon très fréquemment démontrée.

Nous sommes actuellement sous l'emprise de conceptions théoriques du plus haut intérêt qui tendent à démontrer que l'individu qui est en puissance d'infection tuberculeuse se comporte autrement que l'individu sain vis-à-vis de la réinfection *qu'il est en état d'allergie*, et qu'en général dans cet état allergique, si l'on ne saurait parler de véritable immunité, il existe cependant un facteur indiscutable de résistance à l'infection.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter la valeur scientifique de la notion de l'allergie, qui est considérable, mais qui est loin d'être absolue; il importe seulement de rappeler que, si intéressantes que soient les études expérimentales sur l'allergie, en particulier celles qui correspondent à ce que l'on appelle le phénomène de Koch, les données acquises ne comportent pas une généralisation aussi grande qu'on l'a cru; que le phénomène, c'est-à-dire la résistance à la réinfection tuberculeuse, est variable, selon l'espèce animale, la porte d'entrée du virus, la dose, etc.

Quel que soit le très grand intérêt scientifique des notions actuelles sur l'allergie, il faut bien se garder d'y voir autre chose qu'une hypothèse très séduisante, mais rien qu'une hypothèse, et ne pas en tirer des déductions trop absolues au point de vue de la non-contagiosité de la tuberculose chez l'adulte.

Une fois de plus, il faut résister aux courants et ne pas se laisser entraîner loin des notions établies. Les travaux récents sur le virus tuberculeux filtrable, si intéressants qu'ils soient, nous montrent eux aussi le danger qu'il y aurait de tirer trop hâtivement de questions scientifiques encore discutées des déductions allant à l'encontre des faits antérieurement établis; si intéressantes que soient ces expériences, elles sont encore loin d'entraîner la conviction et il serait dangereux d'en déduire que la théorie ancienne de l'hérédité de graine de la tuberculose reprend droit de cité et que diminue l'importance de la notion de contagion.

Rôle fondamental des causes secondes dans le réveil des tuberculoses latentes ou évoluant à bas bruit chez l'adulte. — Quelle que soit l'importance du rôle de la contagion chez l'adulte, il est indispensable enfin que, dans un grand nombre de cas, les poussées évolutives ne sont pas dues à une contagion récente, mais, fait d'une importance capitale, qu'elles ne sont que le résultat du réveil d'une tuberculose plus ou moins latente.

Comme l'avaient bien vu les grands cliniciens d'autrefois, dans ce qu'ils croyaient être la véritable cause de la tuberculose, dans ce que nous estimons aujourd'hui n'être que le réveil d'une poussée tuberculeuse antérieure, interviennent toutes ces causes secondes qui les avaient tant frappés : le surmenage physique et moral, les passions tristes, l'alimentation défectueuse, le manque d'air et de lumière, les maladies intercurrentes, toutes ces causes se manifestant d'autant plus facilement qu'il s'agit de jeunes gens au moment de la puberté, de femmes au moment de l'accouchement ou fatiguées par des allaitements répétés, etc.

Messieurs, j'ai essayé de vous exposer aussi succinctement que possible la doctrine moderne sur l'infection tuberculeuse.

Il est probable qu'elle aussi, comme la doctrine contagionniste trop absolue de Villemin, ne comporte qu'une part de vérité, et que bien des retouches devront y être apportées.

La notion de l'importance de la contagion infantile est certainement vraie dans un grand nombre de cas, mais on l'a peut-être elle-même exagérée, et des observations récentes sont en faveur d'un pourcentage un peu plus grand de cas où la contagion se serait produite chez l'adulte.

Le rôle des causes secondes est indiscutablement important dans le réveil des tuberculoses latentes contractées dans l'enfance, mais il ne se révèle pas dans tous les cas; dans un bon nombre de cas de tuberculose, pas n'est pas besoin de causes secondes, c'est pour ainsi dire la maladie première qui continue, procédant par poussées évolutives successives séparées par des trêves, comme dans toutes les maladies chroniques.

Messieurs, j'ai essayé sans cesse de vous rappeler dans cette étude combien était long et difficile le chemin qui mène à la vérité, combien il faut résister aux théories souvent séduisantes mais fragiles qui, à certains moments, semblent devoir bouleverser toutes les notions antérieures.

La lecture patiente du livre de Villemin, la méditation sur son œuvre sont à ce point de vue d'un grand enseignement, elles nous montrent la grande force des idées simples, des notions reposant sur l'observation et sur l'expérimentation; ce sont elles toujours qui doivent nous servir de fil conducteur, de phare pour nous éclairer dans la nuit.

La notion de contagion apportée par Villemin doit être une de ces idées simples, une de ces idées directrices : non seulement elle nous servira pour instituer la prophylaxie, mais encore elle nous guidera au point de vue du diagnostic comme je le montrais récemment avec Braun : la certitude d'une contagion familiale dans les antécédents d'un malade ayant la valeur d'un véritable symptôme et pou-

vant contribuer à porter le diagnostic de tuberculose si elle est associée à d'autres symptômes de probabilité.

Messieurs, la notion de la transmission héréditaire de la tuberculose conduisait, selon le mot de Nocard, « à la résignation fataliste, néfaste des Orientaux », la notion de la contagiosité de la maladie introduite par Villemin nous a révélé la possibilité de la lutte. Les notions actuelles sur les modalités de la contagion vont nous révéler le sens de cette lutte.

Tout en sachant fort bien que la lutte antituberculeuse est, pour une grande part, œuvre sociale et que la guerre à l'alcool, au taudis, à la misère devra être toujours un des facteurs les plus importants de la lutte, nous estimons qu'il est mauvais de laisser croire que le médecin n'a pas un rôle personnel considérable dans la lutte contre la maladie.

La diffusion de la notion de contagion et en même temps celle des mesures si simples qui permettent pour une grande part de la réduire, doit être l'œuvre du médecin qui l'oublie trop souvent et se contente de soigner le malade et non de limiter l'extension de l'infection autour de celui-ci.

La connaissance précise des modalités de la contagion de la tuberculose, la nécessité des contages intimes, répétés et prolongés, la relative résistance de l'adulte à la contagion, doivent être répandues dans le public pour qu'il fasse sienne la formule lapidaire de Landouzy qu' « en matière de tuberculose il ne faut considérer celle-ci, ni avec une indifférence pernicieuse aux individus, aux familles, à la société, ni avec une peur inconsidérée, mauvaise et inhumaine conseillère ».

Mais le rôle du médecin ne s'arrêtera pas là. Se rappelant que la vieille médecine avait aussi raison quand elle faisait jouer un rôle aux causes secondes, sachant aujourd'hui, grâce à la notion de contagion, que ces causes secondes se font surtout sentir sur les êtres qui ont subi une forte contamination dans le milieu familial, il cherchera à éviter le réveil grave des tuberculoses latentes, ou, si ce réveil se produit, il interviendra avec énergie pour en arrêter l'évolution.

*
* *

Messieurs, l'analyse de l'œuvre de Villemin, le court aperçu de toutes les doctrines qui se sont opposées à la diffusion de cette notion si simple cependant en apparence de la contagion de la tuberculose nous montre toute la complexité des phénomènes biologiques.

Pasteur, notre grand Pasteur, ne nous la révélait-il pas le premier cette complexité, lorsque dans ses admirables recherches sur les maladies des vers à soie, à propos de la flacherie, il montrait, à côté du rôle fondamental de la contagion, l'importance des causes secondes, de l'humidité des feuilles de mûrier qui permet au microbe de pulluler, mais aussi de l'état orageux du temps qui diminue la résistance du ver.

Bien loin d'opposer le présent au passé, cherchant à comprendre les raisons du malentendu apparent de la médecine et de la science, convaincus d'ailleurs que nous ne possédons encore qu'une parcelle de la vérité, nous n'oublierons pas le double enseignement qu'il faut tirer de tous ces faits au plus grand profit de la lutte antituberculeuse :

Et celui qui découle de la vieille médecine traditionnelle sur le rôle des causes secondes et celui qui découle de la géniale découverte de Villemin, l'importance primordiale de la contagion. Ainsi faisant d'ailleurs, nous rendrons le meilleur hommage à ce savant qui fut aussi un grand clinicien et qui par l'importance des services qu'il a rendus à l'humanité doit prendre place parmi ces grands noms, qui tels que ceux de Laennec, de Pasteur et de Koch doivent rester définitivement gravés dans la mémoire des hommes.

IXe RÉUNION ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

(Paris, 7 octobre 1927) (1)

DEUXIÈME QUESTION

TRAITEMENT DES PSEUDARTHROSES CONGÉNITALES

Rapporteur : Ch. DUJARIER (de Paris).

La pseudarthrose des os de la jambe étant seule assez fréquente pour lui consacrer une étude d'ensemble forme seule l'objet de ce travail.

Très justement, le rapporteur remarque que toutes les pseudarthroses ne sont pas constituées à la naissance.

A côté de celles-ci, il y en a d'autres qui s'établissent sur les courbures congénitales des os de la jambe; soit par fracture lors d'un traumatisme, soit par ostéotomie thérapeutique. Dans ces cas, les os sont, du fait de leur aplasie congénitale, particulièrement prédisposés à la non-union-courbures congénitales, pseudarthrose congénitale constituent deux degrés de la même malformation dont le degré ultime est l'absence congénitale des os de la jambe.

C'est donc à juste titre que le rapporteur nous décrit d'abord les courbures congénitales des os de la jambe, les diverses variétés de courbures observées, l'atrophie habituelle du membre qui les accompagne.

Pour la pseudarthrose elle-même, M. Dujarier insiste particulièrement sur le fait qu'il en existe deux types de pronostic très différent.

Le premier type, heureusement le plus fréquent, consiste en une courbure des os de la jambe avec, en plus, au sommet de la courbure une solution de continuité linéaire; c'est une pseudarthrose très serrée. Dans ces cas, la marche est possible avec un appareil.

Dans le deuxième type, le pied est complètement ballant. Le tibia et le péroné très atrophiés manquent sur une grande étendue. Le plus souvent, le malade ne peut marcher même avec un appareil. On sait peu de chose sur la structure de ces pseudarthroses.

Dans les pseudarthroses serrées, la radiographie montre l'opacité plus grande de l'os près de la courbure et parfois la disparition en ce point de la cavité médullaire, on trouve tantôt entre les deux os une bande fibreuse avec un manchon fibreux périphérique, tantôt une véritable néarthrose avec même une ébauche de synoviale. Le péroné est dans cette forme en général intact; trop long, il succombe.

Association de la Presse médicale française.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 85, p. 1367.

Dans les pseudarthroses lâches, péroné et tibia sont intéressés, ils présentent une large perte de substance, on voit même quelquefois le fragment inférieur réduit à l'épiphyse. Les fragments se terminent en pointe effilée et à ce niveau le tissu osseux est mou, friable.

L'avenir des pseudarthroses congénitales est considéré comme sombre par la plupart des chirurgiens.

D'une part, l'atrophie du membre qui les accompagne est incurable.

D'autre part, la consolidation de la pseudarthrose est fort difficile à obtenir, et quand on l'a obtenue, le plus souvent, elle ne se maintient pas. Aussi, la plupart des chirurgiens qui ont opéré ces malades ont-ils sur les résultats du traitement une opinion décourageante.

Cette opinion n'est-elle pas sujette à révision? Voyons ce qui a été tenté.

L'avivement simple, l'ostéotomie très oblique, suivie d'avivement et suture sont voués habituellement à l'échec. On cite quelques rares succès (Gangolphe, Luigi la Feria).

La greffe osseuse constitue le seul procédé pouvant donner des succès fréquents.

Il faut en distinguer trois variétés.

1° La greffe ostéo-périostéo-cutanée de Reichel. — Prise sur le tibia du côté opposé en conservant un pédicule de peau pour augmenter la vitalité du greffon. Les membres sont maintenus accolés dans un plâtre. Le pont cutané est coupé le vingtième jour. Reichel (1903) obtint ainsi un succès sur un cas qui avait déjà récidivé deux fois. Codivilla, Nové-Josserand ont eu des succès. Le dernier, sur 5 cas, obtint 2 insuccès immédiat, 1 tardif, 2 guérisons datant de cinq et dix-huit ans.

Le rapporteur, tout en constatant les succès obtenus, trouve le procédé compliqué, et croit peu à l'irrigation du greffon par le lambeau de peau très peu vascularisé.

2° La greffe osseuse massive. — Parfois, on a pris la greffe sur le péroné du côté malade en pratiquant soit la greffe libre, soit la greffe pédiculée. L'échec a été la règle. Les os du côté malade sont aplasiés et il est illogique de prélever le greffon sur eux.

Plus souvent, on a pris le greffon sur le tibia du côté opposé. Leclerc (de Dijon) a ainsi obtenu un succès incomplet, Albee un succès suivi sept ans.

3° Greffe ostéo-périostique de Delagénière. — Codivilla (1910) qui l'a employée le premier dans les pseudarthroses a obtenu sur 3 cas 2 succès. Brade, Ranenbusch ont rapporté aussi des guérisons. M. Frœlich, en 1910, rapporte 4 cas, 2 guérisons, 2 insuccès. MM. Nové-Josserand, Mauclaire, Moutier (de Nantes), ont rapporté chacun un succès. Enfin, le rapporteur lui-même donne la description détaillée de 5 cas terminés par 4 succès et 1 échec.

La technique des greffes ostéo-périostiques appliquée aux diverses variétés de pseudarthroses n'a rien de bien particulier.

Il suffit de mettre à nu les deux fragments des deux os *sans les réséquer*, temps souvent délicat, en raison de l'atrophie des extrémités osseuses. Les greffons sont placés en pont de l'un à l'autre,

Plâtre pendant deux mois, puis appareil de marche de Delbet pendant six mois, un an même. Ces soins post-opératsires sont indispensables.

Il faut suivre ces malades pendant plusieurs années et surveiller l'évolution du col avec des radios successives à cause des échecs.

On observe soit des échecs rapides, primitifs, soit des échecs tardifs (incurvation progressive de l'os, résorption se produisant après plusieurs années).

Mais il ne faut pas se décourager et des opérations réitérées sont souvent nécessaires pour arriver à un résultat définitif.

Alors que la plupart des auteurs : Putti, Nové-Josserand, Frœlich Melvin, S. Henderson apportent des statistiques assez décourageantes, l'auteur rapporte cinq observations détaillées (dont une du radius droit) avec 4 guérisons, montrant par l'exemple comment avec une bonne technique et une ténacité digne d'éloges, on peut en appeler du jugement d'immobilité porté jusqu'ici dans cette affection.

DISCUSSION

M. Mauclaire (de Paris) rappelle l'observation rapportée déjà à la Société de chirurgie (1921) d'une pseudarthrose congénitale du tibia, traitée à vingt-deux ans par des greffes de Delagenière avec succès. Les radiographies montrent les diverses phases de la reconstitution.

M. Michel (de Lyon) apporte les observations du service de M. Nové-Josserand, 7 observations : 4 greffes de Reichel avec 2 succès immédiats, 1 succès tardif, 1 échec; 3 greffes ostéo-périostiques, 1 succès, 2 échecs.

Les échecs ont été repris secondairement.

L'un avec un greffon ostéo-périostique et une plaque vissée, à récidive; et opéré avec une greffe de Reichel a eu une atrophie progressive du greffon. Le membre étant dans sa totalité très atrophié.

Un autre échec de la greffe libre, subit secondairement un Reichel, il y avait de la résorption progressive du fragment supérieur. On le fait marcher dans un appareil de Delbet. Il tombe. Fracture du tibia à la suite de laquelle la pseudarthrose se consolide.

Il semble que la greffe de Reichel soit supérieure à la greffe de Delagénière.

D'autre part l'emploi des appareils de marche est très important. Dans un cas il a été supporté pendant trois ans.

M. Rochet (de Bordeaux) apporte deux observations :

Le premier cas est une pseudarthrose du tibia chez une fillette de huit ans traitée par avivement, insuccès. En 1919 traitée par les greffes, guérison.

Le deuxième cas, pseudarthrose grave des deux os de la jambe, traitée par amputation.

L'auteur attire l'attention sur une variété spéciale de courbures congénitales des os de la jambe non décrite dans le rapport. C'est l'incurvation à concavité antérieure dont l'auteur a vu trois cas. Il en a trouvé quatre autres observations dans les publications (Thèse Weyser, Frœlich, Le Jemtel, Genova).

Dans ce cas le tibia est en crosse de pistolet. Il y a un talus énorme.

Or ce qui est très particulier, c'est que ces cas guérissent par le traitement non sanglant : redressement manuel par des plâtres successifs à condition de les soigner de bonne heure.

L'auteur signale que dans un cas d'incurvation externe l'ostéotomie a donné une guérison durable.

M. Frœlich (de Nancy) a traité par l'avivement deux cas, un a guéri, l'autre dans lequel le bout osseux était effilé et friable a donné un échec.

Les ostéosynthèses, les greffes d'os mort n'ont rien donné.

Les greffes faites avec le tibia du côté opposé, en y adjoignant la marche très prolongée dans un appareil, ont donné des guérisons parfois très tardives.

Au total sur 8 cas, 2 ont guéri, 2 sont venus réclamer l'amputation, 2 marchent avec des appareils orthopédiques et 2 ce qui est décourageant parce que la thérapeutique est impuissante, c'est l'atrophie progressive du membre. Même après greffe et marche en appareil dans les cas graves le membre s'accroît moins que l'autre. Il y a un véritable vice du germe.

M. Tillet (d'Alger) apporte les observations du service du professeur Curtillet, comprenant six cas de courbures ou pseudarthroses congénitales.

Il montre que dans les courbures congénitales il y a un

véritable volvulus de l'os, avec structure spéciale au niveau de la courbure. Si on fracture à ce niveau l'os ne se soude pas. Si l'os se fracture ailleurs il se soude très bien, c'est une métaplasie locale, avec défaut d'irrigation. Aussi l'emploi de la sympathectomie périfémorale constitue un adjuvant dans les opérations sur cet os.

Il rapporte trois observations d'incurvation à concavité antérieure qui comme ceux de M. Rochet ont bien guéri par redressement progressif.

La courbure postérieure ne guérit pas et se brise si on la redresse, car ici la détorsion du tissu osseux ne se fait pas, au contraire on exagère la torsion.

Pour les pseudarthroses la greffe de Delagénière a été employée trois fois sans succès. La greffe à pédicule a au contraire donné des succès et constitue le traitement de choix.

M. Nicod (de Lausanne) apporte l'observation d'un enfant opéré de pseudarthrose des deux os à dix-huit mois par avivement et suture au catgut, guérison primitive puis incurvation secondaire, le péroné reste solide, le tibia récidive. Il devait être réopéré, mais fait une chute, reste au lit plusieurs jours, se remet à marcher, il est consolidé.

M. Veau (de Paris) insiste sur la différence de pronostic des deux variétés de pseudarthroses.

Dans le premier groupe on arrive à les guérir. Dans le deuxième groupe jusqu'ici ces cas étaient considérés comme au-dessus des ressources de la thérapeutique et amputés. Or c'est un de ces cas que j'ai abandonné et envoyé à Dujarier, qui l'a guéri. On ne saurait trop admirer ce résultat.

M. Dujarier, rapporteur, clôt la discussion, en montrant ses opérés. Il pense que les chirurgiens sont trop pessimistes. Putti qui, sur treize cas, n'a eu qu'un succès complet déclarait au Congrès français de 1922 : « Je n'ignore pas les succès isolés obtenus par quelques opérateurs, surtout français, mais mon expérience m'engage à un certain septicisme et je serais heureux de voir apporter à ce Congrès une méthode nouvelle qui nous permît de guérir presque à coup sûr cette redoutable infirmité ».

Par la présentation de ses résultats, M. Dujarier a fourni la réponse à la demande de Putti.

(A suivre.) M. LANCE.

L'ŒUVRE DE E. KIRMISSON

Au moment où vient de se terminer la IXe Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie, il nous semble équitable de rappeler les services que la chirurgie orthopédique doit à son président fondateur Ed. Kirmisson qui vient de disparaître.

Kirmisson restera le fondateur de l'Ecole orthopédique française. Par la création de la *Revue d'orthopédie* qui était sa chose, par la fondation de la Société française d'orthopédie, il a jeté les fondations de l'organisation de cette branche de la chirurgie et préparé ses rapides progrès.

Son œuvre personnelle est considérable car c'était un grand travailleur.

Comme clinicien observateur on lui doit la description de certains syndromes nouveaux : la luxation soudaine du début de la coxalgie, la scoliose paradoxale, l'association de la coxa vara et de l'obésité, les décollements épiphysaires spontanés de la tête fémorale.

En thérapeutique on lui doit le crochet œsophagien qui restera l'appareil idéal pour l'extirpation des pièces de monnaie, différents agrès de gymnastique.

Quant à son œuvre chirurgicale proprement dite, il est plus difficile de l'apprécier. Au premier abord Kirmisson peut nous sembler déjà bien un retardataire. La tunellisation de l'astragale qu'il a prônée dans les tumeurs blanches du cou-de-pied a cédé le pas à l'astragalectomie.

Sa conception de l'incision simple du périoste dans l'ostéomyélite peut nous paraître désuète.

Pour le juger équitablement, il faut nous replacer à l'époque où furent faites ses publications, et alors on demeure frappé de ce fait que, de son temps, Kirmisson fut souvent un précurseur.

Certes, doué d'un sens critique aigu, profondément pénétré de ses responsabilités, il resta toujours l'adversaire des opérations hasardeuses. On lui doit bien des conseils de modération toujours bon à relire. Mais cette pondération thérapeutique n'était pas une abstention systématique commode et bien des chapitres de la chirurgie orthopédique portent la marque de son activité.

Dans la thérapeutique du pied bot il met en relief ce fait capital que le redressement de l'adduction-supination, temps principal, doit être exécuté en entier avant de redresser l'équinisme par ténotomie, temps secondaire.

Pour les pieds bots âgés il modifie l'opération de Phelps, et par l'ouverture large de la médio-tarsienne ouvre la voie aux arthrodèses et tarsectomies.

Il met en relief les avantages de l'ostéotomie sus-condylienne dans le redressement des ankyloses vicieuses du genou consécutives aux tumeurs blanches. Il l'oppose aux résultats désastreux que donne la résection chez l'enfant.

Dans la luxation congénitale de la hanche il montre l'importance de l'inversion du col et de la tête fémorale d'avant en arrière, transformant les luxations réductibles en irréductibles. Il lutte contre la pratique des opérations sanglantes telles que les pratiquait Hoffa. Il adopte la réduction non sanglante de Lorenz, mais, dès le début, ne croit pas à la possibilité de guérir tous les cas, prévoyant la thérapeutique plus moderne des arthroplasties.

Pour les formes irréductibles il préconise le premier (1892) l'ostéotomie sous-trochantérienne qui reste une opération palliative admirable et qui suffirait à elle seule à empêcher le nom de Kirmisson de tomber dans l'oubli.

La même ostéotomie est appliquée par lui aux ankyloses vicieuses de la hanche.

Saluons ici bien bas la mémoire de cet homme qui fut un grand savant et un grand honnête homme. M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1927)

L'échauffement des tissus par les courants de haute fréquence. — M. d'Arsonval.

Etudes de microdissection sur le cartilage d'accroissement des os. — M. A. Policard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1927)

Notices nécrologiques. — M. Lapicque lit une notice sur M. Prenant; M. Couvelaire apporte ensuite une notice émise sur M. Herrgott (de Nancy).

M. Marfan, en son nom et en celui de son collaborateur M. Zuber, expose le fonctionnement de la **Maison maternelle de Châtillon-sous-Bagneux** et les résultats qu'elle a donnés depuis cinq ans. Cette maison est une annexe de l'hospice des Enfants-Assistés. L'ouverture et l'organisation en ont été décidées par M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, sur la proposition de M. Marfan, médecin, et de M. Deschâ-

tres, directeur de cet hospice. La surveillance en a été confiée au docteur Zuber.

Elle a commencé à fonctionner au mois d'août 1922. Elle recueille les mères sans ressources qui ont un enfant âgé de moins de six mois, le nourrissent et ne veulent pas s'en séparer. La plupart viennent des maternités ou des asiles pour femmes récemment accouchées. De plus, quand une mère vient abandonner son enfant à l'hospice des Enfants-Assistés, avec toute la discrétion nécessaire on lui propose de ne pas s'en séparer et on l'invite à entrer à la Maison maternelle. Un certain nombre y consentent et ainsi cet établissement a contribué à diminuer notablement le nombre des abandons.

Les mères qui y sont admises y sont logées, nourries, blanchies, et elles reçoivent 1 fr. 50 par jour. En échange, elles s'occupent du ménage, ce qui permet de diminuer notablement les dépenses du personnel. Celles-ci seront d'ailleurs compensées et bien au delà par l'économie qui résultera de la diminution du nombre des abandons.

Le plus grand nombre des mères qui entrent à la Maison maternelle nourrissent leur enfant exclusivement au sein, et l'établissement est devenu un foyer d'allaitement maternel.

On n'y reçoit pas les nourrissons atteints de maladies aiguës contagieuses ou de maladies chroniques exigeant des traitements spéciaux.

Lorsque les mères quittent la maison on se préoccupe de les placer de telle sorte qu'elles ne soient pas obligées de se séparer de leur enfant.

En moins de cinq ans, la maison a reçu 1.198 enfants âgés de moins de six mois. La mortalité totale a été de 3,67 p. 100. Elle a diminué d'ailleurs d'année en année. En 1926, elle n'a été que de 1,20 p. 100, et en 1927 de 0,63 p. 100. Pour apprécier ces chiffres, il suffira de rappeler que la mortalité générale des enfants de moins d'un an atteint ou dépasse encore 12 p. 100.

La Maison maternelle de Châtillon a donc contribué efficacement à diminuer le nombre des enfants abandonnés, à favoriser l'allaitement maternel et à abaisser la mortalité du premier âge. Elle a obtenu ces résultats avec un minimum de dépenses.

Le glykorment dans le traitement du diabète. — M. Marcel Labbé entretient l'Académie du glykorment, préparation obtenue au moyen de la fermentation du pancréas et analogue à la synthaline. Cette préparation amène la diminution de la glycosurie et augmente la tolérance pour les hydrates de carbone. Elle a l'avantage de pouvoir être administrée par la bouche, mais son action paraît inférieure à celle de l'insuline.

Microcinématographie des contractions normales et pathologiques des muscles striés et du myocarde. — M. Lutembacher s'est proposé de suivre sous le microscope et pendant la vie les contractions normales et pathologiques des fibres cardiaques. Il a dans ce but examiné le cœur transparent de certaines larves soumis à diverses intoxications et enregistré sur film une importante documentation. Cette analyse microcinématographique poursuivie à des grossissements de sept cents diamètres présente pour la cardiologie un grand intérêt. C'est de l' « histopathologie vivante »; elle permet de suivre jusque dans l'intimité des fibres toutes les anomalies de contraction observées chez l'homme. C'est une méthode précieuse pour l'étude des médicaments cardiaques.

Structure du muscle strié. Etude en lumière polarisée. Histogenèse. — M. Lutembacher.

Les zones réflexogènes carotidiennes. — MM. Danielopolu, Aslan, Marcou et Proca (de Bucarest). Dans une note

préliminaire publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (14 sept. 1927, n° 74, p. 1217), M. Danielopolu avait exposé ses recherches sur les zones réflexogènes qui existent au niveau du sinus carotidien et sur la carotide externe au niveau de l'origine de la faciale.

Le mémoire qu'il soumet aujourd'hui à l'Académie est plus étendu et confirme les déductions thérapeutiques qu'il avait exposées dans notre journal concernant l'épilepsie, les névroses végétatives, l'hypo et l'hypertension.

Il ajoute aussi qu'une dénudation du sinus carotidien avec destruction des nerfs qui s'y rendent pourrait influencer favorablement les cas de dyspnée qui accompagnent la sclérose pulmonaire et peut-être aussi les accès d'asthme.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1927)

Le glutathion réduit du sang : ses variations avec la fonction respiratoire. — MM. A. Blanchetière, Léon Binet et L. Mélon étudient la teneur du sang en glutathion, produit soufré qui, chez les êtres vivants, joue un rôle considérable dans les oxydo-réductions.

Chez le chien, le sang artériel contient environ 15 milligrammes de glutathion réduit pour 100 centimètres cubes.

Les expériences des auteurs montrent que dans le sang veineux du cœur droit il y a toujours plus de glutathion réduit (18 milligrammes) que dans le sang artériel et ainsi la teneur du sang en glutathion réduit diminue sensiblement pendant la traversée pulmonaire.

L'asphyxie élève, quelquefois double, le glutathion réduit du sang artériel; lors de la reprise de la respiration le glutathion retombe à son taux primitif, mais seulement au bout d'un temps fort long.

Cette élévation du glutathion réduit, au cours de l'asphyxie, est un phénomène uniquement sanguin, et ne se retrouve pas dans les tissus; elle est indépendante de la polylobulie observée au cours de l'asphyxie.

La surventilation pulmonaire peut faire baisser, mais faiblement, le taux du glutathion dans le sang artériel.

Action favorable des injections de peptone, de sang et de sérum sur le développement du pouvoir agglutinant du sérum. — M. Davesne. En injectant à des cobayes, par voie intramusculatre, de la peptone, du sang ou du sérum, en même temps que l'antigène microbien, on obtient après dix à onze jours un sérum fortement agglutinant.

La carotinémie des tuberculeux. — M. R. Monceaux montre que la pigmentation jaune paille des téguments des tuberculeux, de même que la coloration spéciale de leur sérum, est due au carotène. L'accumulation de ce pigment est due à l'insuffisance des oxydations de ces malades. Cet état ne présente pas par lui-même de gravité, mais indique néanmoins des troubles profonds du métabolisme. La non-oxydation des pigments carotinoïdes peut expliquer en partie l'hypocholestérinémie des tuberculeux. La sanction thérapeutique consiste à activer le plus possible les échanges des tuberculeux (cure d'air et catalyseurs oxydants) comme Pissavy et Monceaux le préconisent depuis longtemps.

Les anticorps albuminiques. — Il résulte des expériences de Livierato et de Vagliano qu'un sérum agglutinant, injecté à plusieurs reprises à des animaux neufs d'espèces différentes donne naissance, dans l'organisme de l'animal injecté, à des propriétés capables de neutraliser les agglutinines spécifiques de ce sérum.

Les anti-anticorps ainsi obtenus ne sont pas spécifiques, car ils se manifestent avec la même intensité avec le sérum d'animaux préparé avec du sérum normal.

M. Weinberg présente le livre qu'il vient de publier avec B. Ginsbourg sous le titre : *Données récentes sur les microbes anaérobies et leur rôle en pathologie* (Masson, éditeur).

M. A. Turner apporte deux **modifications à la technique de coloration des cils microbiens** par les vapeurs d'acide osmique.

1° Il fixe des microbes jeunes, dilués dans une grande quantité d'eau physiologique Après centrifugation, les microbes sont étalés sur des lames et fixés à nouveau à l'acide osmique.

2° Après mordençage à l'encre de Lœffler, les préparations sont traitées jusqu'à décoloration complète par l'alcool absolu acidulé.

L'action de l'adrénaline sur la carbonémie. — M. de Paula-Perruche. De ses recherches, faites en collaboration avec Guillaumin, l'auteur conclut à l'action remarquable de l'adrénaline à la dose de 1 milligramme sur la carbonémie et la tension de l'acide carbonique alvéolaire. Cette action se traduit par un abaissement de près de 1/4 de la tension sanguine et de moitié de la tension pulmonaire.

L'auteur pense que cette action explique en partie l'amélioration produite par l'adrénaline dans l'asthme et le coryza spasmodique.

COURS ET CONFÉRENCES

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — Clinique d'accouchements (89, rue d'Assas). — M. le professeur Brindeau commencera son cours le samedi 5 novembre 1927, à 10 h. 1/2 du matin.

Cours de bactériologie. — M. le professeur Lemierre commencera son cours le lundi 7 novembre 1927, à 18 h., amphithéâtre Vulpian. Microbes pathogènes. Application des méthodes bactériologiques au diagnostic, à la prophylaxie et au traitement des infections humaines.

Leçons d'embryologie. — M. Champy, agrégé, commencera une série de leçons le lundi 7 novembre 1927, à 18 h., amphithéâtre Cruveilhier.

Pathologie médicale. — M. le professeur Sicard commencera son cours le lundi 7 novembre 1927, à 18 h., au petit amphithéâtre (infections et intoxications neurotiques).

M. Chabrol, agrégé, commencera ses leçons le 8 novembre, à 18 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique (pathologie gastro-intestinale).

Hygiène et Clinique de la première enfance. — M. le professeur Marfan commencera son cours à l'hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, le mardi 15 novembre, à 9 h. 45.

Cours de physiologie. — M. le professeur Roger commencera son cours le jeudi 17 novembre 1927, à 17 h., au petit amphithéâtre.

M. Ch. Richet, agrégé, commencera une conférence complémentaire dans le même amphithéâtre, le mardi 22 novembre, à 17 h.

Clinique médicale. — M. le professeur Achard commencera ses leçons le samedi 12 novembre 1927, à 10 h. du matin, à l'hôpital Beaujon.

Hôpital Beaujon. (Laboratoire du docteur Aubourg.) — Démonstrations pratiques de rœntgenthérapie. — Le lundi 7 novembre 1927 et les jours suivants, à 10 h. 30, MM. Aubourg, électroradiologiste des hôpitaux, chef de laboratoire de l'hôpital Beaujon, et Joly, électroradiologiste des hôpitaux, chef adjoint du laboratoire de l'hôpital Beaujon, feront une conférence suivie d'applications pratiques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Améliorations des relations avec la Corse. — La compagnie Fraissinet, dont les paquebots assurent les relations du Continent avec la Corse, réalise, par étapes, un vaste programme d'améliorations de sa flotte, afin de mettre en concordance, aussi rapidement qu'il est possible, ses services maritimes, avec la nouvelle et récente convention maritime.

Depuis le 15 août, la vitesse du « Général Bonaparte » a été portée à 15 nœuds de jour, à 14 nœuds de nuit; un effort parallèle a été demandé au « Liamone ». De ce fait, les traversées de Marseille et de Nice à Bastia se trouvent être réduites respectivement à 14 heures au lieu de 16, et à 8 h. 15 au lieu de 9 h. 30. D'autres gains de même ordre seront prochainement réalisées dans la durée de la traversée du « Corte II » entre Nice et Ajaccio.

Par son climat exceptionnel et ses charmes variés, l'Ile de Beauté réalise ce paradoxe d'être en toute saison la terre d'élection du tourisme. Elle ne pourra l'être désormais que davantage, puisque les nouveaux horaires de la Compagnie Fraissinet la rapprochent du Continent.

Il est rappelé que les circuits d'autocars P.-L.-M. en Corse, dont le succès s'est encore considérablement développé, cette année, continueront à fonctionner jusqu'au 30 novembre sans interruption.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr 50 — 6 mois : 25 fr — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 28 octobre. — Questions données : « Néphrite scarlatineuse. — Les symptômes de la sténose du pylore. Description et diagnostic. »

MM. Petit, 23; Vétillard, 10; Mlle Falguière, 21; MM. Leroy, 16; Allard, 19; Hepp, 21; Guyot, 28; Dany, 23; Royer de Véricourt, 22; Faux, 24.

— PRIX FILLIOUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Baldenweck, Grivot, Halphen, Léri, qui acceptent; Cadenat, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— Un concours pour la nomination à dix places, au maximum, d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux sera ouvert le jeudi 15 décembre 1927 à 16 h. 30 à l'Administration centrale (3, avenue Victoria).

MM. les docteurs en médecine, désireux de concourir, devront se faire inscrire à l'Administration centrale (3, avenue Victoria), bureau du Service de santé, tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de 14 à 17 h., du lundi 21 au mercredi 30 novembre 1927 inclusivement.

PRIX NOBEL. — Le prix Nobel de physiologie et de médecine pour 1926 est décerné à M. Johannes Fibiger, professeur à l'Université de Copenhague.

Le même prix pour 1927 est décerné à M. Wagner von Jauregg, professeur à l'Université de Vienne.

VIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX CIVILS. — Au début d'octobre, s'est tenu à Paris le VIIIe Congrès de l'Association syndicale des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France, fondée en 1919 par M. Reynès.

Il a été rendu compte de la marche de l'Association et de nouvelles adhesions.

En ce qui concerne la représentation du corps médical dans les commissions administratives, le président rappelle la circulaire du ministre de l'Hygiène J.-L. Breton aux préfets le 20 avril 1920. Elle exprime le désir d'associer le corps médical tout au fonctionnement des établissements d'assistance, et de faire figurer dans la commission administrative un médecin qui pourrait être proposé au choix du préfet par les Associations professionnelles locales. Il n'y a pas d'incompatibilité entre la fonction d'administrateur et celle de médecin ou chirurgien des hôpitaux.

Les assurances du corps médical des hôpitaux contre accidents et maladies en service sont en voie de réalisation. Les Unions et Fédérations hospitalières, d'une part, étudient un mode d'assurances interhospitalières. D'autre part, M. le ministre Durafour a déposé un projet de loi, rapporté à la Chambre par M. le docteur Fié le 19 novembre 1926. Ce projet en quatre articles, auxquels Paul Boudin a collaboré, a été voté à la Chambre. Cette loi étendrait la législation sur les accidents du travail aux hôpitaux, hospices, asiles ou autres établissements d'assistance et de bienfaisance publics ou privés au profit des médecins, chirurgiens, aliénistes, radiologistes, chefs de clinique ou de laboratoire, assistants, internes, externes, pharmaciens, etc. Les maladies professionnelles sont comprises dans cette future loi, qui vise aussi les droits des ascendants et familles.

La fameuse question des abus de l'hospitalisation des accidents du travail et du « tout compris » est en voie de solution favorable. A la rentrée des Chambres, ou au début de 1928, le texte de la loi de 1898 et 1906 sera présenté avec les modifications définitives : « Le chef d'entreprise sera tenu des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques qui ne seraient pas expressément compris dans les frais d'hospitalisation, ces frais étant réglés conformément au tarif visé dans un paragraphe de l'article.

Les abus de l'hospitalisation des payants et droits communs couverts par des assurances, et soignés gratuitement ont donné lieu à une discussion. A l'unanimité, le Congrès a voté une résolution dont chaque centre hospitalier doit assurer la réalisation dans toute la France :

« Considérant que les hôpitaux sont faits pour les indigents qui, seuls, ont droit à être soignés pour de modestes indemnités, parfois même gratuitement (Bordeaux);

Que si, d'après l'article 28 du règlement modèle des hôpitaux, certaines catégories de payants peuvent être hospitalisées dans certains cas, ces personnes ne doivent pas bénéficier des avantages uniquement réservés aux indigents;

Que ces gratuités injustifiées ou trop largement tolérées par les commissions administratives constituent et entretiennent des abus d'hospitalisation au détriment des malades indigents des administrations, et du corps médical tout entier;

Le Congrès décide que des accords doivent être conclus entre chaque commission administrative et le corps médico-chirurgical des hôpitaux pour arrêter les modalités de paiement des honoraires des médecins et chirurgiens, dus par les hospitalisés payants, selon les termes de la note de l'article 28 du règlement modèle.

Ces honoraires seraient fixés conformément aux réglementations des syndicats nationaux ou locaux.

Le Conseil engage vivement tous les groupements des médecins et chirurgiens des hôpitaux à adopter la forme syndicale qui, basée sur la loi donne plus de force et d'autorité.

L'Association professionnelle des médecins, chirurgiens, et spécialistes des hôpitaux prend désormais le titre d'Association syndicale. »

Assurances sociales. — Tous les groupements médicaux ont protesté contre le texte de la future loi des assurances sociales qui ouvrirait les hôpitaux aux assurés et constituerait une aggravation des abus d'hospitalisation compromettant l'exercice médical, et nuisant à toutes les maisons de santé privées.

Le § 2 de l'article 6 prévoit les frais d'hospitalisation (hôtellerie); mais il est muet en ce qui concerne la responsabilité des caisses à l'égard des frais médicaux, chirurgicaux, et pharmaceutiques.

A l'unanimité le Congrès décide que les médecins et chirurgiens des hôpitaux doivent être prêts à résister à tous abus de la nouvelle loi. Regrettant que notre distingué confrère Dron n'ait pas pensé à une meilleure rédaction de l'article, le Congrès décide de s'unir au Syndicat des chirurgiens français, et au Syndicat des médecins propriétaires de Maisons de santé, pour faire à la Chambre une démarche en vue de modifier le § 2 de l'article 6, déjà voté au Sénat, en y ajoutant cet alinéa :

« La caisse sera également tenue des frais médicaux, chirurgicaux, et pharmaceutiques réglés conformément aux termes des conventions prévues au § 4 de l'article 4 de la présente loi ».

Conformément à ces résolutions, le président de l'Association, a eu un entretien avec M. Renon, secrétaire du Syndicat des chirurgiens français.

D'autre part, au Congrès national d'assistance publique et privée qui va se tenir à Nancy, ce mois-ci, l'Association délègue son conseiller Paul Boudin qui, après un vote unanime développera un projet d'établissement d'une Commission des assurances sociales composée des représentants de tous les groupements intéressés : médicaux, ouvriers, mutualistes, administrateurs et autres, chargés d'étudier les répercussions de la future loi dans les hôpitaux, tant actuellement que pour l'avenir, ainsi que la manière de provoquer des ententes locales entre les divers intéressés.

Toutes ces résolutions, en vue d'une entente cordiale et féconde, seront communiquées à l'Union, à la Fédération, aux Syndicats des chirurgiens français, des spécialistes, etc.

En finale, le Congrès remercie M. le doyen Roger, et vote, à l'unanimité, le renouvellement de son Conseil : M. Reynès (de Marseille), président; MM. Le Nouene (du Havre), et Guyot (de Bordeaux), vice-présidents; J. L. Rocher (de Bordeaux), secrétaire général; Patel (de Lyon), trésorier; Paul Boudin (de Paris), conseiller médico-juridique.

LIVRES NOUVEAUX

En marge de la chirurgie (1), par M. le professeur J.-L. Faure.

M. Jean-Louis Faure a bien voulu m'envoyer le premier volume renfermant les Eloges prononcés par lui à la Société de chirurgie et les Notices nécrologiques qu'il a consacrées, dans la *Presse médicale*, à ses maîtres, à ses collègues et à ses amis. Tous ces Eloges, nous avons eu la bonne fortune de les entendre. La voix chaude, les accents généreux de J.-L. Faure leur donnaient un particulier attrait. J'ai éprouvé le même plaisir à les relire. La forme en est parfaite, le fond en est solide et largement documenté. Par surcroît, sur cinq éloges prononcés, trois concernent Peyrot, Pozzi, Lannelongue, compatriotes ou presque de J.-L. Faure. Et c'est pour lui une occasion qu'il ne laisse pas échapper de décrire avec enthousiasme son cher pays en nous promenant des vertes vallées du Périgord où naquirent Peyrot et Pozzi, jusqu'à Castera Verduzan qui donna le jour à Lannelongue. Chemin faisant, il nous fait faire quelques crochets sur les bords du Lot que domine la haute silhouette de Mercuès. J.-L. Faure excelle à ces exquises descriptions; ce grand voyageur ne peut s'empêcher parfois de les étendre un peu en dehors de son sujet lorsqu'il accompagne Lannelongue en Asie ou qu'il conduit Pozzi en Espagne, sur les bords de ce lac d'Albuféra aux chasses merveilleuses.

... J'ai quelques scrupules à m'être laissé, moi aussi, entraîner bien loin des sujets graves ou pleins d'émotion traités par J.-L. Faure, et je voudrais pouvoir le suivre à travers les pages magnifiques qu'il consacre aux grands chirurgiens de notre époque.

Mais ne serait-ce pas m'exposer à trahir sa pensée? Lisez ses discours, relisez ses notices bibliographiques que vous avez déjà lues dans la *Presse médicale* et qui sont de purs chefs-d'œuvre, relisez les paroles qu'il a prononcées sur la tombe de Jalaguier ou de Depage, à la mémoire de Farabeuf, de Poncet et Jaboulay, ou de Jonnesco, et vous trouverez comme moi que J.-L. Faure mérite pleinement cet éloge que je trouve dans un journal brésilien (2) : « J.-L. Faure pense bien, il parle bien, il opère bien, il est une de ces figures qui synthétisent une époque de progrès et de travail... »

F. L. S.

(1) Paris, *Les Arts et le Livre*, 1927.
(2) Professeur Americo Valerio (de Rio-de-Janeiro), *Brasil med.*, sept. 1927.

XIXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Paris, octobre 1927 (1).

II. PHYSIO-PATHOLOGIE DES ŒDÈMES

PREMIER RAPPORT

Etude du rôle de quelques ions et des variations de leur répartition dans la pathogénie des œdèmes.

Par MM. Aubel et Mauriac (de Bordeaux).

L'étape est franchement dépassée, qui ne cherchait d'explication aux œdèmes que dans les troubles fonctionnels des reins, du cœur, des vaisseaux ou des nerfs.

C'est tout le problème du métabolisme de l'eau qui est mis en cause dans la physio-pathologie des œdèmes.

Que donnent les analyses des humeurs et des tissus chez les individus œdématiés? — D'une façon générale on peut dire que l'eau est toujours augmentée dans les tissus ou les humeurs des œdémateux. Le sodium est le plus souvent augmenté et aussi le chlore, mais dans de moindres proportions; le potassium est souvent diminué.

Encore ces résultats dépendent-ils de l'endroit où sont faits les prélèvements des tissus à analyser, et pour les muscles, en particulier, ces conclusions ne valent que pour les régions fortement œdématiées.

Donc, sans forcer les chiffres, on peut affirmer qu'il existe des variations importantes dans la répartition des ions minéraux aussi bien dans le sang que dans le muscle dans certains cas d'œdèmes cliniques ou expérimentaux.

Ces troubles de l'équilibre minéral ne peuvent s'inscrire en une forme simple et définitive, applicable à toutes les régions de l'organisme. Et déjà, on peut présumer que des facteurs locaux interviennent et que la cardiopathie ou la néphrite ne peuvent suffire à expliquer à elles seules la production de l'œdème.

Quel rôle jouent les différents éléments minéraux dans la pathogénie des œdèmes? — Dans ce complexe qu'est NaCl, il existe deux éléments, le chlore et le sodium. Ces deux éléments jouent-ils également dans la rétention d'eau? Ou bien un seul d'entre eux intervient-il? Et lequel?

Ce sont les chlorures, a-t-on affirmé pendant longtemps. Puis les recherches de Blum, de Magnus Lévy montrèrent toute l'importance du sodium. Et cette nouvelle conception trouve sa confirmation dans les deux propositions suivantes que de nombreuses expériences permettent d'avancer :

1° Tous les sels de sodium produisent de l'œdème;

2° Par contre, tous les chlorures ne provoquent pas d'œdèmes. Le KCl, $CaCl^2$, en particulier, non seulement n'amène pas de rétention d'eau, mais, au contraire, favorise souvent la diurèse.

Mais si les rapporteurs croient à l'importance du sodium dans la genèse des œdèmes, ils ne croient pas qu'il soit le seul à jouer sa partie. En fait, *c'est tout l'équilibre minéral qui est troublé.*

Les expériences de Aubel, Mauriac, Boutiron, Nau, les recherches histologiques d'Auriat prouvent, en outre, que la cellule, la fibre musculaire, en particulier, voit son pouvoir d'imbibition fortement modifié au cours des œdèmes. Or, cette hydrophilie tissulaire coïncide justement avec un trouble profond de la composition minérale du tissu.

Lœb a mis en évidence le rôle joué dans l'imbibition par l'acidité et aussi par la tonicité du liquide ambiant. Mayer et Schœffer ont montré que le pouvoir d'imbibition d'un tissu variait dans le même sens que l'index lipocyte.

Aubel, Mauriac et Boutiron ont vu, en plongeant du muscle normal dans du liquide d'œdème, que ces modifications de l'imbibition tissulaire s'accompagnent toujours d'un trouble de la composition minérale. Quand l'eau est attirée, c'est toujours par les mêmes actions.

Par quel mécanisme ce trouble minéral complexe peut-il agir pour réaliser la rétention d'eau dans le muscle immergé?

Les parois cellulaires vivantes (comme les parois inertes polarisés), présentent vis-à-vis des ions une perméabilité sélectives qui provoque un déséquilibre électrostatique et des regroupements chimiques secondaires.

Les troubles fonctionnels viscéraux (rénaux, cardio-vasculaires, nerveux) ne font que créer les conditions physico-chimiques, humorales et tissulaires nécessaires pour la rétention d'eau.

Le dépôt d'eau qui est dans le péritoine et les espaces lacunaires est dû pour une part aux perturbations apportées par certains électrolytes dans la perméabilité des membranes.

Le gonflement du muscle est dû à une rupture des équilibres cellulaires commandée par l'apport d'un cathion tel que le sodium en excès et aboutissant à une augmentation du pouvoir d'imbibition des tissus. Aussi le rôle joué par les ions minéraux dans ces rupture d'équilibre est capital.

DEUXIÈME RAPPORT.

Rôle des propriétés physico-chimique des protéines dans la pathogénie des œdèmes.

Par M. Paul Gonaerts (de Bruxelles).

La notion plus précise de pression osmotique des protéines tend à se substituer à celle de l'imbibition.

I. L'imbibition des protéines et la pathogénie des œdèmes. — Le rapporteur présente d'abord l'exposé critique des différentes théories qui font jouer un rôle à l'imbibition des protéines :

a. *Modifications de l'imbibition sous l'action des acides et des bases* (H. Fischer).

b. *Modifications de l'imbibition des tissus par suite de leur envahissement par des protéines sanguines* (Eppinger).

c. *Modifications liées au coefficient lipocytique* (A. Mayer et Schæffer).

d. *Modifications sous l'influence d'hormones* (thyroïde, hypophyse, insuline, foie, intestin).

e. *Influence des substances altérant la tension superficielle.*

f. *Influence des diurétiques.*

g. *Causes locales.*

II. La pression osmotique des protéines et la pathogénie des œdèmes. — a. *La pression osmotique des protéines en physiologie.* — Starling a établi, en 1896, l'existence de la pression osmotique des protéines. Si du plasma est placé dans un osmomètre plongé dans l'eau physiologique et fermé par une membrane qui retient les protéines, mais laisse passer l'eau et les sels, ce plasma attire le liquide extérieur. Cette attraction due aux protéines plasmatiques équivaut à environ 30 millimètres de Hg ou 40 centimètres d'eau.

Krogh a montré que les capillaires possèdent d'une façon générale une paroi dont la perméabilité est analogue à celle de la membrane de Starling; dès lors on doit admettre que la pression osmotique est active au niveau des capillaires. Là où existe une pression sanguine supérieure à la pression osmotique des protéines, le sang subit une sorte d'ultrafiltration et perd du liquide. Au contraire, aux endroits où la pression hydrostatique est faible (capillaires préveineux), l'attraction exercée par les protéines attire dans le sang les liquides interstitiels.

S'il en est ainsi, on peut reconnaître à la pression osmotique

Association de la Presse médicale française.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, p. 1361 1374 et 1393.

des protéines un rôle biologique important : elle intervient dans la régulation des échanges de liquide entre le sang et les tissus, dans le maintien de la masse sanguine et dans la filtration glomérulaire.

b. *Signification physique de la pression osmotique des protéines.* — Les travaux de J. Lœb ont montré que la pression osmotique des protéines, dans les conditions ordinaires de mesure, ne correspond pas au nombre des molécules de protéines dans le liquide étudié; elle dépend avant tout de la distribution inégale des ions cristalloïdes des deux côtés de la membrane, en d'autres termes, de l'équilibre de Donnan. Ce fait permet de prévoir que la pression osmotique est influencée par :

La concentration des protéines;
La nature des protéines et leurs proportions réciproques;
La teneur du milieu en ions H;
La quantité et la nature des sels dissous dans le plasma.

c. *La pression osmotique et l'œdème de stase expérimental.* — Il est impossible, chez l'homme, de mesurer la pression dans les capillaires artériels; on ne peut dire par conséquent s'il existe des œdèmes par excès de filtration. Au contraire, la pression dans les capillaires préveineux a pu être directement mesurée par Miss Carrier et Rehberg : elle est un peu supérieure à la pression veineuse et largement influencée par la pesanteur, toujours élevée par conséquent au niveau des membres inférieurs. Lorsqu'à ce niveau le tonus musculaire est diminué ou les valvules veineuses insuffisantes, la pression dans les capillaires préveineux devient supérieure à la pression osmotique des protéines. Là où normalement existe une absorption de liquide interstitiel se trouvent ainsi réalisées les conditions d'une filtration et un œdème de stase tend à se produire. Ce phénomène sera beaucoup plus accentué si la pression osmotique des protéines est faible. Ainsi, même lorsque les capillaires sont normaux, deux circonstances pourront provoquer mécaniquement l'apparition d'un œdème : l'augmentation de la pression veineuse et la diminution de la pression osmotique des protéines.

d. *La pression osmotique des protéines dans les cas pathologiques.* — Epstein, en 1917, attribuait l'œdème des néphroses à la diminution de la pression osmotique des protéines.

Depuis 1923, P. Govaerts a étudié la pression osmotique des protéines dans les cas pathologiques. Chez les sujets normaux, cette pression atteint 35 à 40 centimètres d'eau. Ces valeurs ne sont guère modifiées chez les malades atteints d'affections diverses (à l'exclusion des œdémateux et des hypertendus). Chez les patients qui présentent des œdèmes de cause locale, on trouve généralement une pression osmotique des protéines normale. Exception faite de ces cas, les malades œdématiés ont en général une pression osmotique des protéines inférieure à 30 centimètres d'eau. L'étendue de l'infiltration est proportionnelle à la diminution de la pression osmotique des protéines : celle-ci peut descendre à 12 centimètres dans les néphrites parenchymateuses. Cet abaissement résulte de deux facteurs : la pauvreté du sang en protéines et le fait qu'à concentration égale, les protéines sanguines d'un œdémateux donnent une pression osmotique inférieure à celle des protéines d'un sang normal. Le phénomène inverse est ébauché chez les hypertendus, mais on ne peut affirmer qu'il existe une relation de cause à effet entre la pression osmotique élevée et l'hypertension.

Ces résultats permettent de reconnaître, parmi les facteurs déterminant la formation des œdèmes cardiaques cachectiques et néphrétiques, une condition mécanique commune : l'excès de la pression capillaire sur la pression osmotique des protéines. Selon les cas, ce déséquilibre est engendré soit par l'élévation de la pression veineuse, soit par l'abaissement primitif de la pression osmotique des protéines. Ce dernier phénomène, si marqué dans les néphrites parenchymateuses, ne résulte pas simplement d'une dilution du sang : il provient aussi d'une modification qualitative des protéines. P. Govaerts a reconnu en effet que l'abaissement de la pression osmotique par gramme de protéines a pour cause essentielle un bouleversement des proportions normales d'albumines et de globulines.

Ainsi, connaissant pour un sérum donné la teneur en protéines totales (Kjeldahl) et le quotient albumines-globulines (méthode de Howe), il est possible de calculer la pression osmotique avec une approximation inférieure à 10 p. 100. Ceci démontre que les autres facteurs dont l'intervention est vraisemblable (*p*H, concentration saline) n'exercent qu'une influence faible sur la pression osmotique. La cause essentielle de l'abaissement de cette pression est la diminution de la sérumalbumine dans le plasma, phénomène particulièrement accentué dans les néphrites parenchymateuses.

D'où provient cette modification de la composition du plasma? Elle s'observe particulièrement chez les néphrétiques et dans les cardiopathies valvulaires. Lorsqu'il existe une albuminurie abondante, on est en droit de penser que le sang s'appauvrit de la sérine qui se perd par l'urine. En l'absence d'albuminurie, il est permis de supposer que la diminution de l'albumine a pour cause un trouble du métabolisme de cette protéine (excès de destruction ou insuffisance de formation), sans rapport nécessaire avec un trouble primitif du fonctionnement rénal. Ces altérations du sang fournissent l'explication de certains œdèmes qui ne sont liés ni à des troubles rénaux ni à un déficit circulatoire et qui peuvent être améliorés par une thérapeutique augmentant l'albuminose sanguine.

III. Classification des œdèmes. — Les œdèmes peuvent être rangés en deux groupes fondamentaux :

1° L'INFILTRATION RÉSULTE D'UNE MODIFICATION PRIMITIVE DE LA PERMÉABILITÉ DES ENDOTHÉLIUMS. — Ce groupe comprend :

a. Les œdèmes inflammatoires;
b. Les œdèmes toxiques;
c. Les œdèmes angioneurotiques ou vaso-moteurs.

Leur caractère commun est de renfermer une quantité importante de protéines, dont l'abondance et la nature mesurent le degré d'altération des capillaires. Plus celle-ci sera prononcée, plus grande sera la perméabilité pour les protéines à grosse molécule : on trouvera successivement dans l'exsudat les albumines, les globulines et enfin le fibrinogène dont le poids moléculaire est le plus élevé.

Ces œdèmes, dont la cause primitive est l'altération des capillaires, peuvent être exagérés par des conditions mécaniques (stase circulatoire, diminution de la pression osmotique des protéines).

2° L'INFILTRATION A POUR CAUSE ESSENTIELLE DES CONDITIONS MÉCANIQUES QUI FAVORISENT LA FILTRATION OU ENTRAVENT LA RÉSORPTION A TRAVERS UN ENDOTHÉLIUM NORMAL OU PEU MODIFIÉ. — On doit ranger dans cette catégorie :

L'œdème mécanique de stase;
L'œdème cardiaque;
L'œdème néphrétique;
L'œdème cachectique;
L'œdème de famine.

Leur caractère commun est de renfermer une faible quantité de protéines.

Les conditions de l'œdème de stase sont réalisées par l'exagération de la pression veineuse; le même facteur explique l'œdème cardiaque, mais il s'y ajoute souvent une diminution de la pression osmotique des protéines. Cette dernière anomalie domine la pathogénie de l'œdème néphrétique; elle résulte de la diminution de l'albumine sérique. La même condition s'observe dans beaucoup d'œdèmes cachectiques et aussi dans l'œdème de famine où l'on observe une hypoalbuminose sanguine prononcée.

Cette classification est présentée comme un schéma provisoire. Son but est de montrer que l'étude des facteurs mécaniques, bien définis et mesurables avec précision, a apporté dans l'étude de la pathogénie des œdèmes une incontestable clarté.

TROISIÈME RAPPORT

Les œdèmes brightiques.

Par MM. Pasteur Vallery-Radot et Paul Nicaud.

Jusqu'au début de ce siècle, les hypothèses les plus contradictoires ont été formulées pour expliquer les hydropisies des néphrites. C'est seulement à cette époque que fut émise une conception rationnelle, fondée sur l'expérimentation clinique : les œdèmes brightiques sont liés à la rétention du NaCl.

L'œdème n'est qu'une augmentation considérable du liquide interstitiel qui normalement occupe les espaces intercellulaires décrits par Achard sous le nom de *système lacunaire*.

Le premier stade d'hydratation, qui n'est appréciable que par des pesées successives, a été dénommé par Widal *pré-œdème* et par Achard *œdème histologique*. C'est un stade intermédiaire entre le liquide interstitiel normal et l'œdème constitué.

I. Le rôle de la rétention de NaCl dans les œdèmes brightiques. — En 1901, Achard et Loeper étudient le *mécanisme régulateur de la composition du sang*. Le sang possède la propriété de maintenir invariable son état physico-chimique. Il chasse des vaisseaux toutes les substances étrangères à sa composition normale ou celles qui sont en excès. Si le rein a une perméabilité diminuée, il ne peut ramener l'équilibre de la composition du sang d'une façon instantanée; le sang a alors recours à la circulation interstitielle destinée ainsi à suppléer à une action rénale immédiate. Achard émet l'opinion que ce sont les substances retenues dans la circulation interstitielle, NaCl ou autres, qui y attirent l'eau nécessaire au rétablissement de l'équilibre osmotique.

C'est en 1903 que Widal, Lemierre et Javal démontrèrent que par la seule ingestion de NaCl en dehors de toute autre cause et en dehors de l'absorption de toute autre substance, on peut à volonté, pour ainsi dire expérimentalement, faire réapparaître les œdèmes chez certains brightiques. Faisant varier alternativement chez le même sujet l'alimentation chlorurée et l'alimentation déchlorurée, ces auteurs ont constaté qu'aux périodes de chloruration correspondait une augmentation de poids et une apparition d'œdèmes, aux périodes de déchloruration une baisse de poids et une fonte des œdèmes.

Ces constatations eurent une application pratique immédiate : la cure de déchloruration.

On a supposé que c'était par la nécessité de l'équilibre osmotique des cristalloïdes dans les humeurs, suivant la conception physiologique énoncée par Winter, que s'expliquerait la rétention de l'eau par le NaCl retenu. On n'admet plus aujourd'hui que la rétention de l'eau soit uniquement explicable par l'équilibre osmotique des cristalloïdes.

Variations physiologiques et pathologiques de la chloruration et de l'hydratation. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. — Widal et Javal ont montré que si l'on soumet un sujet normal à un régime déchloruré puis à un régime chloruré, l'organisme retient une certaine quantité de NaCl et d'eau correspondante, et cette rétention s'opère suivant un rythme en échelons.

Pasteur Vallery-Radot a montré qu'entre la rétention hydrochlorurée physiologique et la rétention hydrochlorurée aboutissant aux œdèmes, on peut observer tous les intermédiaires. Déchloruré puis chloruré, le brightique procède par échelons successifs et progressifs pour atteindre ou essayer d'atteindre son équilibre chloruré. On peut distinguer, d'après Pasteur Vallery-Radot, chez les sujets atteints de néphrite, quatre types d'élimination chlorurée :

1° *Un type normal, en échelons de trois ou quatre jours*;
2° *Un type d'élimination en échelons prolongés*;
3° *Un type d'élimination avec ébauche d'échelons*;
4° *Un type d'élimination sans échelons.* — Ce type représente le type le plus élevé de la rétention chlorurée. Il ne s'observe guère qu'aux phases ultimes du mal de Bright.

Rétention chlorurée sèche. Rôle des ions Na et Cl. — Si, dans la majorité des cas, il existe un parallélisme entre la rétention de NaCl et la rétention d'eau, on observe cependant des cas où la rétention de NaCl est *sèche* (Ambard et Beaujard).

Dans cette rétention chlorurée sèche, il y aurait une augmentation de chlore dans le sang et une diminution de sodium d'après Blum. Le chlore serait combiné avec les protéines tissulaires (Ambard, Blum et N. Fusé).

Dans la rétention hydrochlorurée, il y aurait, au contraire, pour Blum, un excès de Na sur Cl. Blum, par des constatations faites dans quelques cas de néphrites hydropigène, par des observations de malades atteints d'œdèmes bicarbonatés sodiques et par des expérimentations avec Cl combiné à K ou à Ca, s'est efforcé de montrer que l'action hydratante dans les œdèmes brightiques serait due à Na.

Origine rénale de la rétention chlorurée sodique. Disscciation de la perméabilité du rein au NaCl et à l'urée. — D'après Widal, l'existence de néphrites avec imperméabilité élective soit à NaCl, soit à l'urée, donne la preuve de l'intervention rénale.

Lorsque Ambard émit sa conception des substances sans seuil (urée), il donna ainsi une interprétation physiologique de la dissociation de la perméabilité rénale (Widal, Ambard et A. Weil).

La constatation chez le sujet normal, d'une rétention de NaCl se faisant non au hasard mais suivant un rythme en échelons, toujours le même, semble bien démontrer l'intervention rénale. Or, chez le brightique la rétention de NaCl n'est que l'exagération de ce phénomène normal. Le rein serait donc bien l'agent de la rétention chlorurée sodique.

Si l'on ne trouve pas d'une façon constante une élévation de NaCl dans le sang des brightiques œdémateux, c'est que NaCl, en excès dans le sang au début de la formation des œdèmes, doit passer rapidement dans les espaces interstitiels ou que l'hydrémie empêche de constater l'hyperchlorurémie.

II. Facteurs extrarénaux des œdèmes brightiques. — 1° Théorie interstitielle. — Achard pense qu'il s'agit, dans la pathogénie des œdèmes brightiques, de *troubles de la nutrition des tissus avec rétention des substances nocives qui attirent secondairement le sel et l'eau dans les espaces interstitiels*.

2° Théorie vasculaire. — Certains auteurs ont voulu faire jouer un rôle aux altérations des parois vasculaires qui faciliteraient l'extravasation d'un liquide moins riche en colloïdes que le plasma sanguin. Ils ont incriminé soit des *lésions toxiques des capillaires sanguins*, soit une *modification dans l'architecture des endothéliums*, soit une *action vasomotrice*, soit une *perméabilité des capillaires augmentée pour l'albumine*.

III. Troubles de l'équilibre acido-basique. — Fischer montre que la quantité d'eau que peut fixer un colloïde est variable avec la réaction du milieu. Dans l'eau pure, la gélatine et la fibrine absorbent une quantité d'eau qui provoque leur gonflement. Si on ajoute à l'eau un peu d'acide, le gonflement devient considérable, variant suivant l'acide ajouté et suivant sa quantité.

Le protoplasme cellulaire peut être comparé à une masse colloïdale à demi solide à laquelle on donne le nom de *gel*. Le gonflement de ce gel se fait par assimilation de la solution à la substance même du gel. Cette propriété d'absorption d'une solution est appelée par Fischer *hydrophilie*. L'assimilation

de la solution par la masse colloïdale constitue l'*hydrosyntasie*. Ce phénomène est réalisable dans l'eau, mais est très favorisé dans l'eau additionnée d'acide ou de base. Les processus infectieux ou toxiques qui adultèrent le parenchyme rénal auraient pour conséquence l'accumulation d'acides dans le rein même, d'où s'ensuivraient l'hydrophilie et l'hydrosyntasie rénales. L'accumulation d'acides se ferait non seulement dans le rein, mais aussi dans tout l'organisme; ainsi se constitueraient l'hydrophilie et l'hydrosyntasie des tissus dont la conséquence serait l'œdème.

IV. **Coefficient lipocytique.** — Les lipoïdes semblent jouer un rôle important dans les phénomènes d'imbibition. Le pouvoir d'imbibition d'un tissu serait en relation avec sa teneur en lipoïdes et serait d'autant plus élevé que le rapport $\frac{\text{cholestérine}}{\text{acide gras}}$ est plus grand.

Achard, Ribot et Leblanc ont constaté que chez les néphritiques œdémateux le rapport $\frac{\text{cholestérine}}{\text{acide gras}}$ dans le sang est supérieur à celui des sujets normaux.

V. **Pression osmotique des protéines.** — Starling a montré expérimentalement que les protéines ont une force d'attraction sur les molécules cristalloïdiques qu'il a désignée sous le nom de *pression osmotique des protéines* (Cf. analyse du rapport de Govaerts).

La théorie de Starling, les travaux de Donnan et ceux de Govaerts s'accorderaient avec les conceptions de Widal et son école sur le rôle hydropigène de la rétention saline : l'étude de la pression osmotique des protéines, et de l'équilibre de Donnan, en particulier, montre bien toute l'importance des sels. On peut donc se demander s'il ne faut pas chercher dans les modifications de la pression osmotique des protéines l'explication de l'action hydropigène de la rétention chlorurée sodique.

S'il existe une diminution de la pression osmotique des protéines quand la concentration saline du milieu augmente, on conçoit l'action exercée par le chlorure de sodium retenu en excès dans le sang. La diminution de la pression osmotique, sous l'influence de cette rétention de chlorure de sodium, permettrait l'exsudation de l'eau dans les espaces interstitiels et la formation des œdèmes. La rétention chlorurée sodique serait ainsi le facteur indirect du passage des liquides dans les tissus, son premier effet étant de provoquer une baisse plus ou moins importante de la pression osmotique des protéines dans le sang. Le chlorure de sodium n'agirait pas en se localisant dans les espaces interstitiels pour y fixer de l'eau, il agirait en diminuant la pression osmotique des protéines du sérum.

*
* *

Après la discussion critique des théories précédentes, les rapporteurs concluent :

L'hydratation des tissus est vraisemblablement un phénomène des plus complexes qui ne peut s'expliquer que par l'association d'éléments multiples. Les diverses théories émises en ces dernières années ont eu le tort de considérer isolément chacun des facteurs d'hydratation. Des perturbations continuelles d'équilibre sont les conditions mêmes des échanges dans l'organisme. La vie est un état dynamique perpétuel.

Le seul fait incontestable, qui reste à la base de la pathogénie des œdèmes brightiques, c'est la rétention du chlorure de sodium démontrée par Widal.

Comment cette rétention dans l'organisme aboutit-elle à l'hydratation? On est forcément tenté de trouver, dans chaque observation physico-chimique nouvelle, une explication. La plus rationnelle, à l'heure actuelle, paraît être celle de l'intervention de la pression osmotique des protéines; mais, avant de la considérer comme définitive, il faut attendre l'étude de nouveaux faits.

DISCUSSION DES RAPPORTS SUR LES ŒDÈMES

La discussion des rapports sur les œdèmes a opposé deux théories : la théorie essentiellement rénale, la théorie extrarénale.

M. Chabanier (de Paris) estime que l'œdème brightique peut être expliqué par un appauvrissement du plasma en sérumalbumine, d'où résulte un abaissement de la tension osmotique des protéines. L'œdème, une fois constitué, rompt l'équilibre entre Cl du sang et Cl des tissus. Le trouble fonctionnel rénal n'est que secondaire.

De son côté, M. E. Feuillié (de Paris) pense que, le plus souvent, il y a indépendance des œdèmes et des lésions rénales : il s'agirait d'ordinaire d'œdèmes leucopathiques et histopathiques.

Pour M. Blum (de Strasbourg), l'œdème est conditionné par une rétention de Na et de Cl, avec toutefois prédominance de Na. Des facteurs périphériques peuvent intervenir, mais le rein n'en conserve pas moins un rôle primordial.

M. M. Labbé (de Paris) insiste sur la complexité des mécanismes. Il n'y a pas une pathogénie de l'œdème, mais des pathogénies des œdèmes.

Quoi qu'il en soit de ces discussions sur l'origine de l'œdème, la plupart des auteurs soulignent l'importance de facteurs périphériques pour la localisation de l'épanchement : facteur de perméabilité vasculaire [Daniel (de Bucarest)], rôle de l'appareil vaso-moteur [Schulmann et Marek (de Paris)], facteur nerveux (Léri), perturbation circulatoire locale (Lian, Puech et Vian).

M. Widal. « Depuis 1903, j'ai soutenu la théorie rénale de la rétention des chlorures chez les brightiques œdémateux. J'ai montré avec M. Javal qu'il y avait chez ces malades dissociation de la perméabilité rénale à l'urée et au chlorure de sodium. Neuf ans plus tard nous avons pensé avec Ambard et Weill que l'étude du seuil du chlorure de sodium apportait un appui à cette opinion. M. Chabanier pense que le seuil n'agit que secondairement sur la rétention du chlorure de sodium, qu'il y a bien, en d'autres termes, un facteur rénal, mais qu'il n'agit que secondairement, qu'il n'est pas le *primum movens*; mais ceci n'est qu'une interprétation.

La théorie rénale de la rétention chlorurée a pour elle un autre argument basé sur l'augmentation du chlorure de sodium dans le sang, c'est-à-dire sur des chiffres fournis par le dosage d'un corps défini. M. Chabanier a rapporté un cas et MM. Achard et Feuillé ont rapporté deux cas, sans donner de statistiques, où le chlorure de sodium était diminué dans le sang.

Dans 4 cas sur 4 avec MM. Ambard et André Weill, nous avons constaté une augmentation constante du chlorure de sodium dans le sang par des examens répétés. De cette augmentation du chlorure de sodium dans le sang, on trouve encore la preuve dans un tableau qu'a donné récemment M. Chabanier sur la teneur comparative en chlore et en sodium du sérum des brightiques œdémateux. Il a trouvé dans le sang 6 fois sur 8 un chiffre de chlore plus élevé que celui du sérum normal, une fois le chiffre était normal et une fois seulement le chiffre était inférieur à la normale.

Il peut toujours y avoir un manque exceptionnel dans un pourcentage d'analyses humorales. Ainsi M. Chabanier a montré récemment dans un tableau auquel nous venons de faire allusion que le chlore prédomine dans le liquide d'œdème; 7 fois sur 8 cette prédominance était très nette; dans un cas néanmoins le chlore prédominait dans le sang; avec raison, ce manque n'a pas empêché sa conclusion.

Le chlorure de sodium est donc le plus souvent en quantité plus grande dans le sang des œdémateux qu'à l'état normal. Si la perméabilité rénale n'est pas atteinte chez ces malades, en d'autres termes si le rein est ouvert, comment expliquer que l'élimination urinaire du chlorure soit presque suspen-

due? Si la concentration des chlorures dans le sang est augmentée, comme elle l'est en effet presque toujours et si la fonction d'élimination n'est pas atteinte, il est impossible de comprendre pourquoi les chlorures ne passent pas dans l'urine.

La néphrite œdémateuse pure se présente dans sa simplicité comme un fait expérimental créé par la nature. Elle est caractérisée par un seul syndrome, l'œdème; elle a un substratum anatomique, la lésion rénale; de toutes les substances qui doivent être éliminées, une seule est retenue, le chlorure de sodium alors que l'urée passe librement; c'est bien le chlorure de sodium qui est l'agent provocateur de l'œdème, car l'on peut à volonté de façon expérimentale, suivant la chloruration ou la déchloruration du régime, faire apparaître ou disparaître cet œdème : tels sont les éléments du problème posés par la clinique, par l'anatomie pathologique et par l'expérimentation sur l'homme. Or, on sait qu'à l'état normal le rein est le grand émonctoire de l'organisme, c'est lui qui a la charge d'opérer parmi les matériaux innombrables que le sang lui apporte le grand triage nécessaire au maintien de la vie. De toutes ses fonctions, celle qu'il exerce sur l'élimination du chlorure de sodium est parmi les plus importantes. C'est lui qui règle la sortie de l'excès du chlorure de sodium sans cesse absorbé, c'est lui qui règle encore le maintien d'une certaine quantité de ce sel indispensable qui joue un rôle si considérable dans l'équilibre humoral de l'organisme comme l'a montré M. Achard. Lorsqu'on voit au cours d'une néphrite l'œdème apparaître du fait de la rétention du chlorure de sodium, comment refuser au rein toute action dans la formation des œdèmes et comment ne pas penser que c'est lui qui joue le rôle principal; telles sont les raisons tirées de l'observation anatomo-clinique et expérimentale, tirées également de l'observation sur l'homme qui m'ont fait soutenir l'origine rénale du syndrome hydropigène.

Toutefois, si la rétention chlorurée est bien un acte rénal primitif, il reste à étudier par quel mécanisme intime se fait secondairement, au sein des tissus, l'accumulation d'eau salée qui constitue l'œdème.

Au début des recherches sur la rétention hydro-chlorurée, la théorie de Winter, sur l'équilibre osmotique des humeurs, semblait pouvoir expliquer comment le chlorure de sodium, en excès dans le sang, arrivait ensuite dans les espaces interstitiels en y attirant son eau de dilution. Le mécanisme de l'œdème nous paraît aujourd'hui infiniment plus complexe; les lois de Winter, qui jouent peut-être leur rôle, ne régissent que des échanges entre cristalloïdes, elles ne tiennent pas compte du fait que le plasma sanguin renferme également des protéines dyalisables, dont la présence crée des conditions absolument spéciales aux échanges moléculaires, qui s'effectuent au travers des membranes filtrantes. C'est le mécanisme de la fixation de l'eau salée dans les tissus, acte secondaire pour nous à la rétention rénale que MM. Aubel et Mauriac, d'une part, et M. Govaerts, de l'autre, se sont efforcés d'élucider dans leurs remarquables rapports. Pour MM. Aubel et Mauriac, l'œdème résulterait du déséquilibre minéral produit par certains électrolytes dans la polarisation des membranes filtrantes. Pour M. Govaerts, le phénomène serait différent, il serait d'ordre protéique et résulterait de l'abaissement de la tension osmotique des protéines sanguines, dont Starling a démontré l'importance dans le mécanisme de la formation des liquides interstitiels. Il semble bien difficile, à l'heure actuelle de prendre parti pour l'une ou pour l'autre de ces deux théories; chacune possède à son actif une série d'arguments, d'ordre expérimental ou physiologique du plus haut intérêt. La théorie de M. Govaerts est cependant séduisante, précisément parce qu'elle s'appuie sur une donnée physiologique bien établie par les expériences de Starling; elle a, d'autre part, pour elle l'existence de phénomènes sanguins qu'il est possible aux médecins de rechercher et de mesurer chez l'homme. L'abaissement de la tension osmotique des protéines, l'abaissement du rapport $\frac{\text{albumines}}{\text{globulines}}$ constituent, en effet, un véritable syndrome humoral dont M. Govaerts a eu le mérite de montrer l'existence chez les œdémateux; c'est là un des faits les plus importants qui aient été signalés en ces derniers temps dans l'étude des œdèmes; sa recherche chez les œdémateux s'impose désormais; elle a d'ailleurs été affectée par M. Govaerts chez un grand nombre de sujets atteints d'œdème d'origines différentes. Ces travaux ont déjà montré que ce syndrome humoral n'est pas l'apanage des néphrites œdémateuses; M. Govaerts l'a constaté, en particulier, chez les sujets atteints de lésions orificielles décompensées. C'est là un fait qui prête à réflexion. Il paraît impossible, en effet, de nier le rôle mécanique de la défaillance cardiaque chez les asystoliques et d'expliquer l'œdème de ces malades par une altération primitive de leurs albumines sanguines. Dans ces conditions, on est conduit à se demander si le syndrome humoral de M. Govaerts est bien la cause de l'œdème ou s'il se développe seulement parallèlement ou consécutivement à lui. S'il est vraiment une cause d'œdème, en est-ce la seule cause ou d'autres facteurs y ajoutent-ils leurs effets? Ce sont là des questions auxquelles il est bien difficile de donner, dès maintenant, une réponse catégorique et qui appellent de nouvelles études. Des recherches rigoureuses chez le même sujet pendant l'existence des œdèmes, au moment de leur disparition et, si c'est possible, après leur disparition pourront peut-être fournir une solution. C'est tout un programme d'étude qu'appelle la théorie de M. Govaerts et c'est là ce qui contribue encore à son intérêt.

Dans un autre ordre d'idées, un autre fait des plus importants dans l'histoire des œdèmes est celui que nous devons à M. Blum qui a fait voir la prédominance du sodium sur le chlore dans la formation des infiltrations. M. Blum vient de nous montrer que si le sodium a la prédominance, la présence du chlore est néanmoins nécessaire pour déterminer l'hydratation. C'est donc en pratique, le sel dans sa totalité que nous devons continuer d'envisager chez les brightiques comme facteur d'œdème.

MM. Aubel et Mauriac ont rapporté des faits intéressants sur l'hydratation des muscles et par là même sur l'imbibition tissulaire, au cours des œdèmes; ils ont constaté une diminution du potassium dans les muscles infiltrés et ils en ont conclu que le déséquilibre minéral qui peut accompagner les œdèmes, est plus généralisé qu'on ne le pense.

MM. Pasteur Vallery-Radot et Nicaud ont fait un exposé remarquable des différentes théories qui ont été émises sur la physiologie pathologique des œdèmes brightiques. Ceux qui, dans l'avenir, auront à s'occuper y trouveront avec une bibliographie complète les documents qui leur permettront de voir où en était l'état de la question à notre époque. M. Pasteur Vallery-Radot a soutenu la théorie rénale de la rétention des chlorures dans la néphrite œdémateuse et a montré l'intérêt que présente le rythme de la rétention en échelons dont il a donné les règles.

Les Rapports que nous venons d'entendre marquent donc incontestablement une étape dans l'étude des œdèmes. Ils montrent la voie à suivre, car c'est bien aux méthodes de la physico-chimie qu'il faut s'adresser pour tenter d'élucider le mécanisme intime de la formation des œdèmes. Cette étude n'en est encore qu'à son début; on ne peut espérer résoudre du premier coup les problèmes de la physico-chimie humorale et tissulaire, problèmes si complexes que les lois de la physico-chimie expérimentale ne s'y appliquent peut-être pas sans corrections. Il faut s'attendre à découvrir d'abord des fragments de vérité, fragments incomplets, parfois contradictoires en apparence, que le temps se chargera peut-être de relier les uns aux autres pour nous fournir une explication définitive de l'origine des œdèmes. Mais, en tous cas, ces recherches devront toujours tenir compte des données de la clinique qui constituent des faits scientifiques qu'on n'a pas le

droit de négliger; en particulier, elles ne sauraient, pour les raisons que j'ai indiquées, faire abstraction du rôle originel dévolu dans le développement des œdèmes brightiques à la rétention rénale du chlorure de sodium. »

M. KOPACZEWSKI pense néanmoins que de sérieuses réserves doivent être faites, du point de vue physico-chimique pur, sur la loi de Donnan et la pression osmotique des protéines.

A côté de cette discussion de fond, d'intéressantes communications furent faites par M. LE CALVÉ sur le traitement de certains épanchements et œdèmes par une méthode de désensibilisation anticlasique; par le docteur BOHNMIL PRUSIK (de Prague) sur l'action diurétique des extraits du lobe postérieur d'hypophyse; par M. A. DUMAS (de Oyon) sur les œdèmes d'origine hépatique; par M. le professeur PERRIN et Mlle LACOURT (de Nancy) sur l'œdème terminal des phtisiques; par M. M. WEBER et SYLLADA (de Prague) sur l'élimination d'eau par le poumon et par la peau dans les états œdémateux; par le docteur A. LEROY (de Paris) sur le rôle des électrons dans la genèse des œdèmes.

(*A suivre.*) MAURICE BARIÉTY.

XXXVIe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 3-8 octobre 1927 (1).

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE DRAINAGE DANS LA CHIRURGIE ABDOMINALE

M. HARTMANN (de Paris) estime que le drainage abdominal ne peut être rayé de la thérapeutique chirurgicale.

On doit l'employer dans les cas où, après une opération, il persiste dans la cavité péritonéale, soit des surfaces cruentées donnant un suintement sanguin, soit des parties infectées non susceptibles d'être résorbées.

Au contraire, on doit s'abstenir dans les cas où se trouvent dans le péritoine des exsudats séro-fibrineux, même dans ceux où il existe du séro-pus en petite quantité.

Lorsqu'il y a suppuration secondaire, celle-ci est limitée à la paroi, le tissu cellulaire ne possédant pas le pouvoir de défense du péritoine; le drainage n'est pas à conseiller.

Par contre, il faut drainer la cavité abdominale lorsque sur le péritoine ilique ou sur le cæcum existent des points noirâtres ou verdâtres d'apparence gangréneuse; dans les autres cas, on se contente de drainer la paroi pendant quarante-huit heures.

Dans les lésions péritonitiques suppurées, diffusées, d'origine appendiculaire ou consécutives à la perforation d'un ulcus gastrique ou duodénal, il est de bonne pratique d'insinuer un gros drain jusqu'au fond du Douglas, soit par l'angle inférieur de l'incision iliaque, soit par une boutonnière sus-pubienne. Le malade sera placé en position assise.

Dans les opérations sur les voies biliaires, d'une manière constante, dans un grand nombre de résections gastriques, ayant nécessité des décollements ou s'étant compliquées de l'extravacation du contenu gastro-intestinal, il faut drainer.

Après les résections coliques, le drainage est également indiqué.

L'auteur utilise un tube de caoutchouc n° 50 et pratique, à chaque pansement, l'aspiration des liquides à l'aide d'une sonde de Nélaton et d'une seringue.

D'une façon générale, l'auteur cherche toujours à isoler la cavité drainée du reste de la cavité péritonéale, soit en la limitant par quelques points de suture, comme après l'hémicolectomie droite, soit en ramenant l'épiploon au-devant de la masse intestinale.

Le Mickulicz a perdu bon nombre de ses indications depuis que l'on sait péritoniser les surfaces cruentées.

M. TÉMOIN (de Bourges) ne croit pas que le drain qu'on a l'habitude de plonger dans un ventre contenant du pus, soit capable mécaniquement d'éliminer ce pus. « On ne draine pas un ventre ». Cela est si vrai que le liquide septique n'apparaît dans le pansement que le deuxième ou troisième jour après l'opération. Un peu d'attention montrera, du reste, que ce dernier provient du tissu cellulaire sous-péritonéal ou péritonéal et non de la profondeur. On n'a fait que « drainer la paroi ».

Le péritoine est capable quand il n'est que partiellement altéré de résorber le pus et les liquides septiques. C'est ce qui se passe dans la plupart des cas et notamment quant à l'ouverture du ventre, le péritoine sous-ombilical est seul suppuré.

Quand le pus a gagné l'étage supérieur, quelles que soient les méthodes employées, quelle que soit l'ingéniosité du drainage, le pronostic est fatal.

Dans toute intervention abdominale pour lésions suppurées l'essentiel est l'ablation de l'organe responsable, appendice, trompe.

En matière d'appendicite, l'auteur persiste à affirmer que l'enfouissement du moignon est inutile et que l'écrasement suffit.

Le Mickulicz a le tort d'agir comme corps étranger. Il est, en principe, à éviter, surtout dans l'appendicite.

Dans les cas de péritonite tuberculeuse, après laparotomie largement conduite : insolation et fermeture complète sans drainage.

M. TIXIER (de Lyon), après vingt-cinq ans de pratique chirurgicale, constate que les opinions sur la nécessité du drainage ont singulièrement évolué. Le drainage a d'abord régné en maître, puis est tombé dans un oubli presque absolu.

Il formule les conclusions suivantes : le Mickulicz a permis de sauver beaucoup d'opérés en chirurgie gynécologique à une époque où la technique abdominale était mal établie et respectait peu les propriétés physiologiques du péritoine.

A l'heure actuelle, toutes les fois où l'on peut opérer suivant les règles de la minutie et de l'asepsie établies par Terrier, il est permis de se dispenser de drainer. Dans les cas où les circonstances opératoires mettent les malades dans des conditions défavorables, il faut savoir utiliser le Mickulicz qui constitue un excellent drainage. Il faut reconnaître que ces cas sont devenus exceptionnels.

M. DAMBRIN (de Toulouse) étudie les applications du Mickulicz en chirurgie abdominale et en gynécologie.

Depuis juillet 1923 il a utilisé ce genre de drainage 42 fois au cours d'intervention portant sur l'utérus et ses annexes. Il a eu 40 guérisons et 2 morts.

L'auteur place habituellement un drain de caoutchouc au contact du sac de gaze. Après ablation du Mickulicz, il dispose dans le trajet une série de petits drains et fait de l'irrigation continue au liquide de Dakin suivant la technique de Carrel.

Jamais il n'a observé chez ses opérés aucun des méfaits que l'on reproche au Mickulicz, ni infection secondaire, ni fistule, ni éventration.

Il rappelle les indications de cette méthode qui a fait baisser considérablement la mortalité opératoire.

Il n'applique pas cette méthode systématiquement à toutes les hystérectomies pour cancer du col. Il la juge inutile quand l'opération a été facile, l'hémostase complète, la péritonisation soignée.

Il la réserve aux grosses pyosalpingites avec ruptures de poches purulentes, aux volumineux fibromes adhérents ou

---

Association de la Presse médicale française.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 82, p. 1345, et n° 84, p. 1382.

inclus dans le ligament large et dont l'hémostase laisse à désirer et qu'on ne peut pas péritoniser correctement.

Enfin le Mickulicz lui paraît particulièrement indiqué dans les cas de ruptures de grossesses extra-utérines avec hématocèle suppurée.

M. Guyot (de Bordeaux) rapporte les résultats de sa pratique en chirurgie abdominale gynécologique. Il partage l'opinion des rapporteurs et ne draine que dans les cas graves : pyosalpinx, Wertheim hystérectomies laborieuses. Dans les cas moyens, le drainage vaginal par un drain entouré de mèches lui paraît excellent, cette technique permettant l'isolement du petit bassin par la péritonisation au moyen du côlon pelvien.

Depuis deux ans, sur 300 opérations abdominales, il a fermé sans drainage dans 170 cas. Il a drainé par un tube vaginal ou abdominal 96 fois. Il a recouru au Mickulicz 34 fois. Cette dernière technique d'exception mérite d'être conservée.

M. F. Papin (de Bordeaux) indique qu'après les opérations pour perforation d'ulcus, il existe presque toujours dans le Douglas, un épanchement beaucoup plus considérable qu'on ne pourrait croire.

En chirurgie pelvienne, le Mickulicz, dont on retrouve la description dans Ambroise Paré, sous le nom de Tente, peut être une ressource infiniment précieuse à condition de le réserver strictement à certains cas graves.

Envisageant les échecs ou les accidents après Mickulicz il signale l'insuffisance des Mickulicz faits avec des compresses grasses, et certains accidents de rétention septique dans le pelvis avec phlébites consécutives.

Dans le tamponnement à la Mickulicz, il faut distinguer deux rôles différents, un rôle de cloisonnement protecteur et un rôle de drainage. Ces deux fonctions peuvent se gêner réciproquement dans une certaine mesure; aussi, dans quelques cas graves où l'on veut assurer chacun de ces deux rôles au maximum, il peut y avoir avantage à réaliser par deux dispositifs différents d'une part le barrage protecteur, d'autre part le drainage sous-jacent.

M. Billet (de Lille) partage pleinement l'opinion d'Ombrédanne dans toutes les suppurations abdominales quelle qu'en soit l'origine, il referme systématiquement la paroi complètement.

Il ne l'a pas fait au début sans une certaine appréhension. Mais devant les excellents résultats obtenus ses hésitations ont vite disparu. Il est persuadé que dans un avenir plus ou moins lointain bien des chirurgiens feront de même.

M. Peugniez (de Paris). La sagesse est dans un juste milieu. Il n'y a pas de formule absolue en matière de drainage. Cela dépend des cas, de la résistance du sujet, de l'étendue des lésions péritonéales.

Si l'on peut souhaiter la disparition du drainage, l'heure n'est pas venue de le supprimer complètement. La découverte de certains vaccins ou sérum permettra peut-être d'y renoncer. Nous n'en sommes pas encore là.

M. Albert Reverdin (de Genève) rappelle qu'il a dans sa thèse sur le drainage de la péritonite généralisée, proposé à l'instigation de Roux (de Lausanne), un drainage « par plastron ».

Ce drainage capillaire, en contact avec la plus grande partie des anses intestinales, a donné des résultats très intéressants, mais il a, bien entendu, les mêmes inconvénients et les mêmes avantages que tous les drainages capillaires. D'une part, de retenir des parcelles infectées en dehors de son action et, d'autre part, de ne plus drainer après quelques jours. Il crée une barrière d'adhérences très étendue et cloisonne l'abdomen eu permettant au péritoine une défense effective et rapide.

Reverdin a abandonné depuis dix ans cette manière de procéder, car il a trouvé dans le Dakin, employé selon la méthode de Carrel, un moyen beaucoup plus efficace d'asepsie dans les séreuses, et plus spécialement au péritoine, les indications de son emploi.

S'il juge qu'une péritonite localisée doit être drainée, il place, dans la région infectée, un tube de caoutchouc de petit calibre entouré d'une épaisseur de gaze; celle-ci après avoir, dans les premières heures, créé l'hémostase, provoquera autour d'elle des adhérences qui formeront rapidement une cavité close que le Dakin aseptisera. Dans les péritonites généralisées, diffuses, sans adhérences, il injecte, après avoir supprimé la cause première de l'infection, une assez grande quantité de Dakin chaud, dans la cavité close que représente le péritoine; puis de deux heures en deux heures, il injecte de petites quantités de Dakin par des tubes dirigés vers le péritoine supérieur de façon à irriguer ainsi la séreuse de haut en bas. Un tube sus-pubien plongeant dans le fond du Douglas permet de temps en temps l'évacuation du liquide ou des débris accumulés.

Cette façon de procéder en neutralisant les produits aseptiques intra-abdominaux, ne diminue pas la défense propre du péritoine.

Il s'agit là d'une méthode qui ne s'inspire d'aucun des autres moyens de drainage habituellement employés.

M. Bérard (de Lyon). Dans les cas d'appendicite suppurée, l'auteur enlève toujours l'appendice et draine.

Il se souvient avoir été appelé bien souvent en consultation à la suite d'appendicectomies pratiquées dans ces conditions, mais à la suite desquelles, faute de drainage, s'était développé un phlegmon gangréneux de la paroi.

Dans les cas où le Mickulicz lui paraît indiqué, l'auteur l'emploie sans y apporter aucune modification. Il condamne l'adjonction de vaseline et de collophane au sac et aux mèches. Si l'on a parfois observé quelques complications lors de l'ablation du Mickulicz, la raison doit en être cherchée dans le fait d'une ablation prématurée. Le Mickulicz doit rester dix jours en place.

Le drainage, en notre siècle de progrès, est peut-être humiliant, mais c'est une mesure salutaire.

M. Lardennois (de Reims) estime qu'il faut résister à la tendance de certains chirurgiens qui veulent restreindre de plus en plus les indications du drainage.

Ce qui prime, c'est la sécurité. Le « tuto » doit prévaloir sur le « cito » et le jucundo ».

Il est convaincu que les suites opératoires sont plus bénignes après le drainage, et partage l'enthousiasme de J.-L. Faure pour le Mickulicz.

Il a du reste légèrement modifié le procédé du Mickulicz. Ce procédé a deux caractéristiques : le sac, le fil de traction. L'auteur supprime le sac qu'il remplace par une anse de gaze. Au sommet de l'anse qui sera la partie profonde, il fixe le cordonnet d'amarrage. Entre les deux moitiés de l'anse, dans l'angle dièdre que forment les deux lames écartées, il introduit une seconde, une troisième, une quatrième anse imbriquées et enserrées les unes dans les autres et toutes munies à leur partie distale d'un fil de soie. Dans un second temps, les tampons sont disposés à droite, à gauche, en haut et en bas pour établir des barrières d'adhérences. Il s'agit donc d'un tamponnement en entonnoir renversé.

Grâce aux cordonnets de soie, il est facile de dérouler les mèches et de les ramener à la surface.

M. Costantini (d'Alger) péritonise et draine par le vagin. Utilise parfois le Mickulicz.

Les reproches adressés au Mickulicz, c'est-à-dire l'éventration, la déformation de la cicatrice et la production des fistules stercorales ne sont pas imputables dans tous les cas à la méthode.

L'emploi des fils de bronze permet d'éviter l'éventration et l'ombilication de la suture. Quant aux fistules stercorales,

elles sont fonction des lésions intestinales plutôt que de l'emploi du Mickulicz.

M. Auvray (de Paris), longtemps hostile au drainage à la Mickulicz, s'est enfin laissé convaincre par J.-L. Faure et a utilisé, à son tour, la méthode très largement.

Il n'a eu qu'à s'en louer aussi bien en chirurgie abdominale qu'en chirurgie gynécologique. Le Mickulicz est à conseiller, en particulier, dans les cas de rupture de grossesses tubaires.

M. Lapeyre (de Tours) expose un procédé de drainage par le vagin qui constitue une modification ingénieuse du Mickulicz classique.

M. Hardoin (de Rennes) est partisan du drainage mixte à la fois abdominal et vaginal.

Il draine toujours dans l'appendicite aiguë par crainte des abcès secondaires.

M. Arnaud (de Saint-Etienne). Le drainage est parfois une nécessité, mais une nécessité regrettable.

D'une façon générale, on draine trop. Le mieux est d'opérer avec minutie, de péritoniser avec soin. Dans ces conditions, le drainage, quelle que soit sa modalité, devient inutile dans la plupart des cas.

M. Chalier (de Lyon) est partisan, en chirurgie des voies biliaires, de restreindre les indications du drainage.

Dans l'appendicite aiguë, les grands drainages s'appliquent seulement aux péritonites appendiculaires et surtout aux péritonites diffuses. L'auteur est, dans ces cas, peu partisan du Mickulicz et lui préfère l'isolement du cæcum par deux ou trois mèches de gaze disposées en pieuvre, un long drain est laissé dans le Douglas. Le tout tient peu de place à la sortie de la plaie et permet une suture en un plan presque total sur laquelle l'auteur compte beaucoup pour favoriser le drainage du péritoine en y rétablissant une pression positive et pour préserver de l'infection le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans les opérations gynécologiques, franchement septiques l'auteur termine l'hystérectomie par un drainage vaginal au moyen d'une mèche qui, suivant les commodités opératoires et l'état du pelvis est disposée sous une péritonisation basse ou, au contraire, est étalée dans le Douglas, séparée du grand péritoine par une péritonisation haute inter-sigmo-viscérale.

Toutefois, depuis deux ans M. Chalier tout en ne lui reconnaissant que des indications exceptionnelles, a utilisé assez fréquemment le Mickulicz à la suite d'hystérectomies pour cancers ou infections pelviennes et dans quelques cas de salpingites d'extirpation difficile.

M. Mariau (de Nice) évoque la mémoire de Lucien Picqué et rappelle que, par de très larges incisions et un grand drainage à la gorge, il obtenait des résultats excellents dans les cas les plus graves. Il ajoute à ce propos que le refoulement de l'intestin bien maintenu par ce bourrage, permettait d'éviter l'éventration, la large brèche pariétale se comblant peu à peu par granulation. Ce qui fait l'éventration ce n'est pas l'absence de suture d'une paroi, mais l'adhérence de l'intestin aux lèvres de la plaie. Si on peut l'éviter, on évite du même coup l'éventration.

Tout en reconnaissant que son maître allait trop loin en matière de drainage, l'auteur lui reste reconnaissant de lui avoir enseigné la prudence en matière de fermeture du ventre après appendicectomie.

M. Termier (de Grenoble) croit qu'il faut schématiser en deux grandes classes les indications du drainage.

Dans un premier cas, il s'agit d'évacuer une collection purulente préexistante, qu'elle soit localisée ou généralisée au grand péritoine.

Dans un second cas, le drainage est institué à titre préventif.

Si le pus préexiste à l'opération, l'auteur utilise un gros tube sus-pubien allant jusqu'au Douglas, ou bien si la collection est localisée, péri-appendiculaire, tubaire ou vésiculaire, il place un drain localement, ou une mèche.

Quand il s'agit d'un drainage préventif, il importe encore de distinguer :

Dans l'appendicite à chaud, l'auteur ne draine que si l'appendice est friable ou s'il n'a pas la certitude de l'avoir enlevé dans sa totalité. Il draine encore lorsqu'il y a ouverture du gros intestin ou qu'il reste des plaques sphacéliques sur l'épiploon ou ailleurs.

En chirurgie hépatique, l'auteur opère en deux temps : extériorisation de la vésicule sous anesthésie locale, ouverture de la vésicule le lendemain seulement, ce qui permet le drainage parfait de la glande hépatique, et dans un deuxième temps opérations complémentaires sur les voies biliaires.

Ces opérations complémentaires sont souvent inutiles. C'est ainsi que l'auteur a assisté à l'évacuation spontanée de calculs profondément enchassés dans le cholédoque.

Dans la chirurgie du gros intestin il faut toujours drainer, soit svec un Mickulicz, soit avec une mèche placée au voisinage de la suture intestinale.

En gynécologie, le drainage est nécessaire dans tous les cas de cancer, mais il est superflu dans les opérations courantes, sauf s'il y a éclatement d'une poche purulente et surtout impossibilité de péritoniser. Presque toujours un drainage vaginal suffira.

L'auteur est convaincu que le Mickulicz rend de grands services dans la chirurgie du cancer utérin, après le Wertheim en particulier.

M. Pauchet (de Paris) ne considère que trois cas :

I. Le Mickulicz dans les appendicites septiques.

L'appendice est gangréné. Il faut le supprimer. Il y a du séro-pus dans le ventre, notamment dans le Douglas. Il faut l'assécher.

On introduit alors dans le Douglas, en se servant de deux valves vaginales, un sac de Mickulicz, sans frotter l'intestin, puis des mèches et un drain. Le tamponnement est laissé en place de dix à douze jours.

II. Rupture de la vésicule biliaire enflammée.

Incision paracostale droite. Si la vésicule ne se présente pas, inutile de la chercher. Seul le tamponnement sous-hépatique suffit. Il se fait avec un sac Mickulicz bourré de lames de gaze et d'un tube pour en faciliter le décollement. Contre-ouverture sus-pubienne pour introduire un second drainage de gaze dans le Douglas où s'accumule la bile septique. Quelques mois plus tard, opération secondaire pour guérir l'éventration sous-hépatique et explorer les voies biliaires s'il y a lieu.

III. Cancer recto-sigmoïde adhérent et étendu.

Par voie abdominale, enlever la sigmoïde et le plus possible du rectum. Couper, fermer ou ne pas fermer le rectum. Une seule ligature sur la fin de la mésentérique inférieure. Tamponnement du bassin à la Mickulicz. Placer deux lames de caoutchouc sur les uretères s'ils ne sont pas recouverts et péritonisés. Placer l'anus terminal en sectionnant le côlon descendant à gauche.

M. Peraire (de Paris) a appris le drainage abdominal chez son maître Terrier qui, avant d'être l'apôtre de la péritonisation, drainait presque tous ses opérés, surtout après des interventions longues, purulentes et sanguinolentes par rupture d'adhérences.

C'est à J.-L. Faure qu'il doit l'enseignement du Mickulicz. Le résultat obtenu a toujours été parfait, surtout dans les cas désespérés. Après ablation du sac, autour du huitième jour, il fait l'aspiration des liquides et le lavage à l'eau salée. Ce lavage, il l'applique systématiquement une ou deux fois par jour jusqu'à tarissement des liquides après aspiration.

L'auteur conclut que, en matière de chirurgie abdominale, il convient d'être éclectique. C'est ainsi que les lavages abdominaux à travers un simple drainage caoutchouté, sans

Mickulicz, lui ont donné de tous temps les mêmes bons résultats.

M. Reynès (de Marseille) emploie le drainage de moins en moins. Dans la chirurgie aseptique il ne l'utilise jamais.

Dans les cas d'appendicite gangréneuse à jus ichoreux, grisâtre, il extirpe la plupart du temps l'organe malade, mais sans manœuvres dangereuses. Il lave à l'éther sans excès et referme le péritoine. Parfois il laisse ouverte la brèche pariétale par crainte de sphacèle des tranches musculaires.

Il a refermé des collections suppurées du pancréas, des kystes suppurés du mésentère après éthérisation et nettoyage.

Il y a des cas qu'il faut drainer, d'autres qu'on peut drainer, d'autres qu'on ne doit pas drainer.

M. Jayle (de Paris). Des expériences déjà anciennes ont démontré que tant que le péritoine n'est ni lésé ni irrité, l'introduction de germes même virulents n'est suivie d'aucun effet, tant son pouvoir de résorption est grand.

Ce qu'il importe de drainer c'est le tissu cellulaire pelvien, c'est-à-dire les espaces vides qu'on peut laisser au-dessous de la séreuse péritonéale dans le cas de grand délabrement pelvien.

D'une façon générale la nécessité du drainage est fonction de l'étendue des délabrements importants, mais on peut souvent restreindre ceux-ci ; c'est ainsi que l'auteur a recommandé la simple amputation du col utérin pour des cancers localisés, cas rares, mais non exceptionnels.

L'auteur recommande encore la reconstitution soigneuse de la cavité péritonéale, le cloisonnement du pelvis à la Chaput, l'exclusion du fond de la cavité pelvienne que l'on draine seul.

Ni les drains, ni les mèches ne drainent suffisamment. Il faut utiliser un gros tube de caoutchouc permettant le passage d'une sonde Nélaton par laquelle on fera de l'aspiration une ou deux fois par jour.

L'auteur n'a recours au Mickulicz qu'exceptionnellement.

Dans les cas de suppuration accompagnant le drainage les lavages du trajet avec la sonde de Bozeman sont à recommander.

Il ne faut pas oublier que les éventrations consécutives aux larges drainages sont fort ennuyeuses et l'auteur cite trois cas de mort consécutives à la cure de ces éventrations.

Il relate également un cas de torsion du cæcum à la suite de l'ablation d'un sac. Il reste donc partisan d'un drainage limité qui suffit le plus ordinairement.

Le drainage par voie vaginale est à utiliser toutes les fois que faire se peut en y adjoignant un tube abdominal si on craint un suintement abondant.

M Petit de la Villéon (de Paris) insiste sur une idée qu'il a défendue souvent : le drainage systématique par le Douglas et le vagin dans les suppurations appendiculaires. Cette technique ne dispense pas du drainage par voie haute, mais elle constitue une mesure de sécurité.

Dans la chirurgie abdominale, le Mickulicz est une « bouée de sauvetage ». Il ne faut l'employer que dans les cas graves, quand il y a péril. Dans ces conditions on aura des guérisons inespérées.

En dépit des reproches d'ordre moral, d'ordre chirurgical ou sentimental, l'auteur estime que le Mickulicz a droit à une place d'exception dans la chirurgie contemporaine.

M. le Jemtel (de Cannes) pense que dans la chirurgie du tube digestif, estomac, appendice, gros intestin, le mieux est de fermer toutes les fois qu'on le peut sans drainage.

Pour les perforations de l'estomac ou du grêle, il n'y a pas de règle fixé. Le temps écoulé et la résistance du sujet doivent entrer en ligne de compte. Le péritoine se défend et absorbe volontiers les liquides, une fois la cause responsable suppri-

mée. Mais il vaut mieux souvent laisser ouvert et empêcher ainsi une absorption qui intoxiquerait un organisme déjà defficient.

Dans les cas de péritonites appendiculaires opérées du premier au huitième jours, l'auteur a drainé presque toujours soit par un petit drain, soit par un Mickulicz suivant l'étendue de la péritonite.

Le drainage est encore la méthode de choix dans la chirurgie du gros intestin, même avec une dérivation cæcale.

L'auteur discute ensuite l'opportunité du drainage dans la chirurgie utéro-annexielle. Après une bonne péritonisation, pas de drainage pour les fibromes, ni même les salpingites, à condition que la suppuration ne dépasse pas les limites du petit bassin. Il referme complètement après les grossesses extra-utérines. Par contre, il draine constamment au Mickulicz dans la chirurgie du cancer du col. Depuis 1910 la mortalité est passée dans ces conditions de 25 à 12,5 p. 100.

En résumé, absence de drainage dans la chirurgie haute du tube digestif et souvent dans la chirurgie du grêle; drainage constant dans les péritonites appendiculaires ou autres, et pour la chirurgie des côlons; drainage au Mickulicz dans les cas de cancer du col utérin.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) draine le plus souvent à l'aide de lames de caoutchouc particulièrement souples auxquelles sont soudées des drains ordinaires de petit calibre.

Par l'intermédiaire de ces drains il lui est loisible de faire des lavages continus dans le foyer suppuré. Il présente un exemplaire de ces lames caoutchoutées.

M. de Fourmestraux (de Chartres) étudie les indications du drainage dans les cellulites pelviennes et dans les infections entéro-péritonéales. Il a opéré de 1908 à 1918 27 cancers du col utérin qui lui ont donné une mortalité de 26 p. 100 drainage vaginal après péritonisation haute. Depuis 1918, il emploie de façon systématique le drainage à la Mickulicz par sac de gaze et mèches enlevés tardivement; 83 cancers de l'utérus lui ont donné une mortalité de 8 p. 100 et de 6 p. 100 seulement pour les vingt-cinq derniers cas.

Dans les appendicites aiguës, il draine le moins souvent possible, mais dans les cas douteux, il préfère le drainage par gaze et mèche au drainage par tube.

Sur 860 appendicites opérées à chaud dans les cinq dernières années, tant à l'hôpital de Chartres que dans sa pratique privée, il a eu une mortalité inférieure de 3 p. 100. 126 malades ont été drainés, 75 par Mickulicz, 41 par petit drain dans le Douglas à la façon de Rehn.

Il croit pouvoir attribuer ces résultats heureux à l'emploi du drainage par sac de gaze et à la fistulation rapide du cæcum dans les cas particulièrement graves.

Les grands infectés entéro-péritonéaux meurent d'occlusion et il ne faudra jamais hésiter dans les cas sévères à faire un drainage de l'intestin par anus temporaire.

Il fait remarquer que l'histoire du drainage abdominal en chirurgie ne remonte pas à Chassaignac comme paraissaient le croire les rapporteurs et comme on l'admet généralement, mais aux chirurgiens du XVIIIe siècle, à la vieille académie de chirurgie à Heister, à Dionis et surtout à Marchal, chirurgien de Louis XV. Ce dernier préconise un drainage dans les gastrorraphies par tente de linge, attachée avec un cordonnet et placée à l'angle inférieur de la place abdominale qui ressemble singulièrement au sac de gaze de Dupuytren-Mickulicz et qui est décrit avec précision dans les démonstrations de Dionis, au jardin royal (1735).

(A suivre.) Chastenet de Géry et Dariau.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC DU SYNDROME AZOTÉMIQUE

Le syndrome azotémique est dû à la rétention dans l'organisme de l'urée et des corps évoluant vers l'urée.

I. TYPE DE DESCRIPTION

Le syndrome azotémique du mal de Bright.
C'est le plus *fréquent*.
C'est le gros élément du *pronostic* de cette affection.
C'est le plus souvent lui qui en *termine l'évolution*.
Nous étudierons successivement :
Le syndrome azotémique, pur, isolé.
Puis ses formes cliniques et évolutives.

II. LE SYNDROME AZOTÉMIQUE

Essentiellement polymorphe, il s'extériorise en clinique sous des aspects très variés.

1° **Signes digestifs**. — Attirent souvent les premiers l'attention.

Inappétence.
— Progressive.
— D'abord pour les viandes, les albuminoïdes, puis absolue.
Vomissements.
— Aqueux, grisâtres, « bouillon sale ».
— Répétés. D'abord à l'occasion du repas, puis sans cause.
— Quelquefois très abondants : véritable gastrorrhée.
Diarrhée.
Est fréquente.
C'est une diarrhée spéciale qui retient l'attention : abondante, tenace, rebelle aux médications usuelles.
Hémorragies gastro-intestinales.
Sous forme d'hématémèses, de melæna.
Mises en valeur ces dernières années, elles sont en rapport avec des ulcérations azotémiques du tractus digestif.
Stomatite.
D'aspect et de degré très variable suivant les malades.
Va de la simple langue blanche sèche à la stomatite érythémato-pultacée et même ulcéreuse.
Ces signes digestifs sont **très importants, ouvrent** fréquemment la scène et **dominent** souvent le tableau clinique.

2° **Signes nerveux**. — *Crampes.*
Spontanées, sans causes, survenant au repos.
Fatigue. Asthénie.
Très spéciale, continue, rebelle, que rien n'améliore.
Torpeur, somnolence,
Fréquemment associée aux symptômes précédents.
Délire.
Avec possibilité de confusion, hallucinations, mélancolie, persécution.
Ces signes nerveux, particulièrement les deux derniers, sont tardifs plus ou moins annonciateurs du coma.

3° **Signes oculaires**. — *Le myosis.*
Reste un signe très important, **majeur**, en raison de sa fréquence.
La rétinite.
Est souvent le signe révélateur d'une azotémie jusque-là latente qui amène le malade à consulter.
Elle se traduit dans la règle par de l'amblyopie et de l'amaurose.
L'examen ophtalmoscopique montre des plaques blanchâtres, péripapillaires et maculaires. Cette image se distingue facilement de :
L'œdème papillaire chlorurémique et des hémorragies en flamèches de l'hypertension.
Il est important de noter à son propos qu'il n'y a pas de relation de cause à effet entre la rétinite et l'azotémie, mais qu'en fait c'est l'ALBUMINURIE qui fait la RÉTINITE et l'azotémie le pronostic de cette dernière.

4° **Signes généraux**. — *Le prurit.*
Le prurit rebelle survenant sans cause aux environs de la cinquantaine doit toujours faire penser à l'azotémie.
Les hémorragies.
Epistaxis, stomatorragie, purpura,
Anémie.
Est un symptôme tardif.
En dehors d'hémorragies qui peuvent lui imprimer un caractère de gravité spéciale, reste modérée.
Amaigrissement. Cachexie.
Hypothermie.
Peau sèche ichtyosique.

5° **La péricardite**. — Peut révéler un syndrome azotémique jusque-là latent.
— Est grave et pose une question de thérapeutique d'urgence de l'azotémie car :
Révèle de **fortes azotémies** en général.
Evolue **rapidement**.
Souvent associée à **défaillance** d'un cœur surmené par l'hypertension.
— **Insidieuse**, les signes fonctionnels en sont souvent très frustes.
— Affecte les deux types : sèche et avec épanchement. Diagnostic difficile entre les deux car le frottement survit à l'apparition du liquide.
— Le **frottement** en reste donc le signe capital.
Trois caractères lui sont propres :
Rudesse spéciale.
Intensité très prononcée avec foyer très étendu.
Fréquence du foyer dorsal ; péricardite postérieure.
— La radio doit toujours être pratiquée.
— Malgré la persistance du frottement toujours percuter pour **rechercher le liquide**, choc, apénien au-dessus de la limite inférieure de la matité.
— **Extrême gravité** non de son fait propre, mais parce qu'elle accompagne dans la règle de grosses azotémies croissantes.

6° **Recherche de l'azotémie**. — En présence de chacun de ces signes systématiquement :

A. **Dosage de l'urée sanguine**. — Au dessus de 0,50 il y a rétention azotée.
C'est une manœuvre capitale car elle fixe à la fois le diagnostic et le pronostic :

Lois de Widal :

Azotémies de 0,50-1 gramme : d'alarme, sans pronostic. A suivre.
Azotémies de 1-2 grammes : mort en deux ans.
Azotémies de 2-3 grammes : mort en quelques mois, quelques semaines.
Azotémies au-dessus de 3 grammes : mort imminente.
Ces chiffres schématiques ne gardent toute leur valeur que sous condition de :
1. Être observés au cours d'examens répétés en dehors de poussées aiguës quelquefois observées dans les azotémies chroniques, qui peuvent d'ailleurs dépasser le chiffre limite et rétrocéder dans une certaine proportion tous l'influence du traitement ;
2. Présenter un caractère de progressivité manifeste ;
3. Ne s'accompagne d'aucune défaillance cardiaque ;
4. Elles ne présentent aucune valeur dans les azotémies aiguës.

B. **Constante d'Ambard**. — Capable de déceler une azotémie commençante, elle n'a plus de valeur quand cette dernière dépasse 1 gramme.

C. **Recherche de la concentration maximum de l'urée dans l'urine**. — S'abaisse d'autant plus que l'imperméabilité rénale augmente.

D. **Phénolsulfone phtaléine**.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

LE SAMEDI 26 NOVEMBRE 1927

à 14 h. 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication en un seul lot, et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *Bandages, Pessaires, Bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette Administration pendant l'année 1928. L'importance du marché est évaluée avant adjudication à *100.000 francs* pour l'année.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au samedi 18 novembre 1927.



CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 2 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de l'épididymite tuberculeuse. — Signes, diagnostic et traitement d'urgence du coma diabétique. »

MM. Cuvillier, 19; Weill, 20; Mlle Guéry, 22; MM. Graffin, Pouey et Bergenstein, 20; Gopcevick, 23; Henrion, 20; Andrée, 21; Lepage, 23.

— PRIX FILLIOUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Baldenweck, Grivot, Halphen, Léri, Cadenat.

HOMMAGE AU PROFESSEUR DUBREUILH. — Les élèves et les amis du professeur Dubreuilh, désirant lui témoigner leur reconnaissance et leur affection, ont décidé de lui offrir une médaille commémorative à l'occasion de sa mise à la retraite et de sa nomination au titre de professeur honoraire. L'exécution en a été confiée au sculpteur bordelais M. Leroux.

Adresser les souscriptions au docteur Joulia, trésorier du Comité, 50, rue Fondaudège, à Bordeaux, compte courant de chèque postal n° 315.17, Bordeaux.

Le prix de la souscription a été fixé au minimum à 60 fr. et donne droit à un exemplaire de la médaille en bronze.

MONUMENT A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR GILBERT. — Le Comité qui s'est donné la tâche de faire élever un monument à la mémoire du professeur Gilbert, à l'Hôtel-Dieu, va se réunir prochainement pour examiner la maquette préparée par M. Prudhomme, l'artiste bien connu du monde médical.

Déjà de nombreuses souscriptions ont été recueillies, mais la souscription est encore ouverte. S'adresser à M. le docteur Georges Baillière, trésorier du Comité, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

IVe VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL SUR LA CÔTE D'AZUR. — TOULON, HYÈRES, SAINT-RAPHAËL, CANNES, GRASSE, MENTON, MONTE-CARLO, MONACO, BEAULIEU, NICE, LES ALPES. — Ce voyage organisé, comme les précédents par la Société médicale du Littoral Méditerranéen aura lieu du 30 décembre 1927 au 8 janvier 1928. Les Compagnies de chemins de fer français accordent une réduction de 50 p. 100 sur les tarifs ordinaires. MM. les voyageurs devront arriver à la gare de Toulon dans la matinée du 30 décembre, avant midi. Ceux qui ne pourraient arriver qu'à une heure plus tardive sont priés d'en aviser la Société médicale. Le voyage est réservé aux médecins, mais ceux-ci peuvent être accompagnés de personnes de leur famille. Les étudiants en médecine sont admis.

Les inscriptions sont reçues dès à présent dans les bureaux de l'Office du tourisme français : à Alexandrie, rue Nabi-Daniel, 30; à Amsterdam, Sarphatistraat, 15; à Barcelone, Cortès 603; à Bruxelles, rue Ducale, 65; à Buenos-Aires, Reconquista, 433; au Caire; à la Légation de France; à Copenhague, Raddhuspladsen, 47; à Genève, rue du Mont-Blanc, 3; à Londres, S. W. 1, Haymarket, 56; à Madrid, Calle del Principe, 18-20; à New-York City, Canadian Pacific Building, Madison Avenue, 342; à Paris (VIIIe), rue de Surène, 17; à Rio-de-Janeiro, Avenida Rio Branco, 13 *bis*; à Vienne, Favoritemstrasse, 7, ou chez Mme Juppé Blaise, Federation of the Health Resorts of France, 19A, Tavistock Square, à Londres W. C., 1, et chez M. Asser, Agence Mundus, Groest, 24, à Hilversum, Hollande.

Le nombre des places est limité.

Le voyage sera organisé dans les meilleures conditions de luxe et de confort, sera conduit de telle manière que les voyageurs visiteront, sans fatigue et dans le minimum de temps, les principaux Etablissements médicaux et scientifiques de la Côte d'Azur, en même temps que les sites les plus justement célèbres. Des réceptions sont prévues dans les villes principales. Une excursion en Corse pourra avoir lieu à la fin du voyage si un nombre suffisant de voyageurs en fait la demande.

Pour tous renseignements, écrire au président de la Société médicale, docteur M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, du 11 au 20 octobre 1927, 962 décès, au lieu de 871 pendant la décade précédente (moyenne 1035).

On a signalé 51 cas de fièvre typhoïde (moyenne 32), 54 cas de scarlatine (moyenne 35), 85 cas de diphtérie (moyenne 59).

La mortalité par maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration est en augmentation.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort du docteur Aloyse Adam, né en 1854 à la Vanzenau (Bas-Rhin). Il fut pendant quarante-cinq ans médecin directeur de l'asile Saint-Georges, à Bourg. Le second de ses fils prit sa succession l'année dernière; l'aîné est médecin chef à l'asile de Rouffach (Haut-Rhin). Nous les prions de recevoir l'expression de nos vives condoléances.

COURS DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE. (Professeur : M. F. Rathery.) — I. Cours du professeur. — M. F. Rathery, professeur de pathologie expérimentale et comparée, commencera son cours le mardi 15 novembre 1927, à 18 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Le foie. Le rein. Cancers expérimentaux.

II. Conférences de pathologie comparée. — Pendant les mois de novembre et de décembre, tous les samedis, le cours du professeur sera remplacé par une série de conférences, concernant la pathologie comparée, qui seront faites par MM. V. Robin et L. Panisset, professeurs à l'Ecole d'Alfort.

HÔPITAL BROUSSAIS. — *Enseignement clinique médical.* — M. le docteur H. Dufour fera, tous les vendredis, à 10 h. 1/2, des présentations de malades accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques.

Première conférence le vendredi 18 novembre 1927.

Tous les matins, enseignement des stagiaires.

CHIRURGIE DE L'APPAREIL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — Dix leçons de technique opératoire, par MM. P. Winter, Moatti et Rossert.

Début du cours : lundi 14 novembre 1927.

Lieu d'inscription : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Droit d'inscription : 350 francs.

Les auditeurs répèteront individuellement les opérations.

CORRESPONDANCE

UN VOTE DU SYNDICAT DES CHIRURGIENS FRANÇAIS

M. le professeur Henri Hartmann nous adresse la lettre suivante :

28 octobre 1927.

Mon cher ami,

Le Syndicat des chirurgiens français a voté à la quasi unanimité et sans qu'une main se soit levée à la contre-épreuve la décision suivante :

« Tout partage *clandestin* d'honoraires entre médecin et chirurgien est *profondément immoral.* »

Il a été décidé que cette décision serait envoyée à la Presse, non seulement médicale, mais politique.

Un membre a proposé ensuite une addition : « Etant donné qu'il est admis que le client recevra une note indiquant ouvertement les honoraires respectifs du médecin et du chirurgien, il est spécifié que les honoraires du médecin ne pourront jamais dépasser le quart de ceux du chirurgien.

Cette addition a été rejetée, *toute addition* au vote de la première décision *pouvant jeter le trouble dans les esprits et atténuer la netteté de l'opinion formulée.* »

Bien à vous,

HARTMANN. »

LIVRES NOUVEAUX

Au seuil de la chirurgie (1), par M. le professeur Emile Forgue, membre correspondant de l'Institut.

Lorsqu'on arrive, comme M. le professeur Forgue, au point culminant d'une carrière toute de travail et d'honneur, il est bon de faire profiter les jeunes de son expérience, de leur montrer tous les devoirs, toutes les responsabilités, toutes les joies aussi qui les attendent « au seuil de la chirurgie ».

C'est ce que vient de faire en un livre de très haute tenue le maître respecté de la Faculté de Montpellier. A l'exemple de notre cher et grand Grasset, il a tenu à ajouter à son enseignement technique cet enseignement moral sans lequel l'autre n'est rien. Il l'a fait avec l'élévation de sentiments que nous lui connaissons, et avec cette perfection de forme et de documentation qui donne à tous ses écrits un charme particulier.

En lisant « Empiriques et chirurgiens », ou encore « La médecine et la chirurgie », en méditant les belles pages « sur le rôle moral en chirurgie », « sur la responsabilité du chirurgien » ou cet admirable discours sur l'Euthanasie, on éprouve l'impression trop rare d'une chose parfaite. Ecoutez, enfin, ces « Conseils à un étudiant qui se destine à la chirurgie » :

« ... Il y a un ensemble de règles morales que nos anciens nous ont transmises, comme le fruit de leurs expériences et de leur sagesse qui résument l'essentiel de notre code professionnel et dont l'observation est, envers et contre toute tendance impatiente ou arriviste des jeunes, le vrai moyen de réussir et de durer. D'abord et avant tout ne pas nuire : *primum non nocere*, c'est-à-dire ne pas entreprendre l'opération inutile ou disproportionnée au mal ou irréalisable. *Vérité dans la science et conscience dans l'art* : cette noble devise de la Société de chirurgie doit toujours inspirer notre probité scientifique et la moralité de nos décisions... »

Quelle que soit la forme de son activité, et elle est prodigieuse, M. Forgue n'a qu'un but : être utile. Nous pouvons l'assurer qu'une fois de plus il a complètement réussi.

F. L. S.

(1) In-8. — Prix : 18 fr. — Paris, G. Doin.

XIXe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Paris, octobre 1927 (1).

INDICATIONS MÉDICALES ET VALEUR THÉRAPEUTIQUE COMPARÉE DE LA SPLÉNECTOMIE

PREMIER RAPPORT

La splénectomie dans les processus hémolytiques.

Par MM. N. Fiessinger et P. Brodin (de Paris).

Sous ce titre, les auteurs ont étudié les indications et les résultats de la splénectomie dans les ictères hémolytiques, la maladie de Banti, le purpura hémorragique chronique.

A. **La splénectomie dans les ictères hémolytiques.** — On entend sous le nom d'ictère hémolytique un syndrome anatomo-clinique congénital ou acquis, où l'ictère, uniquement pigmentaire, sans cholalurie, mais avec urobilinurie, s'accompagne d'une grosse rate sans modification primitive de la fonction hépatique. Cet ictère est la conséquence d'une hémolyse sanguine que suit une anémie plus ou moins intense, plus ou moins permanente, avec ou sans réaction médullaire compensatrice. Les stigmates hématiques consistent surtout en une diminution de résistance des globules rouges et une augmentation du nombre des hématies granuleuses.

Ces ictères ne s'accompagnent jamais de décoloration des matières.

Indications. — Depuis que la splénectomie fut préconisée en 1907 par Vaquez et Giroux dans l'ictère hémolytique congénital, elle a été pratiquée dans un très grand nombre de cas tant chez l'enfant que chez l'adulte.

Mais, comme l'a dit très justement le professeur Chauffard, ces sujets sont plus des ictériques que des malades; aussi la splénectomie, qui, malgré les progrès techniques, reste une opération sérieuse, n'est-elle indiquée que dans certaines conditions qui sont : la déglobulisation progressive, la fréquence et l'intensité des crises douloureuses hépatiques, les poussées douloureuses spléniques.

Dans l'ictère hémolytique acquis, la splénectomie donne également de bons résultats, mais elle est moins indiquée et doit être réservée aux cas très graves qui ne réagissent pas à d'autres indications.

Les *résultats cliniques de la splénectomie* sont remarquables et se produisent très rapidement :

L'ictère disparaît en quatre à dix jours, souvent même du jour au lendemain on s'aperçoit de son effacement progressif. Cette disparition de l'ictère est définitive. L'urobilinurie et la cholurie disparaissent de la même façon avec une grande rapidité.

L'état général est rapidement amélioré. Chez les enfants, la croissance subit une poussée, les caractères sexuels se complètent.

L'anémie disparaît rapidement, le nombre des globules rouges augmente très vite, mais leur contenance en hémoglobine ne monte que beaucoup plus lentement; la réparation de l'anémie se produit donc en deux étapes : réparation quantitative d'abord, qualitative ensuite.

Les hématies granuleuses disparaissent du sang circulant en même temps que disparaissent les autres signes de réparation rouge imparfaite : anisocytose, poïkylocytose, polychromatophilie; mais cette disparition ne se fait que lentement et ces altérations se retrouvent esquissées plusieurs mois après l'opération.

La résistance globulaire s'élève progressivement après la splénectomie, mais cependant le plus souvent une certaine fragilité persiste, parfois même la résistance globulaire n'est pas modifiée. Pour expliquer ce phénomène, le professeur Chauffard pense que la splénectomie supprime la destruction globulaire, processus splénique, alors qu'elle n'atteint que secondairement et d'une manière très tardive la fragilité, processus médullaire.

Seul de tous les traitements proposés pour l'ictère hémolytique, la splénectomie donne des résultats complets et définitifs, car la plupart des malades opérés et suivis conservent après plusieurs années une excellente santé. Elle ne paraît présenter aucun inconvénient sérieux et, chez l'enfant en particulier, il n'a pas été constaté de diminution de résistance aux maladies infectieuses.

Pour expliquer cette action de la splénectomie dans l'ictère hémolytique, anatomie pathologique et expérimentation conduisent à admettre que la rate détruit les globules rouges; les rates des ictères hémolytiques présentent en effet comme lésions dominantes une congestion anormale de la pulpe prédominant dans les cordons de Billroth et une macrophagie hématique et pigmentaire. Cette destruction paraît se faire par action macrophagique de la rate, car, après bien des discussions, tout le monde admet actuellement que la rate normale ne sécrète pas d'hémolysine.

B. **La splénectomie dans la maladie de Banti.** — En 1882 puis en 1894, Banti a isolé un syndrome anatomo-clinique caractérisé par une splénomégalie primitive entraînant un syndrome anémique compliquée dans une deuxième étape d'ascite rappelant celle de la cirrhose de Laennec et amenant la mort par insuffisance hépatique.

Indications. — La splénectomie est actuellement l'intervention nécessaire en face d'une splénomégalie sans ictère et sans autre altération sanguine que l'anémie et la leucopénie.

Elle peut être pratiquée aux trois périodes de la maladie. Commandée au début par l'anémie et les hémorragies gastro-intestinales, elle est bénigne à ce moment et donne une survie indéfinie. Plus choquante à la troisième période et de résultat immédiat plus aléatoire, elle est cependant le seul traitement qui, associé à l'opération de Talma, peut améliorer le sort des malades.

Le pronostic opératoire s'est d'ailleurs beaucoup amélioré dans ces dernières années.

Les principaux facteurs de gravité sont : l'intensité de l'anémie à laquelle on peut remédier par une transfusion, les hémorragies gastro-intestinales qui peuvent se produire après l'intervention, l'importance de la cirrhose, les adhérences spléniques. Ces dernières sont difficiles à prévoir : on peut cependant les soupçonner par l'examen radiologique et l'étude de la mobilité splénique et de la déformation de la coupole diaphragmatique.

Les *résultats cliniques* de l'intervention sont non seulement très bons, mais durables :

L'état général se transforme rapidement : les forces augmentent, le poids se relèvent, les retards de développement disparaissent chez l'enfant, comme au cours des interventions pour ictère hémolytique.

L'anémie diminue rapidement : le nombre des globules rouges se relève, l'hémoglobine également, mais moins vite cependant, les globules blancs augmentent, la formule leucocytaire se modifie.

L'état digestif s'améliore et le plus souvent hématémèse et melæna disparaissent. S'il existe une atteinte hépatique, les signes d'insuffisance hépatiques disparaissent et l'intervention en supprimant la cause de la lésion hépatique, empêche la progression de la cirrhose.

Association de la Presse médicale française.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit*, 1927, p. 1361, 1374, 1393 et 1441.

Comment agit la splénectomie tant sur l'anémie que sur la sclérose hépatique?

Comme dans l'ictère hémolytique, la rate paraît être la cause de la destruction globulaire et, par conséquent, de l'anémie. Toutefois, on ne retrouve pas dans la maladie de Banti les signes de macrophagie intense de l'ictère hémolytique. Cela s'explique, puisque l'anémie de cette dernière affection est beaucoup moins marquée, il s'agit d'un processus très étalé dans le temps.

La lésion dominante réside dans ce que Banti a nommé la fibro-adénie, épaississement du réticulum qui aboutit lentement à l'infiltration scléreuse diffuse.

A quoi est due cette sclérose, faut-il incriminer une cause infectieuse?

La maladie de Banti va-t-elle être absorbée par la splénomégalie granulomateuse bactérienne ou mycosique de Nanta? Il est actuellement impossible de le dire.

La rate paraît bien être également la cause de la sclérose hépatique, car, en dehors des faits cliniques montrant l'arrêt de lésions hépatiques après ablation de la rate, de nombreuses expériences, en particulier, celles réalisées par Fiessinger et ses élèves, mettent en évidence le retentissement sur le foie des lésions d'autolyse splénique.

C. **La splénectomie dans le purpura hémorragique chronique.** — En 1916, Kaznelson, partant de la notion soutenue par J. Homer Wright (de Boston) que la rate détruit les plaquettes sanguines, pratiqua le premier une splénectomie dans un cas de purpura chronique. Le résultat ayant été favorable, un grand nombre d'interventions ont été pratiquées depuis pour des cas comparables.

Grâce aux progrès techniques réalisés, la mortalité est peu élevée et les résultats obtenus sont bons.

Dès les jours qui suivent l'opération, les hémorragies muqueuses cessent et les lésions cutanées s'effacent, et dans la très grande majorité des cas, ce résultat paraît définitif et durable. Cet arrêt s'explique par les modifications sanguines presque immédiates que provoque l'intervention.

La modification la plus importante et la plus impressionnante est celle du temps de saignement qui redevient normal dans les jours et le plus souvent dès les heures qui suivent l'intervention.

Presque aussi remarquable et aussi rapide est le relèvement du taux des plaquettes sanguines, mais il semble que pour ces données, le résultat obtenu soit moins durable.

Comme pour le temps de saignement, il se produit très rapidement, les deux heures qui suivent, un relèvement considérable du taux des plaquettes sanguines. Ce taux passe par un maximum aux environs du quinzième jour pour redescendre ensuite au-dessous de la normale et se maintenir à un chiffre peu élevé.

Les autres éléments du sang subissent également des modifications importantes : l'irrétractilité du caillot diminue rapidement pour disparaître bientôt complètement.

Le nombre des globules rouges et des globules blancs se relève progressivement.

Il semble cependant que, même dans les cas de guérison complète et durable, il persiste toujours un certain degré d'anémie et du leucopénie.

Aucun autre procédé thérapeutique ne donne des résultats comparables et si la transfusion et la radiothérapie ont donné dans les cas légers des améliorations passagères, elles n'empêchent pas les rechutes de se produire.

Si la splénectomie constitue le traitement héroïque du purpura chronique hémorragique récidivant, elle reste néanmoins une intervention sérieuse à laquelle il ne faut recourir qu'une fois le diagnostic solidement établi par un examen du sang complet et après avoir éliminé l'insuffisance hépatique, l'hémophilie proprement dite dans laquelle il existe un trouble considérable de la coagulation, et enfin la syphilis, au besoin par un traitement d'épreuve.

Déductions générales que l'on peut tirer des résultats fournis par la splénectomie dans les affections précédentes. — De l'étude de la splénectomie dans les affections précédentes, on peut déduire que l'ablation de la rate supprime l'hémolyse, supprime un foyer de destruction des hématoblastes ainsi qu'un centre toxicogénétique.

La splénectomie exerce également une action remarquable sur le temps de saignement; cette action est nettement indépendante de l'augmentation des plaquettes sanguines et, dans l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas possible d'en préciser le mécanisme.

DEUXIÈME RAPPORT.

La splénectomie dans les processus anémiques.

Par M. A. Nanta (d'Alger).

Le rapporteur exige plusieurs groupes d'anémies spéniques :

1° **Syphilis, paludisme, kala-azar.** — Dans ces cas, *la splenectomie est inutile*, soit qu'après l'extirpation chirurgicale l'infection récidive, soit que la thérapeutique médicale offre des médicaments spécifiques d'efficacité supérieure. Il en va de même de certaines splénomégalies septiques qui ont déjà commencé à propager l'inflammation à la veine porte.

2° Dans la **tuberculose primitive de le rate,** s'il n'existe pas de foyer viscéral extrasplénique important, il faut opérer

3° Le rapporteur s'étend plus longuement sur les **splénomégalies mycosiques et bactériennes,** dont il a eu l'occasion d'observer d'assez nombreux cas avec M. Constantini et le professeur Pinoy.

Ces rates mycosiques présentent une lésion anatomique spéciale : le nodule de Gandy-Gamma, et l'on peut y déceler la présence de champignons type *Aspergillus nidulans*.

Là encore, s'il n'existe pas de foyer viscéral extrasplénique important, il faut opérer.

4° Dans certaines infections généralisées, avec des foyers viscéraux secondaires (cirrhose du foie, localisations pulmonaires, lésions pulmonaires ou rénales), la splénectomie est cependant réalisable (splénomégalie égyptienne, certaines splénomégalies bactériennes avec cholécystite, certains cas de kala-azar infantile, etc.). Ce sont là des cas d'espèce : seul un examen clinique minutieux permet de faire le départ entre les cas qu'il convient d'opérer et ceux qui sont inopérables.

En ce qui concerne l'anémie, y a-t-il un *critérum hématologie de l'opérabilité?*

Il semble actuellement que le « seuil de l'opérabilité » soit marqué par le taux d'un million de globules rouges au millimètre cube et de 0,20 d'hémoglobine.

Les splénomégalies avec anémie plastique à peine ébauchée et leucopénie supportent généralement bien l'ablation.

Au contraire, les formules de leucocytose et celles de réaction myéloïde accusée fournies tant par l'examen du sang périphérique que par la ponction de la rate sont celles qui comportent des réserves.

TROISIÈME RAPPORT

La splénectomie dans les anémies pernicieuses et les leucémies.

Par M. Jean Tapie (de Toulouse).

1° **Dans les leucémies** : la splénectomie est contre-indiquée. C'est une opération illogique et toujours insuffisante.

2° **Dans les anémies spléniques pseudo-leucémiques infantiles** (syndrome de von Jacksch-Luzet), la splénectomie est contre-indiquée en principe. On n'en discutera l'opportunité que si un traitement médical ou radiothérapeutique ne donne pas de résultat.

3° **Les anémies pernicieuses** proprement dites doivent être divisées en deux groupes :

a. Les unes sont *symptomatiques* d'une infection, d'une intoxication, d'un néoplasme. Ici, la splénectomie n'a pas de réelle indication.

b. L'*anémie pernicieuse cryptogénétique type Biermer* : l'opération a pu donner quelques résultats favorables. Mais en réalité il ne s'agit pas de guérison durable. L'amélioration est simplement transitoire. Puis une rechute survient à plus ou moins longue échéance.

Les seuls cas vraiment justiciables de la splénectomie sont les faits de passage avec l'ictère hémolytique.

DISCUSSION DES RAPPORTS SUR LA SPLÉNECTOMIE

Le professeur LEMAIRE (de Louvain) a tout d'abord rapporté les beaux résultats obtenus par la *simple ligature de l'artère splénique*. Dans la thrombopénie chronique cette intervention, beaucoup plus bénigne que la splénectomie, donne des résultats en tous points comparables à ceux de cette dernière opération. On ne constate par la suite ni nécrose splénique, ni signes de déficit pancréatique. Dans la thrombopénie aiguë essentielle, la ligature de l'artère splénique doit être préférée à la splénectomie. Néanmoins une transfusion sanguine doit toujours précéder l'acte opératoire.

Dans ce domaine chirurgical de la splénectomie, divers résultats favorables ont été présentés par MM. GOSSET, CHEVALLIER et GUTMANN (grande hémogénie chronique cryptogénétique guérie par la splénectomie); par MM. NATREGANU et I. IACOOVICI (deux cas d'hémogénie guéris); par M. BECART, par MM. ROCH et MOZER, de Genève (un cas de syndrome de Banti). MM. SABRAZÈS, DUPÉRIÉ et BONNIN étudient les indications de la splénectomie précoce dans la maladie de Gaucher et les tumeurs spléniques; MM. BENHAMOU, GILLE et JUDE celles de la splénectomie dans les formes douloureuses des splénomégalies primitives. Dans la leucémie myéloïde, MM. LECÈNE et AUBERTIN estiment que la splénectomie est nettement inférieure à la radiothérapie. Dans le kala-azar autochtone, M. D'ŒLSNITZ (de Nice) juge le traitement stibié de beaucoup préférable à la splénectomie. Le professeur HYNECK (de Bratislava) a fait une communication sur l'asthme bronchique et la splénectomie. M. CONSTANTINI (d'Alger) a précisé les indications opératoires dans les splénomégalies mycosiques.

La discussion ne s'est pas cantonnée sur ce terrain médico-chirurgical. M. P.-E. WEIL a étudié les splénomégalies mycosiques, dont un cas a encore été présenté par MM. SABRAZÈS, MURATET et BONNIN, après que M. PINOY (d'Alger) eut rapporté le résultat de ses cultures mycosiques. MM. E. CHABROL et Henri BÉNARD ont rappelé leurs nombreuses et belles recherches sur la biligénie après splénectomie. M. E. FEUILLIÉ a exposé sa conception de l'hématopoïèse. MM. LÉON-KINDBERG et GARCIN ont publié l'observation d'une linite plastique de l'estomac qui fut prise pour une splénomégalie. Enfin MM. DE LÉOBARDY et RAYMOND (de Limoges) ont observé, au cours d'une splénectomie, une véritable chasse sanguine par contraction de la rate. Ils se demandent si certaines hémorragies intestinales n'ont pas pour cause ce phénomène.

MAURICE BARIÉTY.

Les Formules usuelles, par M. SEGARD, secrétaire de l'*Hôpital*, médecin consultant à Saint-Honoré, et M. LAEMMER, secrétaire annuel de la Société de thérapeutique. « Les Consultations journalières. » In-16 de 564 pages, cartonné. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Voies respiratoires supérieures et phtisiologie, par Georges DIDIER, laryngologiste du Dispensaire Louise de Marillac (Lille). Préface de Georges LAURENS. In-8 de 80 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

XXXVIe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 3-8 octobre 1927 (1).

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE DRAINAGE DANS LA CHIRURGIE ABDOMINALE

M. LÉO (de Trouville) expose sa pratique considérée à trois points de vue principaux.

I. Dans l'hystérectomie pour cancer de l'utérus, Il a adopté avec satisfaction l'emploi du drainage de lingerie préconisé autrefois par Mickulicz et rappelé par J.-L. Faure.

L'éloignement du grêle par la barrière de lingerie paraît l'acte essentiel. La suppuration qui s'écoule et qui détache les compresses est très souvent due à l'infection secondaire venue de la peau.

II. Dans les appendicites suraiguës, il a renoncé définitivement à la fermeture sans drainage. Il emploie le drainage de lingerie au caoutchouc le plus souple, et il use de topiques gras qui activent la désinfection du foyer opératoire et le bourgeonnement et permettent souvent une suture secondaire assez précoce de la paroi abdominale.

III. D'une façon générale, et en dehors des deux cas précités, la tendance à restreindre le drainage est à conseiller. La possibilité pour le drain de faire mèche de l'extérieur vers l'intérieur est certaine et plus fréquente qu'on ne le croit. Le drain dit de « sécurité » est parfaitement susceptible de devenir un drain de complication. Aucun chirurgien ne peut se vanter de n'avoir jamais drainé dans aucun cas, ni trop ni trop peu.

M. GRIMAUX (d'Algrange) pense que pour juger de la valeur du drainage dans la chirurgie abdominale, il est nécessaire non seulement d'en connaître le résultat immédiat, mais aussi les suites éloignées.

A ce sujet, il apporte l'observation d'une malade à laquelle il a réséqué une anse intestinale sphacélée au cours d'une péritonite grave, large drainage à la Mickulicz, fistule intestinale qui se ferme spontanément ; la malade guérit.

Trois ans plus tard, l'auteur opère à nouveau cette malade pour grossesse extra-utérine rompue : aucune trace d'adhérence épiploïque ou intestinale, la paroi abdominale ne présente pas d'éventration.

Il en conclut que dans les infections graves de l'abdomen, la crainte des fistules intestinales, de l'éventration et des adhérences ne doit pas faire rejeter l'emploi du large drainage à la Mickulicz.

M. STEFANI (de Nice) est hostile au drainage préventif en chirurgie abdominale. En matière de chirurgie traumatique il le juge détestable. Il présente deux cas de blessures de l'abdomen particulièrement graves guéries sans incident par une intervention précoce et fermeture complète.

Il s'agit dans le premier cas d'un jeune homme de vingt-quatre ans qui reçoit une balle de revolver au ventre.

Laparotomie une heure et demie après. Suture de six perforations du grêle et de quatre déchirures du mésentère. Evacuation d'un abondant hémopéritoine. Assèchement. Huile camphrée dans l'abdomen. Fermeture complète. Guérison en quinze jours.

Le second cas concerne une femme de vingt-six ans tombant d'un cerisier. Enorme déchirure abdominale « en Pfannenstiel » avec éviscération du grêle et de l'épiploon. Détersion, désinfection à l'éther iodé. Résection épiploïque et réintégra-

---

Association de la Presse médicale française.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 82, p. 1345 ; n° 84, p. 1382, et n° 88, p. 1446.

tion de l'intestin. Huile camphrée dans l'abdomen. Restauration soignée en trois plans sans drainage. Guérison avec obstruction intestinale tardive atténuée.

M. Sénéchal (de Paris) insiste sur l'efficacité du drainage déclive. Il le considère comme destiné à faciliter l'extériorisation secondaire à l'intervention de tous tissus morts ou destinés à une mortification fatale.

Après avoir reconnu les avantages du Mickulicz, il s'en inspire pour aménager un drainage analogue, mais par mèches libres agencées autour d'un drain central et dont un chef pénètre dans le vagin ou bien affleure à l'orifice cutané.

En particulier pour les opérations gynécologiques, il est de notion acquise que l'hystérectomie vaginale est moins grave que l'hystérectomie abdominale. Pour l'auteur, cela tient au vaste drainage déclive qui suit l'intervention vaginale.

Il obtient le même avantage en installant un semblable drainage dans l'hystérectomie totale. Dans les cas de subtotale, il taille un large cylindre dans l'épaisseur du col. Le drain, dans les deux procédés, est retiré au bout de quarante-huit heures. La mèche est mobilisée au quatrième jour, et de jour en jour raccourcie pour être supprimée au dixième jour.

Quoique l'application d'un Mickulicz n'interdise pas l'emploi de l'incision de Pfannenstiel à laquelle l'auteur reste fidèle, il estime que le drainage déclive par drain et mèche lui est très supérieur en ce qu'il met l'opérée dans la situation qu'elle aurait après une hystérectomie vaginale.

Il montre que cette technique est applicable à tous les étages de la cavité abdominale et qu'elle réduit au minimum le risque d'éventration.

M. Masini (de Marseille) étudie les indications du Mickulicz dans l'appendicite à chaud.

Après avoir longtemps drainé au Mickulicz sous l'impulsion de Pozzi et de Villeneuve, l'auteur avait délaissé cette technique pendant la guerre pour suivre la pratique d'Ombrédanne. Il a ainsi refermé des appendicites suppurées et pour quelques cas heureux au début il a eu ensuite des désastres.

Revenant alors au Mickulicz, il procède de la façon suivante :

Dans tous les cas d'appendicite avec péritonite, qu'il y ait ou non du pus dans la cavité péritonéale, il écrase la base de l'appendice, le lie et le résèque. Il laisse tel le moignon appendiculaire sans l'enfouir. Il place des fils d'attente en un seul plan à la grosse soie, et, après avoir nettoyé le péritoine à l'aide de compresses imbibées d'éther, il place un Mickulicz contre le cæcum, au niveau du moignon appendiculaire.

Les mèches sont retirées à partir du cinquième jour, le sac est enlevé le huitième et les fils d'attente sont alors serrés. On obtient ainsi une fermeture de la paroi par seconde intention.

Quand le pus a fusé dans le Douglas, l'auteur flanque le Mickulicz d'un gros drain plongeant au fond du bassin.

TROISIÈME QUESTION

INDICATIONS ET RÉSULTATS DE LA SYMPATHECTOMIE PÉRI-ARTÉRIELLE DANS LA CHIRURGIE DES MEMBRES.

Rapport de M. Leriche.

Quoique née depuis peu, la sympathectomie péri-artérielle a eu une diffusion rapide. Mais ses bases physiologiques sont encore incertaines et elle a été appliquée au traitement de maladies mal connues. Aussi beaucoup d'erreurs d'indications ont-elles été commises. Tous les faits publiés n'ont donc pas la même valeur et il est difficile de juger cette méthode à l'aide des seules statistiques. On doit surtout analyser objectivement les maladies dans lesquelles elle a paru indiquée et chercher si, étant donné leur mécanisme, elles sont réellement susceptibles d'être modifiées par une telle opération.

Techniquement, la sympathectomie consiste, sous anesthésie locale, à exciser l'adventice de l'artère sans toucher à la tunique moyenne. Bien faite elle est d'une extrême bénignité et n'expose pas à la thrombose.

Physiologiquement, elle détermine une contraction locale passagère, suivie à quelques heures d'une vaso-dilatation active qui atteint le membre en aval et souvent en amont, parfois le membre homologue et même les membres non homologues.

Cette réaction vaso-dilatatrice semble due à la section des filets nerveux centripètes, probablement sympathiques. La sympathectomie péri-artérielle mérite ainsi son nom.

Thérapeutiquement, la sympathectomie est le moyen le plus simple d'agir sur l'appareil vaso-moteur, mais elle n'est indiquée que dans les syndromes à déterminisme périphérique. Dès qu'il y a diffusion à tout un membre, elle doit céder le pas à la ramisection ou être combinée avec elle.

L'auteur examine successivement la chirurgie du sympathique dans toute la série des troubles morbides où elle a été employée. Ces troubles très nombreux ont été groupés de façon à constituer neuf chapitres.

I. Les syndromes douloureux des membres. — Quand on juge que la douleur reconnaît un mécanisme vaso-moteur et qu'on espère pouvoir la calmer par une opération sympathique, on doit tenir compte des deux principes suivants :

a. S'il y a une lésion provocatrice du trouble supposé de l'innervation vaso-motrice, il faut toujours la supprimer, si on le peut anatomiquement. Par exemple il y a lieu d'exciser d'abord les cicatrices vicieuses cutanées ou musculaires.

b. Il faut toujours intervenir précocement et choisir d'emblée la bonne intervention, car la douleur sympathique crée très vite un état psychopathique qui fausse les meilleurs résultats.

1° Causalgie. — Il est admis que la causalgie est une maladie sympathique, mais nous n'en connaissons pas la pathogénie exacte et le traitement reste empirique. De tous les procédés thérapeutiques que la guerre a permis d'expérimenter, il ne doit rester que l'alcoolisation de Sicard et la sympathectomie péri-artérielle pour les cas normaux, et les opérations radiculo-médullaires pour les formes rebelles, c'est-à-dire en général celles qui ont été mal traitées au début.

L'alcoolisation est une bonne méthode par laquelle on peut et doit toujours commencer. Si elle ne réussit pas, ou d'emblée s'il y a indication d'aller vérifier un nerf blessé ou une artère traumatisée, ou si la causalgie n'a pas une topographie tronculaire on doit recourir aux méthodes sympathiques : sympathectomie péri-artérielle si les troubles sont encore localisés et si l'opération peut être faite en amont, résection artérielle étendue si une artère est oblitérée, ramisection si la lésion est diffuse et ancienne.

Cette opinion est basée sur l'expérience personnelle de l'auteur et sur l'analyse critique des nombreux cas qui ont été publiés.

2° Algies diffusantes traumatiques. — Il s'agit de ces anesthésies douloureuses qu'on appelait autrefois névrite ascendante. La sympathectomie péri-artérielle est contre elle inefficace. Mais les ramisections ont donné quelques résultats intéressants et paraissent indiquées.

3° Moignons douloureux. — L'étude attentive des faits montre que la douleur des moignons n'est pas univoque et que ces algies revêtent trois types auxquels conviennent des traitements différents :

L'ablation du névrome dans les douleurs qui ont la topographie d'un tronc nerveux ;

La sympathectomie péri-artérielle précoce dans les moignons douloureux à poussées vaso-motrices, à œdème, à cyanose et à ulcération ; la ramisection si les troubles sont diffus ou en cas d'échec ;

La ramisection d'emblée dans les grands symptômes douloureux hyperesthésiques.

Dans les deux dernières formes, la neurotomie, la neurectomie, la sympathectomie péri-artérielle et la réamputation sont contre-indiquées.

En principe, la cordotomie est inefficace.

4° ALGIES DIVERSES. — L'auteur n'envisage ici que les douleurs fulgurantes du tabes et les hyperesthésies des syringomyéliques et elles ne lui paraissent pas justiciables de la méthode.

II. Les maladies vaso-motrices des membres. — Sous le nom de maladie de Raynaud, on a opéré toutes sortes de maladies mal connues à manifestations vaso-motrices périphériques, des cyanoses habituelles, des troubles vaso-moteurs consécutifs à des côtes cervicales, beaucoup d'artérites oblitérantes et quelques maladies non classées. La maladie de Raynaud typique est caractérisée par des crises vaso-motrices débutant par des phénomènes de syncope locale et séparées par des périodes d'intégrité circulatoire sans diminution de l'indice oscillométrique.

Tous les syndromes vaso-moteurs doivent être réétudiés au point de vue de la physiologie pathologique. Ce sont des maladies du système artériolaire et capillaire dont la physiologie normale est elle-même à peine ébauchée. Ces maladies vaso-motrices comprennent cinq catégories de faits cliniques différents :

1° *Les syndromes vaso-moteurs de la puberté*, sans gravité, sont améliorés par l'extrait d'ovaire.

2° *La maladie de Raynaud typique* doit en principe être traitée par la sympathectomie péri-artérielle bilatérale si le traitement spécifique et les injections d'insuline ont échoué.

3° *Les syndromes de Raynaud unilatéraux symptomatiques* dépendent en général de la présence d'une côte cervicale ou de lésions artérielles. S'il s'agit d'une côte anormale il faut l'enlever. Dans le cas d'oblitération artérielle, c'est l'artériectomie qu'il faut faire.

4° *Les acrocyanoses.* — Elles sont de deux types. Dans l'un la cyanose fait place par moments à de la rougeur et de la chaleur. Ce sont ces cas qui semblent avoir été décrits sous le nom d'acroparesthésies et d'angiotrophonévrose. Dans l'autre type la cyanose constante s'accompagne de fortes douleurs et d'ulcérations. La baisse oscillométrique n'existe que très près de l'extrémité du membre. Il s'agit sans doute d'artériolite terminale. La sympathectomie réussit contre les acrocyanoses du premier type, non contre celles du second.

5° *L'érythromélalgie*, maladie de vaso-dilatation, n'est pas justiciable de la sympathectomie péri-artérielle.

Sclérodermie. Sclérodactylie. Dermatite atrophiante. — Les résultats obtenus montrent que les interventions combinées sur le sympathique sont formellement indiquées dans ces processus. Elles semblent en arrêter l'évolution et faire rétrocéder celles des lésions qui ne sont pas encore irréductibles en apportant aux malades une sensation de bien-être très appréciée d'eux.

III. Les maladies organiques des artères. — Il y a lieu d'examiner successivement trois ordres de faits :

1° LÉSIONS TRAUMATIQUES DES ARTÈRES. — La sympathectomie peut être employée pour favoriser l'établissement d'une circulation collatérale. Par exemple dans le cas de ligature brusque d'un gros vaisseau, il est préférable de faire une résection artérielle entre deux fils car on a ainsi une vaso-dilatation immédiate en aval. Ou bien la sympathectomie permet de lutter contre les troubles engendrés par une ligature ou une thrombose post-traumatique.

2° ARTÉRITE SÉNILE ATHÉROMATEUSE. — Dans les artérites séniles, la sympathectomie a rendu des services durables là où elle a été appliquée à bon escient. Elle est indiquée :

A. Dans les grandes douleurs prémonitoires de la gangrène qu'elle calme de façon durable (deux ans et plus), à moins qu'il n'y ait des crises de vaso-dilatation paradoxale et d'hyperthermie du pied, cas dans lesquels il faut s'abstenir. Le pronostic opératoire est moins bon quand il y a de la cyanose habituelle, de l'œdème diffus ou des douleurs de type névritique que s'il y a uniquement des crises vaso-constrictives.

S'il y a des phénomènes infectieux, elle est contre-indiquée.

B. Dans les gangrènes au début, quand l'examen montre que les artères périphériques sont encore dilatables. Si elles paraissent oblitérées, l'opération ne peut se justifier que pour préparer les voies à une amputation à limite des lésions. Dans les cas où il y a une pulsatilité paradoxale, elle peut permettre une amputation réduite au strict minimum.

C. Elle n'est pas utile semble-t-il dans la claudication intermittente. Mais les documents sont encore insuffisants sur ce point.

3° ARTÉRITES JUVÉNILES CHRONIQUES. — C'est un groupe complexe. Quand la lésion frappe une seule artère, c'est généralement l'artériectomie qui s'impose.

Dans les artérites tardives après gelure, la sympathectomie peut être faite. Elle a donné de beaux résultats mais inconstants.

Dans les artérites post-infectieuses rares en France la sympathectomie a aussi des succès à son actif.

Elle ne peut rien contre les gangrènes des artério-scléroses juvéniles.

Restent les thrombo-angéites. Ici aucune opération sympathique ni artériectomie n'est indiquée. Les thérapeutiques efficaces sont sans doute celles qui s'adressent aux glandes à sécrétion interne, en particulier la surrénalectomie.

IV. Les maladies des veines, les œdèmes et l'éléphantiasis. — La pathologie veineuse est encore pleine d'inconnues. Mais il semble bien que là comme dans la pathologie artérielle l'obstruction du vaisseau ne suffise pas à expliquer les troubles et qu'il faille y joindre un autre élément, adventiciel, c'est-à-dire vaso moteur dont l'importance est considérable. La sympathectomie péri-artérielle agit utilement contre l'eczéma variqueux et les séquelles des anciennes phlébites. On doit la combiner, quand la veine est enserrée dans du tissu inflammatoire ou oblitérée, avec la libération du vaisseau ou sa résection.

Les œdèmes post-traumatiques sont certainement en relation avec un trouble vaso-moteur et doivent être traités par la sympathectomie péri-artérielle.

Par contre c'est à une opération rachidienne qu'il faut demander la guérison des œdèmes liés à un spina bifida latent.

Dans l'éléphantiasis, la sympathectomie ne donne pas de résultats constants ni toujours durables. Elle ne doit être employée que concurremment avec les autres procédés de traitement.

V. Les ulcérations chroniques en dehors des lésions nerveuses. — Le traitement de ces ulcérations doit résoudre un double problème, celui de la cause qui est une affaire de diagnostic clinique et celui de l'ulcération en soi.

Une ulcération devient chronique parce qu'elle est consécutive à une nécrose ischémique de la peau, parce que les conditions circulatoires locales sont mauvaises, parce que la lésion reste infectée par toutes sortes de germes.

Toute bonne méthode de traitement des ulcérations chroniques doit, après avoir supprimé la cause, modifier les facteurs de chronicité et de récidive locale, c'est-à-dire changer les conditions circulatoires et nutritives de la peau, stériliser l'ulcération, supprimer la peau cicatricielle et apporter ultérieurement sur place de la peau saine.

Or l'auteur a montré dans des travaux antérieurs que la sympathectomie péri-artérielle mise en œuvre dans un premier temps modifiait le terrain. La vaso-dilatation active et la phagocytose stérilisent rapidement l'ulcération et l'afflux des grands mononucléaires contribue à sa réparation. Ainsi l'opé-

ration amène en général une cicatrisation rapide. Mais cette cicatrice est de mauvaise qualité en raison de son sol fibreux, dur, imperméable aux vaisseaux. Pour éviter les récidives, il faut peu de temps après la sympathectomie combler la perte de substance par une greffe, la meilleure étant sans doute celle de Halsted-Davis.

Cette méthode de sympathectomie suivie de greffes suffit au traitement des ulcérations d'origine traumatique, et de celles qui se forment sur cicatrice de brûlure. Dans les ulcérations consécutives aux gelures, il faudra en général combiner à la sympathectomie une résection de la pédieuse ou de la tibiale oblitérées. De même quand l'ulcère siège au niveau d'un cal exubérant, il faut toujours d'abord abattre la saillie osseuse. Dans les ulcères variqueux vrais, le traitement plus complexe comprend une sympathectomie périfémorale, des greffes, l'ablation des varices. Les faux ulcères variqueux presque toujours syphilitiques sont justiciables d'abord du traitement spécifique puis souvent ensuite d'une sympathectomie avec greffes.

VI. **Les ulcérations d'origine nerveuse.** — Ce groupe comprend des lésions très différentes.

La sympathectomie n'a rien à faire dans les ulcérations symptomatiques d'un tabes, y compris le mal perforant plantaire, d'une syringomyélie, d'une myélite, d'un spina bifida occulta.

Elle a donné des succès durables dans les ulcérations trophiques qui survivent à des traumatismes médullaires.

Les ulcérations consécutives aux blessures nerveuses ne se produisant que s'il y a un névrome sur le bout supérieur du nerf coupé, il faut tout d'abord intervenir localement, enlever le névrome et reconstituer le nerf au besoin par greffe. Ensuite il faut veiller sur la position du pied, car l'ulcération trophique ne se voit guère que sur un pied dévié. La sympathectomie n'est ici qu'une opération de nécessité, réservée aux mauvais cas. Cependant elle peut donner des résultats définitifs même quand le névrome persiste.

Quant aux moignons ulcéreux, ils sont presque toujours guéris par la méthode sympathique, seule ou combinée avec la résection du névrome.

VII. **Les troubles vaso-moteurs post-traumatiques.** — Tout traumatisme s'accompagne d'un déséquilibre vaso-moteur immédiat durable ou non. Ce déséquilibre s'il persiste est bientôt suivi de l'apparition des phénomènes décrits sous le nom de contractures réflexes, troubles physiopathiques. D'habitude de tels troubles cessent d'eux-mêmes avec l'aide du bain chaud et de la mobilisation douce. Parfois ils persistent constituant une maladie grave. La sympathectomie les guérit s'ils sont localisées à l'extrémité du membre et encore récents. Si le trouble est diffus et ancien il vaut mieux faire une ramisectomie.

VIII. **La maladie de Volkmann.** — Le syndrome de Volkmann est créé par une rétraction isolée des fléchisseurs des doigts. Cette rétraction est le fait soit d'une contracture réflexe consécutive à un traumatisme quelquefois assez léger du membre supérieur, soit d'une cicatrice fibreuse intra-musculaire, due à une nécrose ischémique parcellaire, elle-même causée par un appareil trop serré.

Quand il s'agit d'une contracture, la sympathectomie a un effet remarquable et presque instantané. Dans la maladie vraie de Volkmann que caractérise la sclérose des fléchisseurs, l'auteur se basant sur une constatation opératoire, croit que l'oblitération artérielle doit jouer un rôle important dans le mécanisme pathogénique de l'affection et il a actuellement tendance à considérer la sympathectomie péri-artérielle comme précocement indiquée.

IX. **Les maladies des os et des articulations.** — L'ostéogenèse dépend de deux facteurs essentiels : 1° un état particulier du tissu conjonctif, qui doit être congestionné et pourvu d'une trame fibrillaire en voie de multiplication ; 2° un apport de sels de chaux. Or, les opérations sympathiques par l'hypérémie active qu'elles déclenchent réalisent ces deux termes de la réparation osseuse et peuvent ainsi redresser des états osseux pathologiques anormaux.

1° Retards de consolidation. Résorption du cal et pseudarthroses. — Les expériences d'Uffreduzzi et de ses élèves, celles de Palma, de Fontaine prouvent que la formation du cal de fracture est beaucoup plus rapide après sympathectomie.

Chez l'homme, les résultats les plus positifs ont été enregistrés aussi bien dans les fractures récentes que dans les défauts de consolidation. Il est bien évident que la sympathectomie ne peut constituer à elle seule le traitement des pseudarthroses. Mais quand la syphilis n'est pas en cause, la sympathectomie doit s'ajouter aux thérapeutiques locales comme la réduction exacte des fragments, l'ostéosynthèse et le greffe.

2° Ostéoporose traumatique. — Ces décalcifications singulières qui se traduisent par des douleurs et une impotence fonctionnelle parfois fort grave, dont la localisation au niveau des épiphyses semble correspondre à ce qu'on appelle l'arthrite traumatique, sont guéris de façon définitive et parfois très vite par les opérations sympathiques.

3° Tuberculose ostéo-articulaire. — Les faits publiés jusqu'ici semblent plutôt contre-indiquer l'emploi de la sympathectomie dans les tuberculoses des membres. Mais on a demandé à la méthode, en général, plus qu'elle ne pouvait donner. Elle ne doit avoir dans le traitement de la tuberculose ostéoarticulaire qu'un rôle de second plan. Elle n'a pas d'action vraie sur la tuberculose elle-même, mais elle agit indiscutablement sur les processus de la réparation osseuse et conjonctive. Elle ne peut pas permettre d'éviter une opération osseuse, mais elle peut aider à étendre la limite des opération conservatrices, compléter leur action et aider à la réparation.

Rapport de M. Robineau.

La sympathectomie péri-artérielle ne réalise pas l'interruption des voies excitomotrices sympathiques ; son mode d'action s'explique par une agression sur les nerfs sensitifs, point de départ de réflexes, dont l'aboutissant est une vaso-dilatation générale, plus marquée cependant sur le membre opéré.

Il ne semble donc pas que l'épluchage absolu d'une artère ou sa dénudation sur une grande longueur soient des conditions indispensables du succès.

Quand les parois d'une artères sont altérées, la dénudation expose à des accidents de perforation ou de rupture secondaire qui peuvent compromettre la vitalité du membre opéré ou l'existence du malade. L'opération n'est donc pas absolument bénigne et inoffensive.

Les indications opératoires sont multiples, mais aucune d'elles n'a en sa faveur ce double caractère de régularité dans les résultats favorables et de haut pourcentage dans les effets curatifs qui, seuls, peuvent entraîner la conviction.

La sympathectomie péri-artérielle agit immédiatement avec une fréquence assez grande pour activer temporairement la circulation dans le membre dont le status d'irrigation est perturbé dans le sens d'une réduction de l'apport artériel.

Les résultats éloignés sont beaucoup plus rares : pour beaucoup d'entre eux, il est douteux que les effets observés à longue échéance puissent être attribués à l'opération seule.

On peut donc recourir à cette opération toutes les fois qu'on pense tirer d'une amélioration temporaire des troubles d'irrigation un bénéfice certain pour le malade. Plusieurs faits ont montré que des interventions plus bénignes sur les nerfs sensitifs pouvaient être suivies des mêmes résultats. Les méthodes physiothérapiques assurent aussi sans aucun risque des résultats équivalents.

DISCUSSION

M. Gillies (de Londres) compare les résultats que lui ont donnés dans le traitement des ulcères de jambe d'une part les greffes cutanées employées seules, sans sympathectomie; d'autre part, la sympathectomie péri-artérielle appliquée comme unique méthode de traitement ou combinée avec les greffes.

Le premier groupe d'ulcères comprend 22 opérations de greffes pratiquées chez 16 malades. 12 greffes de Thiersch ont donné 11 échecs et 1 résultat médiocre, 10 greffes à lambeaux ont donné 4 succès, 3 échecs et trois résultats médiocres.

Le second groupe d'ulcères comprend 15 cas, dont un ulcère double. Le résultat immédiat a toujours été bon. Pour juger les résultats éloignés, il faut distinguer les cas dans lesquels la sympathectomie a été employée seule, 4 cas : un résultat parfait, un bon résultat, 2 échecs et les cas de sympathectomie et greffes combinées, 12 ulcères : 4 résultats parfaits, 3 bons, 3 résultats trop récents mais qui permettent d'être bons et 2 échecs.

M. Uffreduzzi (de Turin). La sympathectomie péri-artérielle n'est pas seulement une méthode capable d'améliorer la circulation; c'est aussi « un stimulant physiologique » agissant sur toutes sortes de phénomènes.

On ne saurait nier les résultats de cette opération. Ils se constatent cliniquement et se démontrent expérimentalement si l'on sait se servir d'une instrumentation précise : oscillomètre, dermatoscope, capillaroscope, thermomètre à température locale.

L'opinion générale est que la sympathectomie crée une vaso-constriction segmentaire. L'auteur croit que son action s'étend à distance. Elle se traduit surtout par la fermeture des capillaires à la circulation. Il s'agit de réflexes multiples et complexes.

Toute opération complémentaire jointe à la sympathectomie dans le but de lui donner un meilleur rendement est inutile. L'auteur a observé notamment que la section du saphène pratiquée en même temps que la sympathectomie n'a aucun avantage sur cette dernière pratiquée seule.

La prolongation de la décortication de l'artère soit en profondeur, soit en longueur ne donne pas non plus de résultats supérieure à une décortication limitée et moyennement poussée. L'essentiel est de choisir les cas. Il est certain, par exemple, que l'opération ne peut agir sur la cicatrisation d'un ulcère très étendu, car les réactions qu'elle engendre ne sont que transitoires.

L'auteur termine en projetant sur l'écran un film plein d'intérêt permettant de vérifier la régénération du sympathique.

M. Roubacheff (de Minsk) insiste sur l'action de la sympathectomie dans le traitement des ulcères variqueux. Il conseille d'adjoindre à la sympathectomie péri-artérielle, soit la ligature de la saphène au pli de l'aine, soit son oblitération par une injection de carbonate de soude.

Contribution clinique à la sympathectomie péri-artérielle. — M. G. Pieri (de Bellune), après divers échecs, a peu à peu limité les indications de la méthode.

Dans 2 cas de mal perforant, dans 1 cas d'ulcère variqueux (où, en plus, on avait lié la saphène interne à l'aine), dans 3 cas d'ulcérations de la jambe et de douleurs secondaires à une phlébite), dans 4 cas de tuberculose ostéoarticulaire, la sympathectomie péri-artérielle a été inefficace.

Dans 1 cas de vaste ulcère de la jambe consécutif à un traumatisme et qui avait résisté à tous les traitements, la sympathectomie péri-artérielle détermina une guérison qui date de trois ans.

Dans des maladies de Raynaud atypiques, 3 succès qui datent de quatre, trois et deux ans et demi.

Dans 4 cas de douleurs des membres inférieurs par artério-sclérose, 2 succès qui persistent depuis quatre ans et un an et demi.

Dans 4 cas de douleurs des membres inférieurs par endartérite, un seul succès (résection de l'artère) de date encore récente (trois mois).

Dans 2 cas de troubles circulatoires des membres inférieurs dus à la thrombose progressive des artères, la résection de l'artère a donné 1 échec et 1 résultat douteux (la malade est morte soudainement un mois et demi après l'opération).

Sur la sympathectomie. — M. Phocas. L'auteur explique les bons effets de la ligature à distance dans les hémorragies secondaires par l'action sur le sympathique péri-artériel.

Une sympathectomie, dit l'auteur, est une ligature temporaire. Elle en a du moins tous les effets. Une ligature d'artère intéresse le plexus sympathique par les manœuvres de la dénudation. Elle interrompt le sympathique par la striction. Pendant la guerre, M. Phocas a eu l'occasion d'arrêter plusieurs hémorragies secondaires sur des plaies septiques par la ligature du tronc artériel à distance. Dans ces cas, il a constaté, d'une façon constante, la stérilisation de la plaie ou du moins l'amélioration considérable de l'état septique faisant suite à la simple ligature. Il explique ces faits par une action sur le plexus sympathique péri-artériel, car il n'est pas admissible que le simple ischémie résultant de la ligature, puisse avoir une influence bienfaisante sur les processus locaux de défense de l'organisme.

M. Gianolla (de Charleroi) compare quant aux résultats les sympathectomies péri-artérielle des membres et les sympathectomies viscérales. Ces dernières donnent toujours de meilleurs résultats parce que l'on coupe dans ce cas un plus grand nombre de filets nerveux.

L'auteur expose les succès qu'il obtient en énervant l'estomac suivant la technique de Latarjet : vaso-dilatation, diminution de la sécrétion, atténuation très marquée des douleurs dans la maladie de Reichman.

Il a pratiqué un certain nombre de sympathectomies péri-artérielles en particulier pour des ulcères variqueux et des troubles trophiques. Il a toujours obtenu de bons résultats. Dans le traitement des ulcères variqueux il ajoute volontiers à la sympathectomie une résection veineuse portant sur quelques centimètres de saphène.

Dans un cas de gangrène consécutive à l'application par un autre chirurgien d'un appareil plâtré pour fracture de cuisse, il fit une sympathectomie périfémorale à la base du triangle de Scarpa. Il obtint une disparition complète des phénomènes douloureux et la possibilité d'une amputation économique.

M. Mauclaire et René Bloch (de Paris) ont fait des sympathectomies dans les circonstances les plus diverses. Il leur est apparu que cette opération n'était pas sans danger. Une fois, l'artère a été partiellement sectionnée. Ils firent une suture du vaisseau, de plus ils n'ont jamais obtenu un seul résultat, pas même la cessation des phénomènes douloureux. Il s'est agi dans tous ces cas de malades bien suivis, bien observés. Et les auteurs concluent qu'il convient d' « éplucher » soigneusement les observations annonçant des succès.

M. Dambrin (de Toulouse) a réalisé onze sympathectomies péri-artérielles dont une dans un cas de causalgie consécutive à une blessure de guerre, sept dans des cas de gangrène sénile, deux pour des ulcérations chroniques n'ayant aucune tendance à la cicatrisation, une dans un cas de maladie de Buerger.

Le résultat a été excellent pour la causalgie, médiocre pour les gangrènes séniles, bon pour une des ulcérations chroniques, la seconde ayant récidivé assez rapidement. L'amputation a été nécessaire pour le sujet atteint de maladie de Buerger en dépit d'une amélioration passagère très marquée. La pièce opératoire montra la présence d'un caillot dans la lumière du vaisseau principal.

L'auteur insiste sur la bénignité de l'opération. Il la pratique toujours sous-anesthésie locale et n'a jamais observé de

blessure de l'artère. Si l'on veut avoir des résultats satisfaisants, il faut savoir choisir les cas.

Dans l'ensemble il s'agit là d'une bonne opération, mais l'auteur estime que l'alcoolisation de la gaine artérielle donne des résultats identiques.

Sans aucune exception l'auteur a toujours noté la disparition rapide et définitive des phénomènes douloureux.

Valeur négative de la sympathectomie dans la tuberculose ostéo-articulaire. — M. Mencière (de Reims). [Sera publié.]

M. Lardennois (de Reims) a toujours obtenu de bons résultats, et notamment chez un ancien blessé de guerre atteint de causalgie depuis plus de deux ans et chez qui les thérapeutiques les plus variées avaient échoué.

Il s'agissait d'une large blessure en séton par balle de fusil ayant touché le tronc du sciatique. On avait pratiqué notamment l'élongation et le hersage du nerf.

L'auteur fit une sympathectomie qui guérit immédiatement et définitivement le blessé de ses phénomènes douloureux.

Dans le traitement des maux perforants plantaires, l'auteur ajoute à la sympathectomie l'élongation du nerf tibial antérieur.

Dans tous les cas où l'auteur a eu recours à la sympathectomie il a toujours observé une sédation des phénomènes douloureux.

M. Bérard (de Lyon) a relevé sur les registres de son service 22 observations de sympathectomies péri-artérielles pratiquées seules, à l'exclusion de toute opération complémentaire, soit par lui, soit par ses assistants.

Il s'agissait de moignons douloureux, d'arthrites tuberculeuses du genou, de maux perforants plantaires, de retard de consolidation, d'arthropathies tabétiques, d'ulcères variqueux, d'éléphantiasis, d'œdèmes, de troubles trophiques consécutifs à des sections nerveuses.

A côté d'échecs complets dans les cas d'éléphantiasis, l'auteur a observé des résultats parfaits dans les tumeurs blanches.

Entre ces deux extrêmes, les résultats ont été fort variables. Dans certains cas où la sympathectomie seule avait échoué, des succès ont été obtenus en y ajoutant en un second temps une ramisection.

L'auteur conclut que la sympathectomie est une opération précieuse qu'il faut conserver d'autant qu'elle s'applique à des lésions contre lesquelles nous sommes souvent désarmés. Les résultats seront meilleurs quand nous connaîtrons mieux ses indications.

M. P. Wertheimer (de Lyon), sur les conseils de son maître Leriche, a étudié la question de la participation sympathique dans le mécanisme du tonus musculaire et les modalités de cette participation en vue, le cas échéant, de justifier le bien-fondé d'une chirurgie sympathique des contractures. Les constatations expérimentales n'étant pas très concluantes par suite de leur variabilité en fonction de l'espèce animale choisie, des groupes musculaires considérés et des conditions trop artificielles dans lesquelles l'hypertonie est obtenue, l'auteur a voulu examiner des résultats cliniques et il a rassemblé 6 observations provenant de divers chirurgiens et dans lesquelles une ramisection a été faite chez un malade atteint de contracture.

La première observation concerne un cas de paraplégie ultérieurement démontrée pottique sur laquelle une ramisection a eu une action nette avec effet thérapeutique croisé.

Dans la seconde il s'agit d'une paralysie des extenseurs des doigts avec hypertonie des fléchisseurs due à l'ablation d'une tumeur cérébrale. La ramisection améliora l'hypertonie des fléchisseurs mais seulement au repos.

Le troisième cas est une hémiplégie cérébrale infantile avec contracture du membre supérieur qui bénéficia de la ramisection cervicale.

Dans une hémiplégie par blessure cranio-cérébrale, l'amélioration ne fut que temporaire.

Un cas de contracture physiopathique du membre supérieur fut par contre traitée avec un excellent résultat par ramisection cervicale.

Enfin, une contracture myoclonique d'un moignon de cuisse fut guérie par la ramisection lombaire.

Ces observations, bien que dissemblables, montrent que la ramisection agit sur les contractures. Mais il semble que les contractures de cause centrale soient moins modifiées que les contractures de type périphérique.

Il est encore actuellement impossible de déterminer le mécanisme suivant lequel agit l'opération sympathique dans ces cas. L'auteur pense que la ramisection interrompt les voies centripètes d'arcs réflexes dont les voies centrifuges n'appartiennent peut-être pas exclusivement au système sympathique. Mais ce n'est là qu'une hypothèse.

MM. Jeanneney et Mathey-Cornat. Pour que la sympathectomie donne des résultats il faut qu'elle soit possible : 1° *anatomiquement* (artère relativement saine); 2° *physiologiquement* (artère relativement souple et susceptible de présenter une vaso-dilatation secondaire nette, ce que l'on apprécie préalablement par l'épreuve du bain chaud ou l'épreuve de la diathermie); 3° *cliniquement* la sympathectomie doit s'adresser à un syndrome sur lequel elle peut agir utilement mieux et plus vite que les autres méthodes. Les *résultats éloignés* montrent l'utilité de la sympathectomie dans les troubles vaso-moteurs (maladie de Raynaud), dans les moignons pathologiques et dans les ulcères (en liaison avec les autres interventions étiologiques). Dans tous ces cas il faut choisir ses indications en tenant compte des bases anatomo-physiologiques précitées. Les autres indications sont à l'étude.

CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DES ASSURANCES SOCIALES ET DE LA LIBERTÉ DE PRESCRIPTION DES ORDONNANCES

Les contribuables paient actuellement 55 milliards d'impôts. L'application de la loi sur les assurances sociales va leur coûter 4 milliards et demi de plus... Une paille... Moyennant cette « paille » les malades recevront-ils des soins meilleurs que ceux qu'ils reçoivent maintenant? On peut se le demander.

Dans un précédent article (1), nous avons montré que le médecin, par suite des obscurités de la loi, est exposé à voir limiter la liberté, qu'il tient de son diplôme, de prescrire suivant son expérience et sa conscience. Il est à craindre, en effet, que l'esprit d'économie des caisses ne les incite à refuser de payer des médicaments spécialisés.

Il faut cependant que nos législateurs veuillent bien se rendre compte que, de nos jours, *les spécialités sont indispensables au médecin*. Tous les jours, il a besoin de sérums, de vaccins, de médicaments en ampoules, d'insuline, de médicaments opothérapiques, tous produits que peuvent seuls préparer des laboratoires spécialisés. Il en est de même d'autres produits dont la préparation est longue, minutieuse, par conséquent coûteuse, plus coûteuse souvent que la spécialité dont le prix de revient est abaissé au minimum grâce à la standardisation et au perfectionnement des méthodes techniques.

En voulez-vous des exemples?

Les granulés de Strophantus Catillon (trente granulés) coûtent 5 francs l'étui. Trente granulés d'extrait de strophantus taxés au tarif officiel reviennent à 5 fr. 50.

La maison Carrion présente ses produits opothérapiques en boîtes de vingt-quatre cachets de 0g20. Ces cachets de poudre d'ovaire sont vendus 8 fr. au public. La préparation magistrale de ces mêmes cachets au tarif officiel coûtera 10 fr. 30.

Ces deux exemples permettent d'affirmer que *la liberté de prescription n'est pas un danger pour les finances des caisses.* Admettons cependant que par une véritable aberration de nos législateurs le médecin soit mis dans l'impossibilité de prescrire les spécialités : Verrons-nous les praticiens obligés de revenir à la vieille pharmacopée? Je doute qu'ils aient le temps, comme jadis, d'écrire à tête reposée plusieurs pages de formules magistrales; si certaines spécialités seulement sont admises, si leur choix est différent suivant les caisses, comment le médecin s'y reconnaîtra-t-il?

La conclusion s'impose : *Si les médecins ne peuvent se passer de spécialités, les malades ne le peuvent pas davantage.*

La limitation du droit de prescription serait un malheur pour la santé publique.

Cette limitation arriverait à créer deux classes de malades, ceux qui auraient les moyens d'acheter, en dehors de caisses, les médicaments de leur choix, et ceux, moins fortunés, qui ne le pourraient pas, ce serait une mesure *antidémocratique et inique.*

Mais toutes les fois que, sous prétexte d'égalité, on s'en remet à l'Etat pour remplacer la Providence on aboutit fatalement à des mesures démagogiques qui annihilent tout effort et découragent toute initiative.

F. L. S.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 22 oct. 1927, n° 85, p. 1400.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE HYPOSTHÉNIQUE

1° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau ou de boisson.

2° Après les repas, VIII à X gouttes de la mixture :

Teinture de fèves de Saint-Ignace....	10 gr.
Teinture d'ipéca................	2 gr.
Teinture de badiane................	3 gr.

Mêlez et filtrez.

Eaux minérales et stimulantes (Vichy-Célestins ou Pougues).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Ophtalmologie en clientèle, par A. Rochon-Duvigneaud et P. Descola. In-8 de 907 pages. — Prix : 55 fr. — Paris, N. Maloine.

Études sur la circulation de l'influx nerveux dans l'arc réflexe, par A. Radovici, docent de neurologie à la Faculté de médecine de Bucarest. Préface de G. Bourguignon. Un volume de 110 pages avec 27 figures. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

N° 90. — MERCREDI 9 NOVEMBRE 1927. 100e ANNÉE MERCREDI 9 NOVEMBRE 1927. — N° 90.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 4 novembre. — Questions données : « Formes et évolution de la syphilis acquise de l'aorte sans l'anévrisme et sans le diagnostic. — Signes et diagnostic de l'anévrisme artério-veineux des membres. »

MM. Gibert, 24 ; Audemar, 22 ; Beuzart, 19 ; Mlle Landowski, 26 ; M. Rousset, 16 ; Mlle Valentin, 25 ; MM. Cossa, 22 ; Mencière, 18 ; Colin, 22 ; Voillemin, 19.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — A l'occasion de la rentrée de l'Université de Paris le diplôme et les insignes du grade de docteur *Honoris causa* ont été remis à MM. les professeurs Fibiger (de Copenhague) et F. Henrijean (de Liége).

M. Fibiger, titulaire du prix Nobel de médecin en 1927 est connu surtout par ses beaux travaux sur le cancer.

M. le professeur Henrijean a publié d'admirables travaux sur la physiologie et la thérapeutique cardiaque. Il s'est imposé au respect et à la gratitude de son pays par sa courageuse conduite pendant l'invasion. C'est enfin un des meilleurs amis de la France.

Nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de nos bien vives et respectueuses félicitations.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Il est créé un emploi d'agrégé des facultés de médecine (anatomie pathologique, emploi d'Université).

Cet emploi sera supprimé le jour où la fondation pour le développement de l'Institut du cancer cessera de verser au budget de l'Université le traitement et les indemnités afférentes audit emploi. (*J. O.*, 6 nov. 1927.)

— Bordeaux. — Le conseil de la Faculté a proposé au ministre *pour la chaire d'ophtalmologie* : en première ligne M. Teulières, en deuxième ligne M. Cabannès.

Pour la chaire de dermatologie : en première ligne M. Petges, en deuxième ligne M. Bonnin.

Pour la chaire d'anatomie : en première ligne M. Villemin, en deuxième ligne M. Dubecq.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Ministère de l'Hygiène. — *Médaille d'or.* — M. le professeur Gross, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Nancy ; M. le docteur Ginestous (de Bordeaux), Mlle le docteur Hamilton (de Bordeaux).

Médaille d'argent. — MM. le professeur Simon, le docteur Gœpfert (de Nancy).

Médaille de bronze. — Mlle le docteur Dubreuilh (de Bordeaux).

MÉDECINS INSPECTEURS ADJOINTS D'HYGIÈNE. — Il sera ouvert à Rennes, le 29 novembre 1927, à la Préfecture d'Ille-et-Vilaine, un concours sur titres pour la nomination de deux médecins inspecteurs adjoints d'hygiène.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 25 novembre 1927.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade de commandeur.* — M. Visbecq, médecin inspecteur, directeur du Service de santé du Maroc.

Au grade d'officier. — M. Maire, médecin-major de 1re classe.

Au grade de chevalier. — MM. Pourteau, de Bernard de Seigneurens, Dechezelle, Gauthier, médecins-majors de 2e classe ; Bouron, Laney, médecins-majors de 2e classe des troupes coloniales.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur M. Philip (de Bordeaux).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Hechemann (de Mézières) et Muzy (de Saint-Rambert-sur-Loire).

MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — Le dîner de rentrée des « Médecins parisiens de Paris » a eu lieu le 20 octobre, sous la présidence d'honneur de M. le professeur Ch. Richet et du docteur P. Blondin, président en exercice.

Le nombre imposant des présences à ce dîner témoigne du plaisir qu'eurent ces confrères parisiens à se retrouver réunis dans leur ville natale, après la dispersion habituelle des vacances; douze nouveaux membres furent élus au cours de cette réunion des plus gaies et des plus cordiales.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au secrétaire général, docteur Pierre Prost, 119, boulevard Malesherbes, Paris (VIIIe).

L'**ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS** aura l'honneur de ranimer la flamme sous l'Arc de Triomphe le mercredi 16 novembre, à 5 h. précises du soir. Le Comité invite tous ses membres à assister à cette pieuse cérémonie.

LA VIE MÉDICALE. — Nous apprenons que notre excellent confrère et ami le docteur Darras prend, avec le docteur Mainot, la direction de la *Vie médicale*. Nous sommes heureux de lui adresser toutes nos amicales félicitations et nos meilleurs vœux.

Madame DEJERINE

Nos lecteurs n'apprendront pas sans peine la mort de la vénérable Mme Dejerine. De bonne heure, celle qui devait, si dignement, porter le nom d'un des plus illustres neurologistes de notre époque, faisait ses preuves. Elle avait été la première femme nommée à l'internat (1887). Quelques années plus tard, elle soutenait, sur les *Paralysies radiculaires du plexus brachial*, une thèse restée classique. Devenue la femme du professeur Dejerine, elle l'avait aidé dans toutes ses recherches, multipliant les coupes, dessinant les préparations, établissant les schémas, contribuant, de toute son énergie, au succès de l'œuvre grandiose qu'il avait entreprise. C'est grâce à elle, c'est grâce à sa collaboration qu'il a pu édifier ce monument impérissable qui s'appelle l'*Anatomie des centres nerveux* (1893). Elle avait aussi pris une part importante, encore que discrète, à l'élaboration de la *Séméiologie des affections du système nerveux* (1914). Depuis lors, son activité ne s'était pas ralentie. Elle avait publié, dans les Revues spéciales, de nombreux mémoires que marquaient une forte érudition, un goût singulier de l'analyse fine, un souci extrême de précision. Pour honorer la mémoire de son mari, elle avait créé, à la Société de neurologie, un *Fond Dejerine*, et installé, à la Faculté de médecine, un laboratoire dont elle avait confié la direction à Jumentié, et où tous les neurologistes étaient certains de recevoir le meilleur accueil. Tant de labeur n'avait pu passer inaperçu. En 1915, la Société de neurologie l'appelait à présider ses séances. Il y a quelques années, la Société de biologie l'avait, à l'unanimité, nommée membre titulaire. Elle était officier de la Légion d'honneur.

Femme de tête, Mme Dejerine était aussi une femme de cœur. Elle était, pour les élèves de son mari, la *bonne patronne*, toujours prête à les encourager, à diriger leurs travaux, à partager de leur vie les joies et surtout les peines. De tous ceux qui ont été reçus chez elle, aucun qui ne lui ait voué un culte, aucun qui ne parlât d'elle avec une secrète et tendre émotion, faite d'affection, de respect et de reconnaissance. Aux années de guerre, cette Française d'adoption avait pris la direction, aux Invalides, du service réservé aux grands blessés nerveux. Combien de fois, maternellement, ne s'est-elle pas penchée sur leurs affreuses plaies! Dans combien de circonstances n'a-t-elle pas remonté les courages défaillants! Et n'était-elle pas bien qualifiée pour parler à des braves, celle qui jadis, au péril de sa vie, avait sauvé deux existences en se jetant à l'eau, tout habillée, et à laquelle, pour récompense de son magnifique exploit, avait été décernée la grande médaille de sauvetage?

Lorsque sa santé a commencé à s'altérer, elle n'en a pas moins continué sa tâche, comme si l'avenir lui appartenait, cachant ses souffrances, souriant à la douleur, qu'elle avait déjà si souvent rencontrée sur son chemin. Comment ne pas s'incliner très bas devant la dépouille de cette noble femme? Comment ne pas saluer une dernière fois sa chère et douce mémoire? Comment ne pas dire à ses enfants, M. et Mme Sorrel-Dejerine, qu'il est aussi le nôtre, ce deuil que leurs existences unies ne cesseront plus de porter?

L. BABONNEIX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 7 novembre. — Jury : MM. Sebileau, président; Couvelaire, Rouvière et Ombrédanne. — M. Ballaire. Etude sur la Maternité Baudelocque (année 1925). — M. Hénault. La prothèse des pertes de substances des maxillaires supérieurs. — M. Sassier. Les lymphatiques des parois de la cavité buccale. — M. Angeras. De l'ostéohypertrophie congénitale.

Mardi 8 novembre. — Jury : MM. Bernard, président; Cunéo, Carnot et Balthazard. — M. Braunstein. Etude sur la tuberculose pulmonaire. — M. Coliez. Etude sur les embaumements. — M. Pelissier. L'hypertension artérielle solitaire. — M. Beaume. Prothèse en ivoire pour réparer les pertes de substance des os. — M. Chabaud. Formes cliniques étiologiques des corps articulaires.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Brumpt, Desgrez, Nicolas, Maignon, Dechambre, Moussu, Henry et Robin. — M. Gallot. Etude sur le sérum du cheval. — M. Gutknecht. Rôles des sécrétions génitales. — M. Chatelain. L'élevage du mouton au Maroc. — M. Heuze. La bronchite vermineuse dans le Bessin. — M. Chevrel. Etude de l'ostéomalacie chez le porc.

Mercredi 9 novembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Lemierre, Coquot, Robin, Henry et Panisset. — M. Berthelot. La hernie ombilicale des poulains. — M. Pernot. Etude clinique de la piroplasmose.

DEUX OBSERVATIONS DE PUSTULE MALIGNE

Par MM. FERRAND,
Médecin de l'hôpital Saint-Joseph,
VAN DER HORST et LECONTE,
Internes à l'hôpital Saint-Joseph.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans notre service spécial de maladies contagieuses deux cas de charbon tout à fait différents. Nous en rapportons d'abord les observations.

Observation I. — M. F. M..., âgé de quarante-huit ans, se présente le 4 janvier 1927 à la consultation des maladies de peau de l'hôpital Saint-Joseph, parce qu'il présente une plaie de la région sous-angulo-maxillaire gauche, accompagnée de dysphagie assez marquée.

Cette plaie, d'après lui, aurait commencé cinq ou six jours auparavant par un « petit bouton » auquel le malade n'a pas pris garde, pensant qu'il s'agissait d'un furoncle. Mais ce « bouton » se serait vite ulcéré, sans donner issue à du pus, en même temps que son volume s'accroissait rapidement.

M. Lenglet qui voit alors le malade, pense à une pustule maligne et l'envoie immédiatement dans le service des contagieux pour y être hospitalisé et traité.

Le malade entré dans ce service, on se trouve en présence d'un sujet robuste, fortement charpenté, dont l'aspect extérieur exprime une anxiété marquée, quoique cet homme n'accuse pas, à proprement parler, de véritable douleur, en dehors des mouvements de déglutition qui sont pénibles.

Le visage est œdématié, surtout du côté gauche et légèrement cyanosé; les ganglions carotidiens et sous-maxillaires sont engorgés, sensiblement de la même façon des deux côtés, donnant l'aspect classique de cou proconsulaire. Les yeux sont saillants, larmoyants et injectés.

Localement, la plaie se compose d'une escarre noirâtre, épaisse, de la taille d'une pièce de 2 fr.; elle est entourée d'une aréole inflammatoire, surélevée, *sans vésicules*. Elle siège exactement à 2 centimètres au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur. L'œdème est au maximum dans la région située autour de l'escarre.

Les ganglions satellites et ceux de l'autre côté sont gros, durs, entourés d'une zone de périadénite assez marquée.

On pratique ensuite un examen minutieux (au miroir de Clar) de la gorge du malade, car il se plaint surtout de dysphagie. On note une nécrose complète de l'amygdale gauche, du pilier et de la partie du voile du palais qui l'entourent, le tout étant transformé en une masse noire semblant prête à se détacher, et communiquent à l'haleine une fétidité assez marquée. Le reste du voile est rouge sombre. L'amygdale du côté opposé est sensiblement normale.

Comme cette escarre amygdalienne se trouve juste sur la même ligne que l'escarre cutanée, on envisage un instant l'hypothèse d'une plaie perforante et infectée causée par un instrument pointu, plaie dont l'origine aurait pu être dissimulée par le malade, d'autant plus qu'un examen extemporané de sérosité et de sang recueillis au niveau de l'escarre cutanée ne montre pas la bactéridie charbonneuse.

La température est à 39°6 et le pouls est en rapport régulier et assez bien frappé. L'auscultation du cœur et des poumons ne montre rien de particulier.

L'interrogatoire de cet homme, repris minutieusement, nous apprend les faits suivants : employé dans l'alimentation, il déchargeait des caisses de conserves, dans le quartier du Mail, lorsqu'il aurait ressenti brusquement, du côté gauche du cou un petit élancement. Il a pensé sur le moment s'être éraflé avec un clou de caisse, et a continué son travail sans se soucier de regarder la cause ni le siège exact de cette petite sensation douloureuse.

Les jours suivants seulement, il aurait commencé à s'inquiéter voyant l'extension que prenait le petit « bouton » initial. Néanmoins il ne se serait décidé à consulter que six ou sept jours après, et surtout à cause de la douleur qu'il ressentait dans la gorge.

Le jour de son entrée, étant données les recherches de laboratoire négatives, on lui fait 40 cm³ de sérum antigangréneux polyvalent par voie intramusculaire, on touche à la poudre de novarsénobenzol l'escarre amygdalienne, et l'on cherche à remonter l'état général. En même temps, on pratique une prise de sang pour une hémoculture.

Le lendemain matin, l'état général du malade s'est beaucoup aggravé : l'œdème a encore augmenté, sa teinte cyanotique est plus foncée. La température est tombée à 38°4, mais le pouls est franchement mauvais, aux environs de 100, mal frappé, irrégulier. Le malade urine très peu. Les extrémités sont refroidies, et le visage est moite de sueur froide. Cet homme éprouve la plus grande peine à bien parler et à ouvrir la bouche. Il paraît avoir conservé sa lucidité d'esprit, mais est atteint de prostration profonde.

L'hémoculture s'est montrée nettement positive : les bactéridies charbonneuses foisonnent dans le champ du microscope. D'autre part, une culture faite avec la sérosité de la pustule montre également un grand nombre de bactéridies. On inocule un cobaye avec quelques gouttes de cette culture.

Pour ce qui est du traitement du malade, bien que l'on ait gardé très peu d'espoir, on pratique une injection de 40 cm³ de sérum anticharbonneux de l'Institut Pasteur, par voie intramusculaire, et on continue les toni-cardiaques.

Le malade meurt dans la soirée, dans le collapsus, ayant conservé sa lucidité presque jusqu'à la fin. Le lendemain, le cobaye inoculé mourait également et son autopsie montrait les lésions caractéristiques du charbon, et on obtenait des cultures positives par ensemencement de son sang.

Obs. II. — M. T. C..., âgé de trente-deux ans, camionneur est victime, le 22 avril dernier, d'un très léger accident de travail : chargé d'effectuer le transport de peaux, il se fait, en tombant sur un cuir, une légère excoriation au niveau du menton.

En quelques jours, la surface de la plaie augmente rapidement d'étendue et le 25 avril, il se présente au dispensaire chirurgical de l'hôpital Saint-Joseph porteur d'une véritable pustule.

Le siège de cette pustule est la région médiane du menton, la taille est celle d'une pièce d'un franc. Le pourtour, rouge et surélevé, est légèrement œdématié. Une croûte noirâtre facilement décollable recouvre la surface.

Enfin, il existe une adénopathie bilatérale nettement plus marquée à droite. A ce niveau, les ganglions de la chaîne carotidienne sont pris avec périadénite légère : un ganglion plus volumineux siège au niveau de l'angle de la mâchoire sous le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

A gauche, au contraire, les ganglions sont de siège sous-maxillaire et sous-angulo-maxillaire, durs, sans périadénite, plus superficiels.

Des deux côtés, ils sont légèrement sensibles à la palpation.

L'état général est bon, le pouls bat régulièrement à 80. La température est de 37°8.

Dans les urines existent des traces d'albumine.

L'ablation de la croûte superficielle laisse apparaître une ulcération d'aspect grisâtre à bords découpés, à fond purulent.

Malgré la conservation d'un bon état général, la régularité du pouls et l'absence de fièvre élevée, le diagnostic de pustule charbonneuse est porté reposant sur :

1° Les caractères physiques de la pustule et l'existence de l'adénopathie;

2° La nature bien particulière de l'accident de travail qui avait précédé de quelques jours l'apparition de cette pustule.

Le malade est mis en observation dans le service des contagieux, à l'hôpital Saint-Joseph, et un examen bactériologique direct (frottis du pus de la pustule) est immédiatement pratiqué. Il montre l'existence de la bactéridie charbonneuse.

Le malade reçoit, dès son entrée, par voie intramusculaire et par voie sous-cutanée 40 centimètres cubes de sérum spécifique. Il est en outre institué un traitement tonique général.

Les jours suivants l'état du malade reste sensiblement le même : la pustule a tendance à s'élargir et à se creuser, tandis que ses bords se surélèvent et s'œdématient. Il existe en outre un empâtement profond plus marqué.

L'adénopathie semble être légèrement diminuée. Aucun des ganglions de la chaîne carotidienne droite ne devient fluctuant, rendant ainsi illusoire toute ponction.

Les cultures faites avec le pus prélevé le premier jour restent négatives.

La sérothérapie est continuée à même dose pendant les quatre premiers jours et le pourtour de la pustule est cautérisé au galvanocautère (ignipuncture).

Il n'est pas fait d'hémoculture. Le 30 avril la température est à 37. Il est fait ce même jour un nouvel examen bactériologique direct et le pus de la pustule est à nouveau ensemencé. Frottis et cultures ne montrent que du staphylocoque.

Les jours suivants l'état général reste bon, et la température se maintient entre 37 et 37°5 avec un léger crochet à 38 les 6 et 7 mai.

Malgré la reprise de la sérothérapie le huitième jour et la cautérisation, la pustule continue à s'étendre et à s'ulcérer jusqu'au 15 mai.

A partir de cette date l'induration disparaît, le fond se nettoie, les bords bourgeonnent, mais la guérison complète n'est pas encore obtenue à la fin juin.

Localement ont été employés au niveau de la pustule le sérum anticharbonneux à défaut de bouillon-vaccin puis la poudre de novarsénobenzène.

Cette observation malgré l'absence de cultures et d'hémocultures positives, et d'inoculation au cobaye, résume une évolution fruste de la maladie dont la seule manifestation a été la pustule et l'adénopathie, avec disparition rapide au niveau de la pustule de la bactéridie charbonneuse.

Le malade quitte l'hôpital incomplètement guéri. Il est obligé d'y revenir quinze jours plus tard : à ce moment on voit au niveau de la pustule une infection secondaire, point de départ de l'infection ganglionnaire du cou. La désinfection à l'aide de bouillon-vaccin antistaphylococcique et incision d'un ganglion suppuré amenèrent rapidement la guérison.

Il nous a paru intéressant de réunir ces deux observations d'une même maladie (aujourd'hui, heureusement assez rare), en raison surtout de leur dissemblance. Ce sont bien deux cas d'infection dus à la bactéridie charbonneuse : à défaut de la clinique les examens biologiques pratiqués au laboratoire ne peuvent laisser aucun doute à ce sujet; à part cette identité de germes tout chez eux est différent.

La contamination du premier n'offre aucun des caractères classiques : tandis que le second est un ouvrier qui travaille dans les peaux brutes, qui les transporte et s'est blessé à la face, le premier est un livreur de magasin qui se fait par hasard une éraflure de la région cervicale en soulevant une pile de cartons. Rien ne pouvait faire supposer là une inoculation par la bactéridie charbonneuse. Et cependant c'est lui qui va présenter la forme la plus grave : tellement grave que la lésion locale n'a même pas le temps d'évoluer : la plaie scarifiée de la région cervicale n'est pas entourée de l'aréole classique, de la collerette avec points vésiculeux comme elle le sera sur le second. En revanche une nécrose profonde forme un foyer pénétrant jusqu'à l'amygdale du même côté. Cette gangrène brutale, rapide et massive ne peut aller sans une infection généralisée de l'organisme et c'est bien de septicémie que semble cliniquement mourir ce malade. Le traitement semble ici inefficace : sérum antigangréneux, comme sérum anticharbonneux ne produisent aucun résultat; le second, il est vrai, est arrivé tard; mais la lésion gangréneuse, l'aspect du malade, son état de septicémie nous avaient fait le premier jour préférer le sérum polyvalent antigangréneux, car la clinique ici faisait plus craindre la déficience de l'état général que l'aggravation de l'état local.

Chez le second malade la sérothérapie est intervenue à temps : pas de dissémination, pas de septicémie. De plus les pansements locaux de la pustule, imbibés de sérum anticharbonneux, ont paru avoir une excellente action. La plaie s'est rapidement transformée quoique la guérison en ait été très longue, prolongée même par une infection secondaire.

Ces deux formes de la maladie sont évidemment connues; elles sont décrites dans les classiques et la pustule maligne y trouve sa description à côté de l'œdème malin. La rareté de cette dernière variété justifierait à elle seule notre observation : mais pouvoir comparer ces deux évolutions cliniques à quelques jours d'intervalle est plus rare encore; d'ailleurs leur dissemblance d'étiologie, d'aspect, d'évolution et de terminaison autoriserait à en faire deux maladies bien distinctes si le lien bactérien n'était prouvé par les examens de laboratoire et n'obligeait à les considérer comme une même maladie.

Nous avons voulu seulement signaler cette opposition clinique et rendre publiques deux observations curieuses de charbon dans l'espoir qu'elles seront utiles à ceux qui en réuniront ultérieurement des cas analogues et plus nombreux.

VALEUR NÉGATIVE DE LA SYMPATHECTOMIE

DANS LA TUBERCULOSE OSTÉO-ARTICULAIRE (1)

Par le docteur MENCIÈRE (de Reims).

Je désire ajouter quelques mots à ce qui a été dit ici au sujet de la sympathectomie.

Tout d'abord nos remerciements vont à nos rapporteurs pour les rapports si remarquables qu'ils nous donnent sur une question encore aussi neuve, aux documents épars et parfois contradictoires. J'ai cru entrer dans leurs vues en apportant une pierre à l'édifice sous forme « d'un fait expérimental » jugeant de l'action de la sympathectomie dans les tuberculoses osseuses et articulaires.

Je ne veux donc m'en tenir qu'à un tout petit chapitre du rapport de M. Leriche : « La sympathectomie dans la tuberculose ostéo-articulaire. »

Je n'ai qu'une observation, mais les conditions qui ont accompagné les différentes phases de cette

(1) Communication faite au Congrès de chirurgie.

observation me font un devoir de vous la communiquer et de la verser aux débats d'autant plus qu'elle démontre avec une rigueur toute expérimentale le bien-fondé de l'opinion émise par M. Leriche. Je cite son texte : « Du moment que la sympathectomie péri-artérielle est un moyen puissant d'hyperhémie, il était logique d'essayer de modifier par elle les tuberculoses ostéo-articulaires. Son action est de même sens que celle de la méthode de Bier et de l'héliothérapie. Je pense cependant qu'il soit jamais venu à l'idée de personne que la sympathectomie pouvait guérir en trois semaines une tuberculose. Ce serait absurde. Mais il était permis d'espérer, comme l'a fait Florescu, une action favorable sur l'évolution des lésions et une accélération de la marche vers la guérison », et il ajoute : « Cependant, je n'ai jamais été très séduit par cet espoir. Je crois, en effet, que le problème de la guérison de la tuberculose, dès qu'il y a une lésion destructive, est avant tout, et sera, pendant longtemps encore, un problème mécanique d'affaissement ou d'excision ».

J'arrêterai là la citation, ne voulant pas discuter ici, l'ayant fait ailleurs (1), de la possibilité d'activer la prolifération du tissu conjonctif d'où l'application à la guérison des cavités osseuses par plombage avec tissu sain. C'est cependant un mode de guérison que j'ai étudié et démontré depuis de nombreuses années et je n'en veux pour preuves que les guérisons obtenues par mon procédé de phénopuncture où je crée volontairement les cavités en plein tissu tuberculeux. J'obtiens, non une guérison clinique par enkystement, mais une guérison anatomique au sens précis du mot.

Quoi qu'il en soit la question qui se pose est celle-ci : pouvons-nous, en présence d'une ostéo-arthrite tuberculeuse, proposer la sympathectomie bien qu'il était permis à Florescu de l'espérer? Mon observation répond franchement : non.

Héliothérapie, rayons ultraviolets, immobilisation, puis sympathectomie pratiquée dans le but de modifier l'évolution d'une tumeur blanche, en avril 1925, opérateur : maître incontestable en notre art, donc opération irréprochable. — Tout échoue.

Je vois à Reims, le 20 avril 1927, cette malade âgée de trente et un ans, de nationalité espagnole. Elle est impotente, se traînant avec une béquille et une canne, malade depuis sept années, affligée d'une tumeur blanche du genou droit.

Circonstance particulière et qui m'a rendu le diagnostic fort délicat :

Wassermann positif,
Vernes faiblement positif,
Hecht nul,
Vernes à la résorcine négatif.

Un traitement spécifique s'imposait à la suite duquel d'ailleurs, le laboratoire me répond :

Wassermann négatif,
Hecht négatif (1).

Mais, localement, la malade est dans le même état et toujours non guérie..., il y a sept ans que cela dure.

J'opère cette malade le 29 juin 1927 suivant ma technique habituelle : Incision en U de Langenbeck, résection très économique, une pointe de phénopuncture (2) à ciel ouvert au niveau de chaque condyle fémoral et j'agis de même au niveau des plateaux du tibia.

Phénolisation large, suivie d'un lavage à l'alcool antidote de l'acide phénique.

Pour la technique, je renvoie à mes nombreux mémoires et, en particulier, à ma communication au Congrès français de chirurgie de 1925 : traitement de la tumeur blanche du genou (3). On y trouvera observations, examens de laboratoires, documents et bibliographie concernant ma technique.

Un prélèvement est fait en plein épiphyse, au niveau des pointes de phénopuncture, et un cobaye est inoculé.

Quant à la recherche du gonocoque, elle demeure négative.

Le 10 septembre 1927, le laboratoire de l'École de médecine me répondra :

Inoculation au cobaye du 29 juin 1927 : positive.

Quant au lambeau cutané, il a été réuni au centre par du catgut et laissé assez largement ouvert sur les côtés pour les lavages quotidiens suivant la technique, pendant toute la période que j'ai nommée « période de déchets et d'élimination des tissus mortifiés », puis on termine par la méthode d'embaumement (4) pour activer la formation des tissus conjonctifs « de cicatrices » (5).

Un mois et demi après l'opération, la cicatrisation est terminée, l'état local et général parfait, les contours osseux nets. Il n'y a pas de raisons pour que cette observation, vérifiée par l'inoculation au cobaye ne vienne s'ajouter à celles que je vous ai déjà soumises au Congrès de 1925, à propos du rapport sur la tumeur blanche du genou (6).

J'ai eu l'impression, en opérant cette malade, que l'on avait affaire à une épiphysite avec retentissement sur l'articulation. La radiographie indique une décalcification étendue montant jusqu'aux diaphyses

(1) Ostéomyélite traumatique prolongée et fistules osseuses, plus particulièrement au niveau du tibia et des moignons (projections et clichés stéréoscopiques), *XXXIe Congrès franç. de chir.*, 1922.

(1) Tous ces examens pratiqués par le professeur Techouyères.

(2) Mèche de 12 millimètres de diamètre, pointe de phéno-puncture totale, traversant l'épiphyse allant jusqu'à la corticale postérieure.

(3) Discussion du rapport.

(4) *Lancet*, 6 fév. 1915; *Paris méd.*, 13 fév. 1915; *Bull. de l'Acad. de méd.*, 24 août 1915; MENCIÈRE. *Méthode conservatrice en chirurgie de guerre*; *Arch. prov. de chir.*, sept.-oct.-nov.-déc. 1915, tiré chez Monnoyer, Le Mans.

Ostéomyélite traumatique prolongée et fistules osseuses, *Congrès franç. de chir.*, 1922. Ce mémoire contient une étude biochimique concernant la méthode, notamment un aperçu sur son action excitatrice, de la croissance du tissu de bourgeonnement et enfin la bibliographie complète de ma méthode d'embaumement des plaies. Technique du pansement par embaumement très clairement exposée dans Blaque et Creignou, Baillière, 17, rue Hautefeuille, Paris.

(5) MENCIÈRE. Ostéomyélite traumatique prolongée et fistules osseuses, *Congrès franç. de chir.*, 1922.

(6) Traitement de la tumeur blanche du genou, *Congrès franç. de chir.*, 1925.

fémorale et tibiale. Cette remarque et le prélèvement fait au niveau des pointes de phénopuncture sont importants pour juger, en pareil cas, de la valeur curative du procédé bien qu'il soit essentiellement conservateur.

Je retiendrai de cette observation pour parler le langage expérimental :

Héliothérapie négative.

Immobilisation négative.

Rayons ultra-violets négatifs.

Traitement spécifique positif pour la syphilis (il s'agissait du scrofulate de vérole), négatif pour la tuberculose.

Sympathectomie négative bien que pratiquée avec une technique irréprochable, la valeur de l'opérateur en est un sûr garant.

Phénolisation et phénopuncture positives.

Il ne m'appartient pas de conclure, mais je voudrais que toutes nos observations, quand il s'agit d'un choix sur les méthodes, soient conduites avec la même rigueur expérimentale et bactériologique.

L'accord serait plus facile à condition que chacun de nous veuille bien suivre rigoureusement les techniques des auteurs.

IXe RÉUNION ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

(Paris, 7 octobre 1927) (1)

QUESTIONS DIVERSES

Arthroplasties de la hanche. — M. Phocas (d'Athènes), dans un cas d'arthrite ostéophytique traumatique de la hanche avec douleurs chez un homme de vingt et un ans, et dans un cas de luxation ancienne de la hanche chez un homme de vingt-deux ans, a pratiqué la résection de la tête fémorale et réadapté les morceaux de celle-ci au-dessus du col sous forme de butée osseuse.

MM. Lance et Huc (de Paris) font remarquer que cette technique a déjà été décrite dans le traitement des luxations congénitales postérieures de la hanche par le professeur Ombrédanne sous le nom de résection butée. On trouvera dans la Thèse de Garnier (Paris, juillet 1927) 4 observations dont une opérée des deux côtés.

Traitement des ankyloses vicieuses de la hanche par l'arthrodèse extraarticulaire. — M. Rendu (de Lyon) en apporte 3 observations sur de vieilles coxalgies guéries (malades de vingt-deux, trente et trente et un ans). Il insiste à juste titre sur la nécessité dans ces cas de pratiquer en même temps que le verrouillage de la hanche par le grand trochanter une ostéotomie intertrochantérienne de redressement.

Discussion. — M. Sorrel (de Berck). Dans les coxalgies anciennes non consolidées il faut distinguer deux groupes.

Dans le premier la tête fémorale a presque disparu, mais le col est en face du cotyle; l'opération du verrouillage est indiquée dans ces cas et donne de bons résultats.

Dans le deuxième il y a une telle ascension du fémur que le verrouillage est impossible. Dans ces cas c'est l'ostéotomie basse avec appui pelvien réinventée par Lorenz qui est l'opération de choix.

M. Mathieu (de Paris) montre les résultats qu'il a obtenus dans 5 cas dont 3 déjà anciens. L'ankylose osseuse est obtenue dans tous les cas. Mais le verrouillage par le grand trochanter est insuffisant. Il faut y joindre l'abaissement d'un volet taillé dans l'aile iliaque. C'est pourquoi à la tabatière d'Ollier il préfère l'incision antérieure qu'il a décrite.

Résultats obtenus par l'héliothérapie en altitude dans la tuberculose osseuse. — M. Cappelle (de Font-Romeu) montre 3 malades guéris d'ostéo-arthrite de l'épaule, de coxalgie, de tumeur blanche du coude avec des mouvements étendus.

Six cas d'arthrodèse de l'épaule. — M. Rochet (de Bordeaux) emploie, pour obtenir l'arthrodèse, des greffes périostiques qui assurent une fixité absolue de l'omoplate.

Ostéotomie dans un cas d'incurvation du tibia. — M. Sorrel (de Berck). A la suite d'ostéite, l'épiphyse fertile du péroné fut détruite et le tibia s'incurva. M. Sorrel pratique le redressement du tibia par ostéotomie cunéiforme et intercale le fragment dans l'hiatus laissé par l'écartement des deux bouts du péroné.

Opérations d'arthrodèse de la hanche. — M. M. Lombard (d'Alger).

Traitement chirurgical du métatarsus varus. — M. Ugo Camera (de Turin) montre les lésions observées dans ces cas à marche progressive. L'ostéotomie des métatarsiens (van Neck) a donné des résultats.

L'auteur lui préfère une ouverture large de l'articulation de Lisfranc avec redressement et transplantation tendineuse. Il projette les résultats excellents obtenus dans 2 cas.

Deux observations de rétention complète d'urine par spina bifida occulta. — M. François Jules rapporte ces 2 observations dans lesquelles la rétention d'urine s'accompagnait de constipation opiniâtre et de troubles sensitifs. L'opération au niveau du spina a amené la guérison rapide et complète des troubles.

Tumeur à myéloplaxes de l'astragale. — M. Michel (de Lyon). Il s'agit d'un enfant de huit ans et demi traité pour tumeur blanche, astragalectomisé. L'examen de la pièce montre une tumeur à myéloplaxes. Traitement radiothérapique. Guérison.

Deux pièces d'ostéosynthèse du rachis par la méthode d'Albee. — M. Delchef (de Bruxelles) montre une pièce enlevée soixante-dix-sept jours après l'opération. Il y a déjà une soudure indiscutable.

La deuxième date de deux ans après l'opération. Chez une femme morte de tuberculisation progressive (coxalgie, lésions pleuro-pulmonaires et rénales). Le foyer vertébral primitif est guéri et il s'est fait des foyers vertébraux au-dessus avec destruction vertébrale sans affaissement du rachis soutenu par un solide greffon.

Le greffon d'Albee a donc une valeur mécanique efficace.

Présentation d'une table orthopédique permettant la bascule latérale du malade. — M. Ducroquet (de Paris).

Présentation d'un lit à sommier conformateur en bois pour traitement du mal de Pott. — M. Perlis (de Paris).

Appareil à extension continue métallique à prise fémorale sus-condylienne. — M. Perlis (de Paris).

Elections. — Sont nommés :

Membres titulaires : MM. Calvé (de Berck), Lamy (de Paris), Piquet et Ingelrans (de Lille), Mencière (de Reims), Madier (de Paris), Pouzet (de Lyon), Cayre (de Berck).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 85, p. 1397, et n° 87, p. 1429.

Membres correspondants étrangers : MM. Peter BADES (Hanovre), BLANKOFF (Belgique), CHIAROLUNZA (Naples).

— Sujets mis à l'étude pour le Congrès de 1928 qui aura lieu le deuxième vendredi d'octobre :

Les luxations pathologiques de la hanche dans les arthrites aiguës. — Rapporteur : M. LEFORT (de Lille).

Traitement chirurgical du pied plat. — Rapporteur : M. ALLENBACH (de Strasbourg).

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1927)

Recherches histochimiques sur la répartition du calcaire dans la paroi de l'aorte normale de l'homme. — M. Pierre-P. RAVAULT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1927)

Sur une forme anormale de grippe hydropique et douloureuse. — MM. CARRIÈRE et AUGUSTE ont observé en 1925, à Fives-Lille, une maladie grave, contagieuse et épidémique qui a tourné court au bout de quatre semaines.

La maladie frappa surtout les femmes et les adultes. Elle atteignit 150 personnes dont une quinzaine succombèrent. Elle était caractérisée par une incubation courte, une ascension thermique à 40 degrés, de la rachialgie, des douleurs intolérables dans les mollets, des troubles gastro-intestinaux. Rapidement la situation devenait grave, adynamie, œdèmes. Au cours de la deuxième semaine la température se maintenait en plateau à 39°5. Sueurs profuses, stupeur pseudo-typhique. La troisième semaine était marquée par l'apparition d'une polynévrite sensitivo-motrice. La quatrième semaine, enfin, voyait se produire la défervescence.

On observa des formes variées, suivant la prédominance d'un symptôme ou son intensité ou l'apparition de complications.

Le traitement fut un traitement symptomatique; quant aux examens de laboratoire et aux autopsies, ils n'ont pas éclairé la question.

Les auteurs considèrent qu'il s'agissait là d'une forme anormale de grippe.

Contribution à la physiologie de l'oreille. Du rôle des arcades Corti dans l'audition. — M. BONAIN (de Brest) détermine le rôle des arcades de Corti dans l'audition. C'est un rôle de dissociation, par diffraction à travers les réseaux latéraux du tunnel formé par ces arcades, des ondes sonores complexes et aussi, très probablement, des masses sonores transmises à l'oreille dans un même temps. Ce rôle est le même que celui d'un réseau optique sur les ondes lumineuses complexes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1927)

Myosclérose rétractile hérédo-syphilitique. — MM. P. CARNOT, M. BARIÉTY, Et. BOLTANSKI et Jean WEILL présentent une malade âgée de vingt-sept ans, atteinte de myosclérose rétractile diffuse prédominant aux membres inférieurs. L'intérêt de cette observation réside, d'une part, dans le jeune âge de la malade, l'affection étant considérée habituellement comme particulière au vieillard; d'autre part, l'étiologie hérédo-syphilitique s'impose ici par la coexistence de nombreuses malformations de la face, des dents et du squelette. Par ailleurs, on note une artérite incontestable des membres inférieurs.

Bronchite capillaire suffocante de l'adulte. Diagnostic avec la granulie. — M. ROCH (de Genève) discute les signes différentiels d'avec la granulie. Importance des anamnèses, notamment la notion de grippe, l'expectoration qui contient le bacille de Pfeiffer, les ombres radiographiques qui ont une forme allongée et diffuse, l'évolution des ombres qui s'effacent progressivement.

M. HAYEM rappelle que l'examen du sang, en montrant une augmentation du réticulum fibrineux et une augmentation des globules blancs, aide au diagnostic.

M. HALLÉ rapproche le cas rapporté par M. Roch au catarrhe suffocant décrit par Laennec.

Pneumothorax et laryngite tuberculeuse. — MM. P. AMEUILLE et J. TARNEAUD présentent deux malades atteints de laryngite tuberculeuse consécutive, comme d'ordinaire, à des lésions pulmonaires et qui ont été rapidement, en quelques semaines, guéris de leurs lésions laryngées par le pneumothorax artificiel. L'un des deux malades avait des lésions bilatérales et c'est l'établissement d'un pneumothorax double simultané qui est arrivé à produire cet heureux résultat. Comme il serait possible de mettre en doute la nature tuberculeuse de laryngites aussi vite guéries, une biopsie démonstrative a précédé chez la seconde malade l'établissement du pneumothorax et le résultat n'a pas été moins heureux.

Les sels de calcium et l'hydratation des tissus. — MM. LABBÉ et F. NEPVEUX ont étudié le rôle comparé des sels de sodium et de calcium dans l'hydratation des tissus. Chez les brightiques ils ont vérifié le rôle hydropigène du chlorure de sodium; chez les cirrhotiques ils ont retrouvé ce rôle, mais très atténué, le régime chloruré ne peut faire apparaître l'ascite, mais en accélère la reproduction. Chez les brightiques le rôle des sels de calcium est variable; en tout cas l'action déshydratante du Ca est bien moindre que l'action hydratante du Na. Chez les cirrhotiques l'action déshydratante reste faible et inconstante; elle ralentit seulement la formation de l'ascite ou accélère sa résorption.

Un cas de splénomégalie mycosique accompagnée de polycythémie. — MM. A. COYON, WILLEMIN-MOG et Mlle BRUN rapportent l'observation d'une jeune fille de douze ans et demi chez laquelle fut trouvée, à l'occasion de crises douloureuses abdominales mal caractérisées, une rate volumineuse. Il existait une polyglobulie qui s'exagéra progressivement et une légère réaction myéloïde. Par élimination on fut amené à porter le diagnostic de tuberculose splénique. La splénectomie, décidée en raison de l'aggravation de l'état général, détermina une mort brutale. L'examen histologique de la rate permit de découvrir les lésions caractéristiques de la mycose splénique.

Cause des vomissements rebelles du nourrisson. Guérison par le lait en poudre intégral. — M. VARIOT.

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1927)

Le diagnostic des splénomégalies mycosiques par les moyens de laboratoire. — MM. EMILE-WEIL, Paul CHEVALLIER et P. FLANDRIN. La réaction de fixation mycosique a donné des résultats intéressants, mais elle est assez rare pour que sa valeur ne puisse être négligée.

Chez 19 splénomégaliques, elle a été positive un grand nombre de fois. Elle n'est malheureusement pas positive chez les mycosiques; elle l'a été au cours d'une leucémie myéloïde. Chez les mycosiques eux-mêmes, elle peut être négative

avant l'opération; elle est toujours positive après l'opération ou lorsque le malade a présenté des hémorragies.

Sur un cas d'épithélioma nævique avec granulie cancéreuse. — MM. Léon Kindberg et Garcin présentent le cœur d'une malade qui mourut avec un syndrome d'ictère grave, une ophtalmoplégie complète de l'œil droit et une éruption disséminée sur tout le corps et luxuriante des nodules cutanés et sous-cutanés,

Le point de départ était un petit nævo-carcinome de la fesse enlevé il y a deux ans.

Le cas est remarquable par l'extraordinaire intensité des récidives, des milliers et des milliers de tumeurs infiltraient les divers parenchymes.

Cependant l'autopsie du système nerveux ne permet pas de retrouver la petite métastase qui, seule pouvait expliquer le « syndrome de la fente sphénoïdale » observé pendant la vie.

Deux cas de gangrène pulmonaire post-cancéreuse. — MM. Kindberg, Grandclaude et Cattan communiquent deux observations remarquables par un certain nombre de particularités cliniques.

Dans le premier cas, il s'agissait de cancer de l'œsophage. Le malade entra à l'hôpital pour une pleurésie aiguë à lymphocytes, d'allure tuberculeuse, qui masquait le foyer gangréneux qui se développa dans la suite. Seule, l'autopsie permit d'en retrouver l'origine.

Dans le second cas, il s'agissait d'une néoplasie médiastinale, sarcome probable, ayant donné un syndrome très accentué de compression veineuse. L'écran permit de suivre le développement d'une masse qui paraissait être l'extension de la tumeur. L'autopsie prouva qu'il s'agissait de gangrène massive du lobe supérieur droit.

Pneumopathie chronique à bacilles de Friedlander. — MM. Brulé, Huguenin et Gilbert-Dreyfus ont observé, pendant huit mois, une jeune femme qui, depuis neuf ans déjà, souffrait d'une pneumopathie caractérisée par une expectoration continue, des signes de bronchite avec foyers fixes de râles sons-crépitants, l'état général restant satisfaisant. De nombreux examens de crachats décélèrent en permanence et en abondance le pneumo-bacille de Friedlander.

La malade succomba. L'examen anatomique décela, en plusieurs foyers, une dilatation des petites bronches, avec sclérose ancienne très vasculaire. Ces lésions s'accompagnaient, selon les points, de sclérose pulmonaire, de splénisation ou de nodules broncho-pneumoniques.

Il semble bien que le bacille de Friedlander soit seul responsable de ces lésions broncho-pulmonaires.

Un cas de syphilis tertiaire du foie avec dilatation kystique des voies biliaires. — MM. Brulé et Boulin rapportent l'observation d'une femme âgée entrée à l'hôpital à la période terminale d'une syphilis hépatique accompagnée d'ascite et d'un ictère relativement peu accentué. Le diagnostic était rendu évident par l'existence de gommes cutanées multiples, d'une aortite et d'une réaction de Wassermann positive. La singularité du cas était constituée par l'existence, au-dessous du foie, d'une masse volumineuse, arrondie et fluctuante. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une énorme dilatation des voies biliaires, le cholédoque étant comprimé par une gomme hépatique.

Rôle de l'hypercarbonémie dans l'asthme et le coryza spasmodique. — M. Paulet-Perruche.

Infarctus du poumon au cours d'une insuffisance cardiaque consécutive à l'hypertension artérielle. — M. Olmer (de Marseille).

Deux cas d'intoxication par le dial. — MM. Dargein et Doré (de Toulon).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 12 octobre 1927)

M. le Président annonce la mort et prononce l'éloge de M. Kirmisson, ancien président de la Société, dont il rappelle la haute valeur morale, la probité scientifique et la dignité professionnelle.

Purpura hémorragique récidivant chronique. — M. Duval fait un rapport sur une observation de MM. Y. Bourde et Zucarelli (de Marseille) de purpura hémorragique chez une jeune fille de vingt-deux ans, traité et guéri par splénectomie. Ces cas sont rares, surtout en France; la splénectomie a amené une guérison durable qui n'avait pu être obtenue par aucune thérapeutique.

Occlusions intestinales itératives. — M. Cosacesco (de Bucarest) [rapport de M. Basset] a envoyé deux observations d'occlusions répétées, survenues après péritonite antérieure, quinze ans après dans le premier cas, trois mois après dans le second. Guérison après intervention dans les deux cas.

Rupture du diaphragme. — MM. Cosacesco et Zlotesco (de Bucarest) [rapport de M. Basset] ont observé un cas de rupture isolée traumatique du diaphragme, sans lésion viscérale ni pariétale, chez un homme de trente-cinq ans. Opération trois heures après l'accident. Laparotomie médiane, suture de la brèche diaphragmatique après réduction des viscères herniés. Mort après trente heures.

Abcès amibiens du foie. — M. Costantini (d'Alger) présente deux observations d'abcès amibiens du foie traités par l'hépatostomie et la suture sans drainage. Les malades soumis en même temps au traitement par l'émétine ont guéri tous deux. L'auteur estime que cette méthode permet de guérir simplement et rapidement la plupart des abcès amibiens du foie.

Les indications de la splénectomie dans les splénomégalies parasitaires. — M. Costantini revient sur la notion de l'infestation possible de la rate par des champignons parasites; il fait une étude très complète des données cliniques qui peuvent nous permettre actuellement de décider la splénectomie chez les malades atteints de splénomégalie parasitaire.

M. Grégoire pense que l'état du système veineux porte est d'une grande importance dans la détermination opératoire.

M. Fontoynont, qui a fait à Madagascar de nombreuses splénectomies pour rates palustres, a constaté qu'elles étaient extrêmement friables avec souvent des adhérences extrêmement sérieuses.

Résultats éloignés de la gastro-entérostomie dans l'ulcère de la petite courbure de l'estomac. — M. Hartmann, après avoir recherché ses anciens opérés, a constaté que les résultats éloignés de gastro-entérostomies dans les cas d'ulcères de la petite courbure étaient bien supérieurs à ce qu'il pensait; il rapporte sa statistique et conclut que la simple gastro-entérostomie correctement faite donne des résultats excellents dans le traitement des ulcères gastriques, même lorsque ceux-ci siègent sur la petite courbure.

(Séance du 19 octobre 1927)

M. Lecène, à propos de la communication de M. Cosacesco, apporte un cas de hernie diaphragmatique survenue après un traumatisme. Le malade n'eut aucune perte de connaissance, mais des vomissements; la radiographie montra que l'estomac était dans l'hémithorax gauche. Le blessé fut opéré plusieurs mois après l'accident, par voie abdominale, la brèche diaphragmatique fermée par un surjet de gros fil de lin, et la

guérison survint très simplement après un petit épanchement pleural sans importance.

Occlusion intestinale. — M. CARAVEN (d'Amiens) [rapport de M. Basset] envoie une observation d'occlusion intestinale mécanique au cours d'une première crise d'appendicite, chez une jeune fille de dix-huit ans; opération. Occlusion à la partie moyenne du grêle causée par l'appendice. Mort quelques heures après.

Rupture du foie. — M. GRIMAULT (d'Algrange) [rapport de M. Basset] a observé un cas de rupture traumatique du foie; le malade présentait de la contracture, un « ventre de bois »; à l'opération on constata une vaste brèche du lobe droit; guérison après suture du foie; le rapporteur revient sur l'étude des contractures de la paroi.

M. LECÈNE, à propos des contractures de la paroi, rappelle que dans certaines pneumonies de la base droite la contracture réflexe peut en imposer pour de l'appendicite.

M. PROUST demande que l'on distingue la contracture apparue spontanément ou consécutivement à un traumatisme : s'il n'y a pas eu de traumatisme la contracture de la paroi est toujours le signe d'une infection péritonéale.

Cancer inopérable du col traité par le radium. — M. PROUST fait un rapport sur une observation de M. L. MICHON (de Lyon) qui, chez une femme de cinquante ans, après avoir traité un volumineux cancer du col par le radium, eut une guérison locale; mais la malade mourut après métastases fémorales et hépatiques. Le rapporteur revient sur cette intéressante question déjà soulevée à la tribune de la Société et qui n'est pas encore résolue : La curiethérapie peut-elle déterminer la production des métastases? M. Proust ne le croit pas, et un certain nombre de membres de la Société donnent leurs avis à ce sujet :

M. J.-L. FAURE pense que le radium favorise les métastases; mais ce n'est pas selon lui une raison pour ne pas faire de radium dans les cas avancés, car il reste persuadé que l'on guérit aussi bien les bons cas par l'opération;

Pour M. MOCQUOT, il est important de préciser la nature histologique du cancer, car les métastases ne seront pas du tout de la même fréquence dans les adénocarcinomes ou après des cancers pavimenteux de l'utérus.

M. HARTMANN se demande si ce n'est pas la biopsie faite avant l'application de radium qui causerait la métastase.

M. MOURE s'associe aux idées de M. Mocquot.

MM. ROUX-BERGER et LECÈNE trouvent qu'on ne peut se faire une idée sur cette question qu'après avoir étudié des statistiques considérables.

Elections. — M. HOUDART est élu membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1927)

Mobilisation des plaquettes par l'asphyxie. Origine splénique de la plaquettose asphyxique. — MM. Léon BINET et M. KAPLAN montrent que l'asphyxie aiguë, réalisée chez le chien, détermine une élévation considérable des globulins ou plaquettes dans le sang circulant. Cette plaquettose asphyxique est relativement plus élevée que ne l'est la polyglobulie asphyxique antérieurement étudiée par ces auteurs; elle a le plus souvent disparu une heure après le retour de la respiration normale et elle est renouvelable, se répétant avec une nouvelle asphyxie.

L'analyse du phénomène a démontré l'origine splénique de cette plaquettose : il y a une « plaquettose de chasse » au cours de l'asphyxie, comme il y a une « polyglobulie de chasse » en rapport avec la spléno-contraction déclenchée par l'asphyxie.

Chronaxie des fibres motrices et sensitives du sciatique de grenouille : valeurs moyennes et variations. — MM. H. CARDOT et J. RÉGNIER. Les auteurs indiquent les valeurs moyennes trouvées d'après un très grand nombre d'expériences. Les chiffres indiquent que la chronaxie sensitive varie en fonction de la température comme le fait la chronaxie motrice. D'autre part, les valeurs trouvées pour les deux chronaxies sont identiques chez les animaux pesant plus de 20 grammes. Chez les petits animaux, au contraire, la chronaxie sensitive est en moyenne un peu plus faible que la chronaxie motrice.

La réaction de fixation appliquée aux diagnostics de certaines maladies microbiennes ou parasitaires communes à l'homme et aux animaux. — M. URBAIN présente le livre qu'il vient de publier.

Sur la pathogénie du zona. — M. Paul CHEVALLIER. L'auteur montre l'impossibilité d'admettre des théories trophique et nerveuse, et de longues études anatomiques et radiologiques, conclut que le zona est une *inflammation d'un territoire artériel fonctionnel.*

La floculation dans les mélanges antigène diphtérique sérum humain, et l'appréciation de l'immunité antidiphtéripue chez l'homme. — MM. RAMON et Ch. ZŒLLER ont appliqué au titrage de l'antitoxine dans le sérum humain la floculation. Le taux minime de l'antitoxine à déceler, la faible proportion de sérum utilisable les ont amenés à modifier légèrement la technique habituelle. Après mélange du sérum et de l'antigène (toxine ou anatoxine) et mise à l'étuve, on voit apparaître progressivement une opalescence, puis une floculation. La méthode décèle chez l'homme les quantités d'antitoxine au moins égale à l'unité antitoxique. Elle permet d'étudier le développement de l'antitoxine et de la réactivité acquise.

Les résultats obtenus au moyen de la réaction de floculation sont superposables à ceux que donne la méthode d'Ehrlich. La floculation se produit quelle que soit l'origine de l'immunité antidiphtérique qu'elle provienne d'une immunisation spontanée, d'une diphtérie typique ou d'une vaccination antérieure.

L'adrénaline exerce-t-elle une action stimulante directe sur les centres nerveux vaso-moteurs? — M. A. TOURNADE aborde l'examen de cette question à l'aide de sa méthode du rein « irrigué » antérieurement décrite. Il conclut : « L'adrénaline introduite dans la circulation paraît bien apte à stimuler le système vaso-constricteur, non seulement au niveau de ses terminaisons périphériques; mais aussi de ses centres. Toutefois cette dernière action apparaît médiocre; par surcroît elle est d'ordinaire plus ou moins neutralisée dans ses effets par la réaction vaso-dilatatrice, d'origine également centrale, que commande au même moment l'hypertension artérielle (par vaso-constriction périphérique) première conséquence de l'injection. »

Étude de la tension artérielle rétinienne de quelques épileptiques. — MM. J. DUBARD et J. PICARD ont constaté avec une très grande fréquence chez les épileptiques, des variations rapides de tension dans les vaisseaux de la rétine. Deux éléments différents leur apparaissent discernables : une émotivité visible se témoignant lors des examens par une accélération de pouls rétinien semblable à celle que l'on remarque lors de l'émotion provoquée chez les sujets normaux; une instabilité de la tension rétinienne diastolique en rapport manifeste avec l'instabilité de la pression rachidienne. Ces deux phénomènes témoignent du manque d'équilibre de toute la circulation cérébro-spinale des comitiaux.

Action vaso-motrice de l'adrénaline sur les muscles. Processus périphérique vaso-constricteur et processus central vaso-dilatateur. — M. R. GAYET, Mme Th. GAYET et Mlle H. GUILLAUME. — Depuis les travaux d'Hoskins, l'accord est fait

sur l'existence d'une réaction des vaso-moteurs des muscles squelettiques à la suite de l'injection d'adrénaline à l'animal. Cette réaction se fait dans le sens de la vaso-dilatation pure avec les doses moyennes. Pour éclaircir la nature véritable, de cette action, les auteurs expérimentent sur les membres inférieurs de deux chiens chloralosés, en comparant l'action de l'adrénaline : 1° dans les conditions normales; 2° sur une patte amputée et réanastomosée par ses propres vaisseaux; 3° sur une patte séparée du corps dont l'innervation a été respectée et dont la circulation est assurée par une dérivation carotido-jugulaire prise sur un autre animal. L'action vasomotrice périphérique de l'adrénaline sur des muscles en condition normale est une vaso-constriction, à toutes doses.

Mais dans la troisième disposition, où l'élévation de pression et l'action périphérique de l'adrénaline ne peuvent agir sur les muscles explorés, on constate invariablement à toutes doses une vaso-dilatation active, due à l'action centrale nerveuse de l'adrénaline.

L'effet de l'adrénaline sur la circulation du muscle est donc la résultante de deux actions distinctes et de sens opposé: l'une constrictive d'origine périphérique, l'autre dilatatrice, d'origine nerveuse centrale.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca.) — M. le professeur J.-L. Faure a commencé son enseignement clinique le vendredi 4 novembre 1927, à 10 h. du matin.

Les séances opératoires auront lieu les mardis et samedis, à 10 h.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE. — M. le professeur Henri Hartmann a commencé son cours de clinique chirurgicale le samedi 5 novembre 1927, à 10 h., à l'Hôtel-Dieu, et le continuera les mardis et samedis, à 10 h.

COURS DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE CHEZ L'ADULTE. — M. Mauclaire, agrégé, chargé de cours, a fait sa première leçon le lundi 7 novembre 1927, à 17 h. (amphithéâtre Vulpian), et continuera le cours les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

COURS LIBRE SUR L'ASSISTANCE MÉDICO-SOCIALE. — M. le docteur P.-F. Armand-Delille commencera le mercredi 9 novembre 1927, à 6 h. du soir, à la Sorbonne (amphithéâtre Michelet), et continuera les mercredis suivants, à la même heure, une série de conférences sur l'assistance médico-sociale.

COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. Pierre Brocq, agrégé, commencera son cours le mercredi 16 novembre 1927, à 16 h. (grand amphithéâtre de la Faculté) et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE DE LA CHARITÉ. — Un cours théorique et pratique de *radio-diagnostic médical* sera donné du 5 au 10 décembre inclus par le professeur Sergent et ses collaborateurs. Une affiche indiquera prochainement le programme détaillé du cours.

HÔPITAL D'UROLOGIE ET DE CHIRURGIE URINAIRE (156 *bis*, avenue de Suffren. Chef de service : M. F. CATHELIN.) — Un cycle d'enseignement complet de la chirurgie urinaire commencera le jeudi 10 novembre. — Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC DU SYNDROME AZOTÉMIQUE[1]

III. FORMES CLINIQUES

A. **Au cours des néphrites chroniques.** — 1° Du syndrome azotémique seul. — Parfois complexe.

— Le plus souvent fruste, paucisymptomatique :

Inappétence, fatigue, prurit.

Tel est un type clinique fréquemment observé.

— Quelquefois rien avant le coma :

Formes silencieuses des azotémies élevées.

2° Formes associées. — Les plus fréquentes :

a. *Au syndrome hypertensif.* — Hypertension d'abord puis azotémie.

— La chose importante : chercher l'origine de l'azotémie.

Est-elle uréo-secrétoire?

Est-elle extrarénale par insuffisance cardiaque?

C'est une question importante à résoudre pour le pronostic et le traitement.

— Faire le bilan de l'insuffisance du cœur gauche.

Asthme, œdème, angor, galop. Insuffisance mitrale fonctionnelle.

b. *Plus rarement au syndrome chlorurémique.* — La chlorurémie commence. Puis vient l'azotémie.

Rechercher les œdèmes.

Faire un fond d'œil.

Bilan des chlorures ingérés et excrétés.

c. *Très fréquemment à l'albuminurie.*

3° Formes évolutives. — Son aboutissant normal c'est le **coma urémique**.

a. *Période prodromique.* — Angoisse douloureuse.

Soubresauts. Trémulations fibrillaires.

Crises épileptiformes, très tardives.

Torpeur et somnolence progressives.

b. *Coma confirmé.* — Signe négatif important : pas d'hémiplégie.

Eléments de diagnostic :

La pâleur de la face.

Le myosis.

Le Cheyne-Stokes.

L'hypothermie.

c. Le syndrome azotémique **parvient** au coma de façon **variable**.

— *Rarement* et presque exclusivement chez le jeune : évacuation continue *rapide*.

— *Le plus souvent; lentement*, progressivement, terminée par une poussée aiguë ou bien par poussées successives avec intervalles de rémissions incomplètes.

d. *Enfin l'association d'une hypertension* peut écourter son évolution par un accident brusque.

Une hémorragie cérébrale.

Un œdème aigu.

Une défaillance irréductible du cœur gauche.

B. **Au cours des néphrites aiguës.** — 1° Néphrites toxiques. — La néphrite au *sublimé* donne le syndrome azotémique à l'état pur et à des taux élevés.

2° Néphrites infectieuses. — a. *Scarlatine.*

Ou bien, pur : très rare,

Ou bien associé à la chlorurémie.

Rarement observé dans les deux cas.

b. *Hépato-néphrites.*

1. *La spirochétose.* — Même dans les formes communes toujours azotémie.

2. *Les ictères graves.* — Azotémie très élevée associée à :

Ictère, hémorragie, troubles nerveux.

Azotémie surtout importante dans les ictères graves des vieux hépatiques, spirochétose, intoxication phosphorée, grossesse.

C. **Au cours des anuries excrétoires.** — 1° *Anurie calculeuse.*

Réalise le syndrome azotémique dans sa pureté.

Les trois périodes classiques.

Le diagnostic de localisation.

Au point de vue clinique, il est surtout respiratoire et digestif.

Anurie par compression, néo du col utérin.

D. **Pyélonéphrites des vieux urinaires.**

Souvent petites azotémies à symptomatologie générale.

Attendre la cystostomie pour porter un pronostic.

E. **Anesthésie au chloroforme.**

Peut déterminer une poussée fatale au cours d'une azotémie latente.

La recherche de l'urée sanguine doit être systématique avant toute intervention chirurgicale à moins d'urgence spéciale de cette dernière.

IV. DIAGNOSTIC

A. **Positif.** — Son polymorphisme explique qu'en présence de signes très disparates, à caractères spéciaux, on doive toujours y penser et pratiquer un dosage de l'urée sanguine.

B. **Différentiel.** — Essentiellement varié.

1° Troubles digestifs. — Le gros diagnostic :

Le **cancer de l'estomac**, se rappeler qu'au point de vue clinique, le syndrome azotémique peut le simuler en tous points.

2° Troubles généraux. — Peuvent poser le vaste diagnostic des *anémies*.

3° Troubles oculaires. — Faire la part dans une rétinite de ce qui revient à :

L'azotémie,

L'hypertension,

La chlorurémie.

4° Signes nerveux. — Nombreux diagnostics.

5° La péricardite. — a. *Si le mal de Bright est connu :*

— Bruit de galop.

— Dilatation du cœur.

— L'hydropéricarde de la défaillance cardiaque.

b. *Si le mal de Bright est inconnu :* c'est le diagnostic des péricardites, surtout la *péricardique tuberculeusa.*

6° A la période de coma. — Si l'azotémie est connue :

Diagnostic facile; cependant :

L'hémorragie cérébrale.

Si l'azotémie est inconnue :

— Tous les comas.

Particulièrement le **diabétique** :

Théoriquement :

Odeur spéciale de l'haleine.

Kussmaul.

Mydriase.

Examen des urines.

Pratiquement :

Diabète et azotémie peuvent coexister. C'est le cas délicat.

C. **Etiologique** du syndrome azotémique du mal de Bright.

Syphilis.

Saturnisme.

Goutte.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

(1) Fin. — Voir Gaz. des hôpit., 22 nov. 1927, n° 88, p. 1454.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 7 novembre. — Questions données : « Crises gastriques et intestinales du tabes. — Signes, complications et diagnostic des kystes hydatiques du foie. »

MM. Vialle, Millaud et Bernard-Griffiths, 20; Felsenswald et Lapiné, 16; Robin, 19; Gavois et de Soria, 18; Mlle Riom, 24; M. Avril, 27.

Séance du 9 novembre. — Questions données : « Erysipèle de la face. Formes cliniques et diagnostic. — Symptômes, formes cliniques, traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique, sans le diagnostic. »

MM. Bardin, 20; Miget, 24; Lemoine, 18; Ollivier, 23; Caïn, 16; Tixier, 22; Mérigot, 25; Sée, 22; Maison, 25; Martin (René), 23.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Le concours pour une place d'agrégé de la section de pharmacologie à la Faculté de médecine, précédemment fixé au 5 décembre, est reporté au 19 décembre 1927. (*J. O.*, 8 nov.)

Le tirage au sort des membres du jury aura lieu le 14 novembre 1927, à la Faculté de médecine de Paris, en séance publique, à 14 h. 30. (*J. O.*, 9 nov.)

GUERRE. — M. le médecin principal de 1re classe Monéger, directeur du Service du santé du 83e corps, a été nommé directeur du Service de santé de la 10e région, à Rennes, en remplacement de M. le médecin principal Grall. (*J. O.*, 4 nov. 1927.)

INSPECTEUR DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE. — Un concours sur titres et sur épreuves pour une place d'inspecteur départemental d'hygiène du Finistère aura lieu à Quimper dans le courant du mois de janvier 1928.

S'inscrire à la Préfecture du Finistère avant le 10 décembre 1927. — Pour tous renseignements, voir le *Journal officiel* du 9 novembre 1927, p. 11393.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 21 novembre 1927, à 21 h., à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre).

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Les laboratoires dans l'armée », par M. le professeur Derrien, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

SOCIÉTÉ AMICALE DES MÉDECINS DE LA CHAMPAGNE. — Le prochain banquet aura lieu le dimanche 27 novembre, à midi et demi, au Foyer médical international, 10, avenue d'Iéna. Les confrères originaires de la Champagne auront le plaisir d'y rencontrer leurs anciens camarades de l'Ecole de médecine de Reims.

Prière d'envoyer son adhésion au docteur Colanéri, secrétaire général, 61 *bis*, boulevard Beauséjour, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Charles Tisné, ancien médecin de l'hôpital de Notre-Dame-de-Bon-Secours, à Paris, et Leleu (de Maretz).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. (Professeur : M. A. LEMIERRE.) — Sous la direction de M. A. Philibert, agrégé, chef des travaux, auront lieu pendant le semestre d'hiver 1927-1928 deux séries de démonstrations de bactériologie avec travaux pratiques.

Elles commenceront le mardi 15 novembre 1927, à 14 h., au laboratoire de bactériologie, et continueront les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cet enseignement sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

Programme des démonstrations. — PREMIÈRE SÉRIE. — *Technique de microbiologie clinique* (12 leçons). — 1. Généralités. Maniement du microscope. Examen des microbes à l'état frais. Colorations. Stérilisation de la verrerie. — 2. Analyse bactériologique du pus. Préparation des milieux de culture liquides. — 3. Technique de la séparation des germes. Inoculation aux animaux. Préparation des milieux de culture solides. — 4. Examen bactériologique des exsudats bucco-pharyngés. Diagnostic de la diphtérie. — 5. Examen bactériologique des crachats. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — 6. Diagnostic de la syphilis. Recherche du tréponème. — 7. Examen bactériologique du sang. Examen direct. Hémoculture. Inoculation. — 8. Les séro-diagnostics. — 9. Examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien. — 10. Examen bactériologique des matières fécales. — 11. Examen bactériologique des urines. — 12. Examen bactériologique de l'eau.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Etude pratique des microbes* (24 leçons). — 1. Physiologie et classification microbiennes. — 2. Staphylocoque. — 3. Streptocoque. Pneumocoque. — 4. Gonocoque. Méningocoque. — 5. Peste. Pasteurelloses. — 6. Bactéries, hémoglobinophiles. Cocobacille de Pfeiffer, Bacille de Ducrey. Bacille Bordet et Gengou. — 7. Groupe colibacille-Eberth. — 8. Pneumobacille. Protéus. Micrococcus melitensis. — 9. Bacilles dysentériques. Vibrion cholérique. — 10. Bactéridie charbonneuse. — 11. Microbes anaérobies. Bactériologie de la gangrène. — 12. Bacilles du tétanos et du botulisme. — 13. Bacille diphtérique. — 14. Bacille tuberculeux. — 15. Bacille tuberculeux. — 16. Bacille tuberculeux. — 17. Lèpre et morve. — 18. Les spirochètes. — 19. Le tréponème de la syphilis. — 20. Réaction de Wassermann. — 21. Réactions de floculation. — 22. Les virus invisibles. — 23. Les virus invisibles. — 24. Le bactériophage de d'Hérelle.

Ces démonstrations seront suivies de 5 leçons de parasitologie avec travaux pratiques, faites par M. le professeur Brumpt et par M. le docteur Joyeux, agrégé.

Elles porteront sur les objets suivants : 1. Les trypanosomiases. — 2. Les leishmanioses. — 3. Le paludisme. — 4. La dysenterie amibienne. — 5. Les mycoses.

Cet enseignement sera facultativement complété par 6 leçons (avec travaux pratiques) d'anatomie pathologique appliquée à la microbiologie expérimentale, faites par M. le docteur Roger Leroux, chef des travaux.

Les droits à verser sont de :

150 fr. pour la première série; — 250 fr. pour la deuxième série; — 100 fr. pour les leçons de parasitologie; — 100 fr. pour les leçons d'anatomie pathologique.

Les bulletins sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

NOTES DE PRATIQUE

ALBUMINURIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Régime lacto-végétarien hypochloruré.

Restriction des liquides (1.200 g. par 24 heures).

Deux à trois fois par jour, un cachet de 0g50 de Théosalvose pure ou phosphatée, pour assurer la dépuration rénale et abaisser la tension artérielle.

Si le cœur fléchit, digitale à petites doses ou employer la Théosalvose digitalique (2 à 3 cachets de 0g50 par jour).

Le général F. CANONGE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Le général F. Canonge, qui vient de mourir dans sa quatre-vingt-onzième année, n'était pas seulement un très grand historien militaire qui a eu pour élèves à l'Ecole supérieure de guerre tous les chefs de la grande guerre. C'était aussi un savant dans la plus haute acception du mot.

Sans interrompre ses beaux travaux d'historien, il avait, au cours de sa carrière militaire, fait ses études de médecine. Il était colonel, si mes souvenirs sont bien exacts, lorsqu'il passa sa thèse de doctorat.

Quelques années après, alors qu'il commandait la 58e brigade à Marseille, j'ai eu l'honneur de servir sous ses ordres. Dur pour lui-même, il était bienveillant et juste pour ses sous-ordres, il se montrait très préoccupé du bien-être de ses troupes et secondait, en confrère, le Service de santé.

Bien souvent, depuis cette époque, il a collaboré à la *Gazette*. Nous avons publié de lui des études historiques, des travaux sur l'hygiène ou sur l'éducation physique dont il était un partisan résolu et éclairé à une époque où elle était plus que discutée.

Cette année encore, il nous a donné une note bibliographique très documentée sur la *marquise de Sévigné*, à propos de l'excellent livre de notre confrère, le docteur Sonnié-Moret. Cette note était écrite dans un style alerte et élégant, l'écriture de son manuscrit était ferme comme celle d'un homme de quarante ans.

Peu après, il voulait bien m'écrire pour un changement d'adresse de sa chère *Gazette*; en m'annonçant qu'il allait entrer dans sa quatre-vingt-onzième année il me faisait espérer sa visite prochaine...

Notre vénéré confrère est mort comme il avait vécu, en chrétien. Ainsi qu'il l'avait formellement demandé, dans son testament, il a eu « l'enterrement d'un simple soldat ».

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Samedi 12 novembre. — Jury : MM. Achard, président; Terrien, Chabrol et Velter. — M. DERANSART. Sur quelques cas de cirrhose. — M. JOUANNEAU. Faux syndrome abdominale d'allure chirurgicale. — M. WAUTHIER. Les variations de la bilirubinémie. — M. MARAVAL. Le traitement du trachome. — M. NATAF. La rupture spontanée du globe oculaire dans le glaucome.

Mardi 15 novembre. — Jury : MM. Marfan, président; Duval, Nobécourt et Gatellier. — M. DISPAGNE. Sur un nouveau cas de splénomégalie mycosique. — M. DEMAILLY. Etude sur les arthrites suppurées. — M. BENZO. Asthme, adénopathie et tuberculose chez les enfants.

Samedi 19 novembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brindeau, président; Vallée et Panisset. — M. HUGOT. Avortement dans l'espèce bovine.

REVUE GÉNÉRALE

LA NOTION D'ACIDITÉ — LE pH

SON IMPORTANCE EN BIOLOGIE ET EN PATHOLOGIE MÉDICALE

PAR MM.

H. HINGLAIS et E. AZÉRAD

Chef de laboratoire à la Faculté de Paris.

Ex interne des hôpitaux de Paris.

La médecine semble être entrée dans une phase nouvelle. Après l'anatomie pathologique, après la physiologie, voici la biologie et la physico-chimie. De nouvelles méthodes s'introduisent dans l'examen journalier dont les résultats sont d'un intérêt capital.

Malheureusement, beaucoup de médecins se désintéressent encore de ces questions et ceci parce que la lecture de nombreux articles de vulgarisation consacrés à ces sujets leur paraît trop compliquée, trop « entachée » de science pure, chimie et surtout mathématiques.

Il nous a paru, de par notre propre expérience, qu'il suffisait cependant du rappel de quelques notions élémentaires, autrefois emmagasinées, mais depuis longtemps laissées de côté pour permettre à tous de suivre et de comprendre ces faits. C'est là le but de notre revue; il aspire à rendre claire, à exprimer pratiquement et à l'aide de nombreux exemples, pour les mieux faire comprendre, l'essence même des notions nécessaires.

Il n'est aucun de nos lecteurs qui ne se souvienne d'avoir au P. C. N. mesuré l'acidité d'un milieu à l'aide d'une solution « titrée » d'alcali. Prenant un volume exactement mesuré du liquide acide, 100 cm^3 par exemple et en présence d'un « indicateur coloré » (tournesol ou phénolphtaléine), on versait goutte à goutte à l'aide d'une burette graduée, dite burette de Mohr, de la solution « normale » de soude. La soude NaOH réagissait sur l'acide (HCl, par exemple) selon la formule classique :

$$HCl + NaOH = NaCl + H^2O$$

jusqu'au moment où la totalité de l'acide se trouvait transformée en sel. A ce moment, un excès de soude ne pouvant plus réagir, faisait virer le tournesol au bleu : ce qui indiquait la fin de la réaction. On lisait sur la burette graduée le volume de soude normale qu'il avait fallu employer pour obtenir ce résultat et un calcul simple permettait de connaître la quantité d'acide.

On sait, en effet, qu'une solution « normale » de soude est, par définition, une solution qui contient une molécule de soude par litre. On sait, d'autre part, qu'une molécule de soude neutralise toujours exactement une molécule d'acide (1). Si nous avons employé par exemple 10 centimètres cubes de soude normale, soit un centième de litre, ces 10 centimètres cubes contenaient un centième de molécule de soude, qui ont par conséquent saturé un centième de molécule d'acide, soit 0g365 d'acide chlorhydrique (HCl = 36,5).

(1) Loi générale dite loi des « proportions définies ».

Telle est la méthode, dite acidimétrique, de mesure d'acidité d'un milieu.

Nous n'en retiendrons qu'une chose : c'est le principe sur lequel elle repose, à savoir la neutralisation d'un acide par une base. Elle exige cette définition préalable : « un acide est un corps capable de réagir sur une base pour produire un sel. »

Toutes les fois donc qu'on voudra connaître l'acidité *totale* d'un milieu, évaluer en poids la quantité d'acide contenue dans ce milieu, c'est à la méthode acidimétrique qu'on devra avoir recours, elle seule peut donner le résultat cherché. Elle a et aura donc toujours de ce fait une grande importance. Or, est-on complètement renseigné sur l'acidité d'un milieu lorsqu'on a ainsi mesuré son acidité totale?

Il n'en est rien comme nous allons le voir.

C'est une notion banale que celle de la force des acides. Chacun sait que l'acide borique, l'acide acétique, sont des acides faibles; l'acide sulfurique, l'acide chlorhydrique, l'acide azotique, des acides forts.

A vrai dire, la neutralisation d'un acide par une base donne bien une idée de ce fait par l'importance du dégagement de chaleur dont elle s'accompagne. La réaction complète d'un acide sur une base doit donc s'écrire :

$$\text{acide} + \text{base} = \text{sel} + \text{eau} \times \text{calories}$$

En mesurant à l'aide d'un calorimètre la quantité de chaleur dégagée, on constate que cette quantité varie dans des limites considérables selon la nature de l'acide qui agit sur une base donnée. Quand l'acide borique réagit sur la soude, c'est à peine si le mélange s'échauffe. Si, au contraire, on fait réagir l'acide sulfurique sur la même soude, l'échauffement est tel qu'on ne peut plus tenir la main sur le récipient.

Or, à cette notion de « force » des acides, traduite par les différentes « chaleurs de réaction » des acides sur les bases, correspondent des propriétés très importantes que l'on ne saurait négliger.

Un exemple va nous le faire comprendre :

Préparons deux séries de trois solutions.

Dans la première, mettons dans chaque récipient *un centième de molécule d'acide chlorhydrique* et ajoutons

Dans le premier 10 centimètres cubes d'eau,
Dans le deuxième 100 centimètres cubes d'eau,
Dans le troisième 1.000 centimètres cubes d'eau également, mais avec une quantité quelconque (20 grammes par exemple) d'acétate de soude (sel neutre soluble).

Dans la seconde, nous mettrons dans chaque récipient *un centième de molécule d'acide acétique* et nous ferons de même trois solutions :

1° avec 10 centimètres cubes d'eau,
2° avec 100 centimètres cubes d'eau,
3° avec 100 centimères cubes d'eau + 20 grammes d'acétate de soude.

Neutralisons chacune de ces solutions avec de la soude titrée. Il faudra mettre dans chaque vase exactement la même quantité de soude, c'est-à-dire

exactement un centième de molécule de soude, pour obtenir la neutralité.

Vis-à-vis de la soude, donc, ces diverses solutions acides sont rigoureusement *équivalentes*. Ni la nature de l'acide, ni le volume d'eau dans lequel il est dissous, ni les substances étrangères (pourvu que ces substances soient neutres, bien entendu) ne changent rien au résultat. Seules interviennent les « quantités » d'acide.

Prenons maintenant nos six solutions acides et ajoutons dans chacune d'elles une même quantité de fibrine (substance albuminoïde) et de pepsine. Portons les six flacons à l'étuve à 37° et observons la durée nécessaire à la digestion de la fibrine. Elle ne sera pas la même partout. La digestion est rapide dans la solution d'acide chlorhydrique pur, beaucoup moins dans le mélange acide chlorhydrique + acétate de soude. Sa durée est plus longue dans les solutions d'acide acétique que dans les solutions correspondantes d'acide chlorhydrique, plus longue encore dans la solution acide acétique + acétate de soude. Enfin, il existe encore des différences selon que l'acide acétique est dilué dans 10 centimètres cubes ou 100 centimètres cubes d'eau.

Or, la digestion peptique est un phénomène qui dépend avant tout de l'acidité du milieu, et de la température, nous sommes obligés de conclure que ces divers liquides chimiquement équivalents dans leur acidité, sont du même point de vue, biologiquement différents.

Or, de cette équivalence chimique ou de cette différence biologique, qu'est-ce qui correspond à la *réalité*? Est-ce la mesure acidimétrique ou est-ce la durée de la digestion pepsique qui nous donne la véritable image du milieu?

Disons-le tout de suite : c'est la durée de la digestion pepsique; nous le comprendrons bien tout à l'heure. Remarquons-le d'abord, ce second phénomène ne traduit pas une simple différence de qualité n'est pas simplement en rapport avec la « force » de l'acide. Si nous considérons en effet les trois vases qui contiennent de l'acide acétique, nous voyons que les vitesses de digestion ne sont pas les mêmes dans les trois récipients quoiqu'il s'y trouve le même acide. La dilution du milieu fait varier la durée du phénomène; la présence d'une substance neutre étrangère la fait varier aussi.

Or, la « qualité » de l'acide reste la même, il y a donc bien une quantité qui change et qui se traduit par des vitesses différentes de la digestion pepsique.

On dit que la mesure acidimétrique traduit l'*acidité totale* du milieu, tandis que la vitesse de digestion pepsique traduit son *acidité « réelle »* (1).

Cette différence entre l'acidité totale et l'acidité réelle est d'une importance capitale. Nous allons nous attacher maintenant à montrer par quoi elle se traduit.

Qu'est-ce que l'acidité? — Ouvrons nos traités de chimie et cherchons la définition d'un acide. Nous en trouvons plusieurs :

(1) On dit parfois encore « acidité actuelle ».

Un acide est un corps qui fait virer au rouge la teinture de tournesol bleu.

Un acide est un corps qui réagit sur une base en donnant un sel.

Un acide est un corps qui possède dans sa molécule un ou plusieurs atomes d'hydrogène remplaçables par un métal [HCl — — $NaCl$; SO^4H^2 — — SO^4Na^2, etc.] (1).

De ces trois définitions les deux premières traduisent des faits, la troisième plus générale essaie de les expliquer. Elle n'y réussit pas tout à fait.

Si nous considérons en effet une molécule d'un acide quelconque, parfaitement pur, parfaitement *sec* nous pouvons le mettre en présence de n'importe quelle base également parfaitement pure et *sèche*, il ne se passera aucune réaction. Dissolvons au contraire les deux corps dans l'eau et mélangeons les deux solutions, la réaction de l'acide sur la base aura lieu. En l'absence de l'eau donc, notre acide ne manifeste aucune acidité. En voici une autre preuve : mettez un papier bleu de tournesol, parfaitement sec, dans une vapeur d'acide parfaitement sèche, le tournesol ne rougira pas. Humectez tant soit peu votre papier de tournesol il rougira instantanément.

Quel est donc le rôle de l'eau? Aucun rôle propre dans l'acidité, bien entendu, l'eau étant un liquide parfaitement neutre. Elle n'a qu'une simple « action de présence » comme on dit en chimie; elle agit comme milieu de dispersion, au sein duquel l'acide prend un état physique nouveau, indispensable pour qu'il manifeste ses propriétés. De même, pour faire image, l'air est le milieu de dispersion des corps à l'état de vapeur, état dans lequel nombre d'entre eux manifestent des propriétés qui ne se révélaient point lorsqu'ils étaient à l'état solide.

Mais quel est donc cet état physique spécial que prend l'acide au sein de l'eau?

La théorie des ions. — La dissolution d'un corps dans l'eau est un phénomène extrêmement complexe.

La dispersion du corps dans ce milieu est comme nous l'avons dit absolument comparable à l'expansion d'un gaz dans une enceinte fermée. Elle se traduit en effet par le développement au sein de l'eau d'une certaine force dite force osmotique que l'on peut mesurer à l'aide d'appareils appropriés. L'étude physique du phénomène montre qu'il est lié à la diffusion des « molécules » au sein du liquide, et que « un même nombre de molécules dans un même volume d'eau développe toujours la même pression osmotique ». On constate toutefois qu'un certain nombre de corps font exception à cette loi, et développent en solution une force osmotique plus grande que la théorie ne le fait prévoir. Dans ces cas particuliers la fragmentation du corps va plus loin que la molécule, celle-ci se dissocie en fractions plus petites. On remarque qu'alors la solution devient

(1) On voit en effet que la réaction

$$HCl + NaOH = NaCl + H^2O.$$

Il y a bien remplacement dans la molécule d'acide de l'atome d'H par l'atome de métal Na enlevé à la base.

conductrice de l'électricité (1), tandis qu'elle ne l'est point lorsque la molécule reste entière. Le passage du courant est donc lié à la présence de ces « fractions de molécules » dont nous avons parlé.

Pour expliquer ces faits, Arrhénius fut amené à conclure que ces particules étaient chargées d'électricité et les appela des « ions ».

Prenons quelques exemples : Lorsqu'on dissout dans l'eau du chlorure de sodium (NaCl) il existe dans la solution à côté des molécules (NaCl) un certain nombre d'ions (Na^+) et un nombre égal d'ions [Cl^-] (2).

Dans une solution d'acide chlorhydrique), on trouvera, à côté de molécules (HCl), des ions (H^+) et des ions (Cl^-).

Dans une solution de soude, on trouvera, à côté de molécules (NaOH), des ions (Na^+) et des ions [OH^-] (3) et ainsi de suite.

C'est entre ces ions que se font les réactions chimiques, et tout corps s'il n'est au préalable « ionisé » est incapable d'entrer en réaction. Pour qu'un corps soit « acide » par exemple il ne suffit pas qu'il contienne dans sa molécule de l'hydrogène remplaçable par un métal, il faut encore que cet hydrogène se trouve à l'état d'ion (H^+) et ceci ne peut se produire que si cet acide est en solution dans l'eau.

Si bien que la véritable définition d'un acide est la suivante : *Un acide est un corps, qui, mis en solution dans l'eau est capable de libérer des ions (H^+).* Cette partie hydrogène est la seule partie importante dans la molécule, le radical restant n'ayant aucune importance. Et ce qui fait la différence entre les divers acides, c'est uniquement ce fait que mis en solution aqueuse à la même concentration, ils ne libèrent pas tous le même nombre d'ions (H^+). Certains acides s'ionisent très peu et restent en grande partie dans la solution à l'état de molécules : ce sont les acides faibles; tel est par exemple l'acide acétique CH^3CO^2H qui en solution aqueuse reste pour une forte proportion à l'état de molécules (CH^3CO^2H) le reste se trouvant dissocié en ions (CH^3CO^{2-}) et ions (H^+).

D'autres au contraire s'ionisent presque complètement ce sont les acides forts, tel l'acide chlorhydrique HCl. En solution aqueuse on trouve une très petite quantité de molécules (HCl) non dissociées. Toutes les autres se sont dissociées à l'état d'ions (Cl^-) et d'ions (H^+) (4).

On voit donc bien que la différence entre un acide fort et un acide faible, provient de ce que le premier, lorsqu'on le met en solution, libère d'un seul coup à l'état d'ions (H^+) la totalité de sa réserve d'hydrogène, tandis que le second au contraire n'en libère qu'une faible partie.

La différence apparaît également très nette entre l'hydrogène total d'une molécule d'acide et l'hydrogène libéré sous forme d'ions actifs par ce même acide en solution. La première de ces deux grandeurs correspond à la notion d'acidité totale, mesurable par la méthode titrimétrique; la seconde, au contraire, conditionne l'acidité « réelle » du milieu. On ne peut en avoir une idée exacte qu'en évaluant le nombre des ions (H^+) par des méthodes appropriées. Or, il est de toute évidence que seule cette acidité réelle importe dans l'étude des phénomènes biologiques; si en effet nous évaluons le nombre des ions (H^+) dans les six vases où nous avons réalisé des digestions pepsiques nous constatons que la durée de cette digestion dans chacun des vases est en rapport exact avec le nombre des ions (H^+) qui se trouvent dans le milieu.

L'alcalinité. — Des considérations semblables permettent de définir l'alcalinité d'un milieu. La soude (NaOH) s'ionise dans l'eau en libérant des ions (Na^+) et des ions (OH^-), la potasse KOH, l'ammoniaque NH^4OH, de même (1).

Ce qui compte ici c'est l'ion (OH^-) et l'on peut répéter à son sujet tout ce qu'on a dit à propos de l'ion (H^+) [bases fortes, bases faibles, alcalinité totale, alcalinité réelle, etc.].

Neutralité. — Un acide qui réagit sur une base tend à la neutraliser, autrement dit : les ions H^+ tendent à neutraliser les ions (OH^-) en donnant H^2O.

$$H^+ + OH^- \rightarrow H^2O$$

S'il y a plus d'ions H^+ que d'ions OH^- le liquide est acide.

S'il y a un nombre égal d'ions H^+ et d'ions OH^- le liquide est neutre.

Le type du liquide neutre est l'eau H^2O. Son étude présente une importance énorme, puisque toutes les réactions de dissociation se passent en milieu aqueux.

A ce point de vue Kolrausch et Heydweiller ont montré qu'il y a toujours, même dans l'eau la plus pure, une certaine quantité d'ions (H^+) et (OH^-) libres. De sorte que l'eau pure n'est pas un milieu simple constitué par des molécules (H^2O), mais un ensemble formé d'un grand nombre de molécules dissociées en (H^+) et (OH^-).

L'eau étant neutre il y a naturellement un nombre égal d'ions (H^+) et d'ions (OH^-),

$$(H^+) = (OH^-)$$

ou

$$C(H^+) = C(OH^-).$$

C = concentration en ion (H) ou (OH).

On conçoit, d'autre part, tout l'intérêt qu'il y avait à tenter de dénombrer ces ions libres. On y a réussi par diverses méthodes et le résultat fut que le produit des ions (H^+) par les ions (OH^-) est un nombre constant pour une température donnée et quel que soit le nombre total des molécules d'eau considéré.

$$(H^+) \times (OH^-) = K.$$

On appelle K le coefficient de dissociation de l'eau à cette température.

Le coefficient est très faible, il fallait s'y attendre

(1) Pour cette raison on donne à tous les corps de ce genre le nom d'électrolytes.

(2) Le signe qui accompagne le symbole représente la nature de la charge électrique de l'ion (positive ou négative).

(3) On voit ici pourquoi nous n'avons pas prononcé le mot d' « atome », un ion n'est pas simplement un « atome » chargé d'électricité. Dans certains cas, l'ion est un groupe d'atomes qui fonctionne comme un tout indivisible.

(4) La proportion des molécules non dissociées est si faible que dans la pratique on n'en tient aucun compte.

(1) NH^3 sec n'est pas alcalin. En solution dans l'eau il forme un hydrate NH^3, H^2O ou NH^4OH qu'on écrit encore AmOH où Am représente le métal hypothétique « Ammonium ». Sous cette forme le parallélisme est plus frappant avec KO.

puisque l'eau est très faiblement dissociée. On a trouvé sa valeur

$$K = \frac{1}{100.000.000.000.000} = \frac{1}{10^{14}} \quad (1)$$

ce qui signifie que sur cent mille milliards de molécules d'eau il y en a une d'ionisée.

De la formule $H^+ \times OH^- = K$

$$\text{ou } \overset{(+)}{H} \times \overset{(-)}{OH} = \frac{1}{10^{14}}$$

$$\text{on tire } \left(\text{sachant que } \overset{(+)}{H} = \overset{(-)}{OH}\right)$$

$$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^7} \left(= \frac{1}{10.000.000}\right)$$

$$OH^- = \frac{1}{10^7}$$

Si maintenant on ajoute à l'eau un acide quelconque, cet acide s'ionise immédiatement en libérant des ions (H^+) qui s'ajoutent aux ions H^+ déjà contenus dans l'eau.

Dans ces conditions, pour que le produit $H^+ \times OH^-$ reste égal à K il faut que le nombre des ions OH^- diminue; c'est ce qui a eu lieu en effet; une partie des ions OH^- disparaît en formant avec une partie correspondante de nouveaux ions H^+ des molécules H^2O. En définitive, un nouvel équilibre s'établit dans lequel on a toujours

$$\overset{(+)}{H} \times \overset{(-)}{OH} = \frac{1}{10^{14}}$$

mais cette fois

$$\overset{+}{H} \text{ est plus grand que } \frac{1}{10^7}$$

$$\text{et } \overline{OH} \text{ est plus petit que } \frac{1}{10^7}$$

soit par exemple

$$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^6} \text{ et } \overline{OH} = \frac{1}{10^8}.$$

Ajoutons de nouvel acide. Le phénomène se poursuit dans le même sens. On aura par exemple

$$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^5} \quad \text{et} \quad \overline{OH} = \frac{1}{10^9}$$

et en poursuivant

$$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^4} \qquad \overline{OH} = \frac{1}{10^{10}}$$

$$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^3} \qquad \overline{OH} = \frac{1}{10^{11}}$$

$$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^2} \qquad \overline{OH} = \frac{1}{10^{12}}$$

$$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^1} \qquad \overline{OH} = \frac{1}{10^{13}}$$

$$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^0} \qquad \overline{OH} = \frac{1}{10^{14}}$$

Dans tous les cas on a bien

$$\overset{+}{H} \times \overline{OH} = K = \frac{1}{10^{14}}.$$

Considérons de plus près le dernier cas. On voit que : $\overline{OH} = \frac{1}{10^{14}}$. C'est la plus petite valeur possible pour $\overline{OH}$. Elle correspond naturellement à la plus grande valeur possible de H^+. C'est un point limite.

Si à ce moment on continue d'ajouter de l'acide dans le milieu il ne se passe plus rien de nouveau. L'acide qu'on ajoute ne s'ionise plus. L'eau est comme saturée d'ions H. En continuant d'ajouter de l'acide, on augmentera indéfiniment l'acidité totale, mais l'acidité réelle du milieu n'en sera plus modifiée.

Au lieu d'acide on aurait pu ajouter à l'eau un alcali. On aurait vu alors par un phénomène inverse le nombre des ions OH^- augmenter aux dépens des ions H^+ jusqu'à une valeur limite correspondant aux valeurs

$$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^{14}} \qquad \overline{OH} = \frac{1}{10^0}.$$

C'est la plus petite valeur possible de H^+ et par conséquent la valeur maxima possible de $\overline{OH}$. C'est l'alcalinité réelle maxima.

Si donc nous considérons maintenant l'ensemble des valeurs possibles de H^+ et OH^- en allant progressivement depuis l'alcalinité réelle maxima jusqu'à l'acidité réelle maxima, on aura le tableau suivant :

Région alcaline $\overset{+}{H} < \overline{OH}$	$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^{14}}$	$\overline{OH} = \frac{1}{10^0}$	alcalinité réelle maxima
	$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^{13}}$	$\overline{OH} = \frac{1}{10^1}$	
	$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^{12}}$	$\overline{OH} = \frac{1}{10^2}$	
	$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^{11}}$	$\overline{OH} = \frac{1}{10^1}$	
	$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^{10}}$	$\overline{OH} = \frac{1}{10^4}$	
	$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^9}$	$\overline{OH} = \frac{1}{10^9}$	
	$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^3}$	$\overline{OH} = \frac{1}{10^6}$	
$\overset{+}{H} = \overline{OH}$	$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^7}$	$\overline{OH} = \frac{1}{10^7}$	neutralité
Région acide $\overset{+}{H} > \overline{OH}$	$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^6}$	$\overline{OH} = \frac{1}{10^8}$	
	$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^5}$	$\overline{OH} = \frac{1}{10^9}$	
	$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^4}$	$\overline{OH} = \frac{1}{10^{10}}$	
	$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^3}$	$\overline{OH} = \frac{1}{10^{11}}$	
	$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^2}$	$\overline{OH} = \frac{1}{10^{12}}$	
	$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^1}$	$\overline{OH} = \frac{1}{10^{13}}$	
	$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^0}$	$\overline{OH} = \frac{1}{10^{14}}$	acidité réelle maxima

---

(1) On écrit ainsi pour simplifier l'écriture :

L'exposant 14 représente le nombre de 0 qui suit le chiffre 1. On se rappellera aisément cette règle en prenant l'exemple simple $10^2 = 100$.

Cet artifice mathématique, qui consiste à remplacer une progression géométrique (10, 100, 1.000...) par une progression arithmétique 1, 2, 3..., est la base de l'échelle logarithmique. C'est pourquoi on voit souvent introduire dans la définition du pH le mot de « logarithme ».

Deux choses frappent en considérant ce tableau :

1° Une solution, qu'elle soit acide ou alcaline, contient toujours à la fois des ions (H^+) et des ions (OH^-). Une telle solution est donc toujours *à la fois acide et alcaline.* Mais dans la pratique :

Elle est dite acide si son acidité l'emporte sur son alcalinité : $\overset{+}{H} > \overset{-}{OH}$.

Elle est dite neutre si son acidité est égale à son alcalinité : $\overset{+}{H} = \overset{-}{OH}$.

Elle est dite alcaline si son acidité est moindre que son alcalinité : $\overset{+}{H} < \overset{-}{OH}$.

2° A chaque valeur de $\overset{+}{H}$ correspond une valeur de $\overset{-}{OH}$ que l'on peut calculer immédiatement et d'une façon très simple. Inversement, connaissant OH^- on peut aisément calculer H^+.

Quel que soit l'état d'acidité ou d'alcalinité d'un milieu, on est également renseigné si on connaît H^+ ou OH^-.

Ceci a une grande importance dans la pratique, car il est beaucoup plus facile d'évaluer le nombre des ions H^+ que le nombre des ions $\overset{-}{OH}$. C'est pourquoi on évalue toujours l'*acidité* ou l'*alcalinité* d'un milieu en ions H^+ de préférence aux ions OH^- et c'est l'unique raison de ce choix.

Notation pH. — Enfin, Sörrensen a fait remarquer que dans toute la liste des valeurs de H^+ on retrouve constamment la fraction $\frac{1}{10}$.

Seul l'exposant du chiffre 10 change. Il est donc beaucoup plus simple, dans la pratique, de ne considérer que cet exposant. La liste des valeurs de H devient alors

14, 13, 12... etc.... 0.

Pour rappeler qu'il s'agit d'un exposant, on écrit pH la lettre p étant l'initiale du mot « puissance ». Cette notation a été adoptée universellement, mais on ne doit pas oublier qu'il s'agit là d'une simple convention destinée à faciliter l'écriture et le langage.

Donc l'échelle complète de pH s'écrit :
pH = 14, alcalinité maxima pH = 13 pH = 12
pH = 11 pH = 10 pH = 9 pH = 8.
pH = 7, neutralité.
pH = 6 pH = 5 pH = 4 pH = 3 pH = 2,
pH = 1 pH = 0, acidité maxima.

La valeur pH = 7 présente une grande importance. Elle représente la neutralité pour laquelle, on s'en souvient, $H^+ = OH^-$.

Cette valeur 7 divise l'échelle en deux parties égales et sépare l'acidité de l'alcalinité.

alcalinité (pH < 7) ←— pH = 7 —→ acidité (pH < 7).

Le débutant est souvent dérouté parce que la plus grande acidité correspond à la plus petite valeur du pH. On devra donc se graver dans l'esprit que : « le pH diminue lorsque l'acidité augmente » (1).

En résumé : l'acidité d'un milieu est une notion complexe que l'on peut envisager de deux manières :

1° En considérant l'*acidité totale* du milieu, laquelle est déterminée par la totalité de l'hydrogène ionisable apporté par l'acide ;

2° En considérant l'*acidité réelle* qui est déterminée par la proportion plus ou moins grande de cet hydrogène passée à l'état d'ions.

Cette seconde notion d'acquisition récente est d'une importance capitale. Elle seule en effet permet de saisir les lois qui lient la marche d'une réaction aux conditions d'acidité du milieu. Or, ces lois ont un grand intérêt en biologie (action des diastases, culture des micro-organismes, etc.).

Remarque. — On dit souvent que le pH est « le logarithme de l'inverse de la concentration en ions H^+ ». En effet : si la concentration en ions $H^+ = \frac{1}{10^4}$, l'inverse de ce chiffre est 10^4 dont le logarithme est pH = 4.

On évalue cette acidité réelle en faisant la numération des ions H^+ par des méthodes appropriées. Les chiffres trouvés donnent la concentration en ions H^+ du milieu examiné. Comme ils sont peu maniables, Sörresen a imaginé un artifice d'écriture qui permet d'exprimer les résultats en nombres usuels : c'est le système de notation dit « pH ».

Un exemple : on sait depuis longtemps que le sang a une réaction légèrement alcaline et l'on soupçonnait bien que ce fait dût avoir une grande importance. Or, lorsqu'on mesurait cette « alcalinité » du sang par les méthodes acidimétriques, on trouvait des chiffres qui ne présentaient aucune espèce de fixité. On mesurait ainsi, en effet, l'alcalinité « totale » qui est variable. Au contraire, en évaluant la concentration en ions H^+ du sang on s'aperçut que celle-ci est beaucoup plus fixe. Traduite dans la notation Sörrensen, elle donne pH = 7,30 à 7,50.

Nous savons que pH = 7 correspond à la neutralité, et que « le pH diminue quand l'acidité augmente ». Le sang a donc une légère alcalinité réelle qui est normalement comprise entre des limites assez étroites.

Les méthodes de mesure du pH. — Nous n'en parlerons que très brièvement et comme complé-

(1) Ce n'est pas la seule critique qu'on puisse adresser à ce mode de notation, on est vite tenté d'oublier que le chiffre considéré représente une file de zéros, et ceci mène à des abus de langage. On dit par exemple que la réaction du sang est fixe et que de faibles écarts entraînent la mort.

Or, les extrêmes limites pour la réaction du sang dans les cas pathologiques sont pH = 6,9 du côté de l'acidité et pH = 7,8 du côté de l'alcalinité.

Prenons pour simplifier pH = 7 et pH = 8. Ces chiffres correspondent en réalité aux valeurs

$\overset{+}{H} = \frac{1}{10^7}$ $\left(\text{soit } \frac{1}{10 \text{ millions}}\right)$ et $H = \frac{1}{10^8}$ $\left(\text{soit } \frac{1}{100 \text{ million}}\right)$.

On voit que le premier chiffre est 10 fois plus grand que le second. Il est donc tout à fait abusif de dire que la variation est faible !

De même, la réaction normale du sang varie entre pH = 7,3 et pH = 7,5. Ceci correspond dans la réalité à une variation du nombre des ions H^+ plus grande que du simple au double. On ne doit donc pas exagérer la fixité de la réaction du sang. Il est important, au contraire, de remarquer que cette réaction peut normalement varier dans une certaine mesure. Des travaux récents commencent à mettre en lumière le rôle considérable de ces oscillations du pH du sang dans la physiologie normale.

ment de ce qui précède. On en trouve l'exposé dans tous les livres récents (1).

Méthode électrométrique. — Si l'on plonge une « lame d'hydrogène » dans une solution contenant des ions H^+ en quantité *connue* il se développe entre la lame et le milieu une certaine force électromotrice (Loi de Nernst). Si on plonge une autre lame d'hydrogène dans un second milieu contenant des ions H^+ en quantité cette fois inconnue, il se développe ici aussi entre la lame et le milieu une certaine force électromotrice.

Si l'on réunit les deux lames d'hydrogène par un fil conducteur un courant passera, allant de la force électromotrice la plus grande vers la moins grande. Ce courant est proportionnel à la différence de concentration en ions H^+ dans les deux solutions. On peut mesurer ce courant et, par le calcul, connaître le nombre des ions H^+ dans la solution où ce nombre était inconnu.

Méthode colorimétrique. — Si l'on considère un indicateur coloré (tournesol par exemple) on constate que ce corps est bleu franc en milieu alcalin et rouge vif en milieu acide. Si on passe très progressivement du milieu alcalin au milieu acide, on constate que le tournesol ne vire pas *brusquement* du bleu franc au rouge vif, *il passe par toute une série de teintes intermédiaires*. On s'est aperçu par la méthode électrométrique que, à chacune de ces teintes correspond un pH déterminé. Ce point étant établi, il suffit de noter chaque teinte et le pH qui lui correspond. Chaque fois qu'on retrouvera une de ces teintes en ajoutant du tournesol à un liquide, on connaîtra le pH du liquide en se reportant à la gamme étalon.

Comme cette gamme ne s'étend que sur une partie de l'échelle complète du pH on la complète à l'aide d'autres gammes préparées avec des indicateurs colorés différents, virant pour d'autres valeurs du pH.

On arrive ainsi à réaliser des gammes de teintes étalon couvrant toute l'échelle des pH.

Un autre point à réaliser est la stabilité de ces solutions étalons. On y arrive par le moyen de « sels-tampons » (1).

Un sel tampon est un sel qui protège un liquide de pH donné contre les variations de ce pH : le tampon stabilise le pH. On en comprendra le mécanisme par l'explication grossière suivante :

Si on ajoute de l'acide chlorhydrique à de l'eau pure la solution a un certain pH.

Si on ajoute la *même quantité d'acide chlorhydrique* à de l'eau contenant un peu d'acétate de sodium la solution obtenue a un pH beaucoup moins élevé que la précédente.

En effet l'acide chlorhydrique a réagi sur l'acétate de sodium en libérant une quantité équivalente d'acide acétique.

Acétate de sodium + acide chlorhydrique = chlorure de sodium + acide acétique.

Cet acide acétique est beaucoup moins ionisé et ceci explique la différence des pH des deux solutions.

On voit que l'acétate de soude a « protégé » le milieu contre une grosse variation de pH. Il a agi en cela comme tampon.

Ce phénomène intervient constamment dans la physiologie normale. Les humeurs contiennent des « sels-tampons » qui s'opposent aux brusques variations d'acidité ou d'alcalinité auxquelles elles pourraient être sujettes (influences extérieures diverses, alimentation, etc.).

Les notions qui viennent d'être exposées trouvent leur application constante dans la clinique courante.

La mesure du pH des différentes humeurs de l'organisme et plus particulièrement du sang, nous donne la valeur exacte de la réaction de ces milieux. Nous avons insisté déjà sur la fixité de cette réaction, telle qu'à tout abaissement ou toute élévation anormale du pH humoral correspond un état pathologique. Quand la réaction vire à l'acidité c'est la mort, écrit le professeur M. Labbé, et il ajoute : « Parmi les conditions les plus nécessaires à la vie, l'équilibre acido-basique se place au premier rang. »

On a pu ainsi se rendre compte que presque tous les milieux humoraux étaient alcalins, à l'exception du suc gastrique qui, lui, est fortement acide (pH = 1).

Bien mieux ces sécrétions ne peuvent exercer leur action que dans des limites extrêmement étroites de pH, et présentent une activité maxima pour une concentration donnée en ions H^+ (concentration optima). Cette loi s'étend d'ailleurs à tous les phénomènes vitaux et trouve ses applications en biologie, en microbiologie et même en pharmacologie (c'est ainsi par exemple que le chlorhydrate de cocaïne qui est privé de ses propriétés anesthésiantes en solution acide, les retrouve au contraire en solution alcaline, entre pH 7 et pH 7,8).

Dans le sang humain le pH varie entre 7,30 et 7,50 c'est-à-dire dans les limites extrêmement faibles. Cette constance remarquable, étant donnés les échanges multiples qui se font à son niveau, est assurée par un mécanisme régulateur d'une précision remarquable.

En présence d'un excès d'acide ou de base dans le sang, l'organisme réagit de différentes façons.

1° Il les élimine par les émonctoires naturels : avant tout le rein, élimination plus ou moins forte des phosphates acides (monobasiques).

Puis par le poumon : élimination d'acide carbonique volatil.

2° Il les neutralise grâce à certaines substances qui en raison précisément de leur rôle, ont reçu le nom de substances tampons. Les principales parmi celles-ci sont constituées par les bicarbonates et surtout le bicarbonate de soude, plus abondant dans le sang que le bicarbonate de potasse. Viennent ensuite les phosphates bibasiques et les protéinates du plasma, les hémoglobinates des globules rouges.

Ces sels d'acide faible, mis en présence d'un acide

(1) Nous recommandons particulièrement l'exposé qui en est fait dans le travail récent de M. Legendre sur le pH de l'eau de mer. (Les Presses universitaires, édit.)

(1) La notion et le mot sont tous deux d'origine française (Fernbach et Hubert). Le mot très expressif a fait le tour du monde. Tous les étrangers l'ont adopté en le traduisant dans leur langue.

fort lui cèdent leur base, le transformant en sel neutre tandis qu'eux-mêmes, du fait de leur faible acidité ionique ne modifient que très faiblement la réaction du milieu. Ils constituent par là-même la réserve alcaline du sang.

On conçoit maintenant que l'un des facteurs de ce mécanisme régulateur puisse venir à faire défaut, et qu'ainsi l'équilibre acide base puisse être rompu entraînant l'apparition d'états pathologiques, différents suivant le sens de la rupture et qu'on groupe habituellement de la manière suivante :

Acidose { gazeuse
et non gazeuse (1)

Alcalose { gazeuse
et non gazeuse

CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

(Paris, 17-20 octobre 1927.)

PREMIER RAPPORT

L'insuffisance respiratoire nasale.

Professeur Worms (du Val-de-Grâce).

L'insuffisance de la respiration nasale a un retentissement énorme sur le développement de l'enfant, sur le bon équilibre physiologique et moral de l'adulte.

Les causes de l'insuffisance sont le plus souvent *mécaniques* (permanentes ou intermittentes, morphologiques ou inflammatoires), mais il existe également une *insuffisance fonctionnelle*. Si les troubles qui en résultent varient suivant l'âge et le terrain, ils varient également avec le siège de la sténose ainsi qu'évidemment avec la nature même de cette sténose. C'est la mesure de la ventilation pulmonaire qui traduit de la façon la plus directe et la plus fidèle la valeur fonctionnelle respiratoire.

Cette mesure peut se faire, soit par *rhino-hygrométrie* (miroir de Glatzel et ses dérivés), soit de préférence par *rhino-métrie directe* (spirométrie et rhino-manométrie dont l'auteur expose les diverses techniques).

La thérapeutique curatrice de la cause peut n'être pas immédiatement curatrice de l'insuffisance respiratoire. Les fosses nasales étant libérées, il faut apprendre ou réapprendre au malade à s'en servir. Worms insiste sur l'importance de cette rééducation, tant au point de vue individuel qu'au point de vue social.

Discussion. — MM. Siems (de Nice), Malan (de Turin), du Pasquier (de Saint-Honoré) signalent l'intérêt de leurs méthodes de spirométrie.

M. A. Bloch (de Paris) insiste sur l'importance d'une respiration exclusivement nasale. Cet idéal, dit M. le professeur Canuyt (de Nancy), est quelquefois impossible à atteindre, il faut alors conseiller l'expiration buccale.

(1) Comme nous l'avons déjà dit la réaction alcaline du sang ne saurait varier au delà de certaines limites sans entraîner la mort. Par conséquent, on ne saurait parler en pathologie humaine d'acidose ni d'alcalose véritable avec modification de pH dans le sens acide ou alcalin; mais simplement d'une diminution ou d'une augmentation de la « réserve alcaline » prémonitoire de ces variations de pH dont elle a pour objet précisément d'annihiler les effets et auxquelles cliniquement elle est assimilée. On peut dire par exemple que, jusqu'à un certain point, acidose en clinique équivaut à baisse de réserve alcaline.

DEUXIÈME RAPPORT

Indications thérapeutiques dans la tuberculose laryngée.

M. H. Caboche (de Paris).

Tout en insistant sur la valeur primordiale des traitements de la lésion pulmonaire (*cure hygiéno-diététique, instillations laryngo-trachéales, pneumothorax, thoracoplastie, phrénicectomie*), Caboche étudie les thérapeutiques que l'on peut opposer à une tuberculose laryngée.

Il envisage successivement :

Le *traitement chirurgical*, insistant sur la grande valeur destructive et sclérosante de la *galvano-cautérisation*.

Les *agents physiques*, à utilisation récente, parmi lesquels l'*actinothérapie* par irradiations générales ou cervicales a, sous une surveillance éclairée, une action nettement favorable sur les lésions non évolutives et apyrétiques.

La *diathermo-coagulation*, l'*étincelage à haute fréquence* ont également une action favorable.

La *chimiothérapie* (*éther-benzyl-cinnamique, sels d'or*).

Le *traitement biologique*, l'*antigène méthylique de Boquet et Nègre* ont donné à l'auteur des résultats encourageants.

L'*huile de foie de morue* appliquée localement semble avoir également une action favorable.

Ces différentes thérapeutiques comportent chacune leurs indications et leurs contre-indications selon la lésion locale, mais également selon l'état général du sujet ainsi que selon l'évolution de sa lésion pulmonaire.

Les conclusions du rapporteur montrent la *curabilité de certaines formes de tuberculose laryngée*; par l'association de ces diverses thérapeutiques, il insiste sur la nécessité d'une collaboration intime entre le laryngologiste et le phtisiologue.

Discussion. — MM. le professeur Moure, Rendu, Batier insistent sur l'importance de la cure de la lésion pulmonaire.

M. le docteur Bourgeois étudie avec succès l'étincelage diathermique.

M. le docteur Sargnon préconise les instillations médicamenteuses goutte à goutte et la collapsothérapie.

MM. les docteurs Bamand (de Lausanne), de Reynier (de Leysin) confirment les succès obtenus avec la galvano-cautérisation.

M. le docteur Bonain rappelle l'action sclérosante de l'acide trichloracétique.

M. le docteur Heyninx (de Bruxelles) utilise les applications endo-laryngées de tubes producteurs à la fois de rayons ultraviolets et d'étincelles de haute fréquence.

M. le docteur Ferrando a obtenu des succès avec la *sanochrysine*.

MM. les docteurs Tarneaud et Rozier apprécient favorablement l'action de la collapsothérapie.

M. le docteur Watsan-Wilians insiste sur la nécessité de soigner les foyers septiques voisins.

MM. les docteurs Junka et Kowler considèrent la crise climatique comme fondamentale. TRUFFERT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1927)

Sur le traitement de la surdité par le procédé de Laennec. — M. Henri-Jean Frossard. On connaît l'expérience de Laennec qui, appliquant sur sa trachée l'une des extrémités d'un stéthoscope et posant l'autre extrémité sur l'oreille d'un sourd-muet, arrivait à se faire entendre et comprendre.

M. Frossard a essayé de poursuivre ces expériences avec le

stéthoscope bi-auriculaire dont il est l'auteur. Il a constaté des résultats très encourageants.

Toxine diphtérique, nucléo-protéides et dialyse. — MM. R. Leulier, Sédaillian et Gaumond.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 8 novembre 1927)

Le cerveau d'Anatole France. — MM. Guillaume-Louis et Dubreuil-Chambardel, qui ont procédé à l'embaumement du corps d'Anatole France, ont, comme il avait été déjà fait pour Gœthe, Byron, Gambetta, procédé à l'examen du cerveau du grand écrivain.

L'encéphale d'Anatole France avait un poids total de 1.017 grammes, nettement inférieur au poids moyen général (1.360 grammes). On se rappelle que lors de l'autopsie de Gambetta on avait constaté que le poids du cerveau de l'illustre orateur était seulement de 1.160 grammes. Cette constatation n'avait pas été sans soulever une certaine émotion parmi les amis de Gambetta.

La publication de l'examen du cerveau d'Anatole France remet en mémoire les célèbres discussions sur les rapports du poids de l'encéphale et de l'intelligence.

« On a cru pendant longtemps qu'à une intelligence d'élite devait correspondre un encéphale d'un poids élevé. On est revenu de cette hypothèse depuis qu'on a pu examiner avec attention l'encéphale d'un certain nombre d'hommes éminents. Or, si chez certains on a trouvé des poids supérieurs à la moyenne qui est de 1.360 grammes (Cuvier avec 1.829 gr., Lord Byron avec 1.807 gr., Schubert avec 1.420 gr.), chez d'autres, au contraire, on a noté des poids nettement inférieurs à cette moyenne... »

Les auteurs ont fait une étude anatomique approfondie de l'encéphale. Il ressort en résumé de leurs constatations que le cerveau d'Anatole France est absolument remarquable par la profondeur des sillons et des scissures.

« On remarque peu de plis de passage superficiels; des plis profonds sont cachés dans les sillons. Il en résulte à l'extérieur une complète indépendance des circonvolutions. Les sillons secondaires, les incisures et les rides, qui divisent ou plissent ou coudent les circonvolutions, sont très nombreux.

Toutes ces particularités (incisures profondes, sillons accentués, plissements prononcés) ont pour résultat d'augmenter notablement la surface de la substance grise, du pallium. L'élément noble de l'encéphale s'est coudé à la manière d'un véritable radiateur, empiétant sur la substance blanche, et présentant un large potentiel de rayonnement. Ce que le cerveau a perdu en poids, il l'a gagné en surface : la qualité primait la quantité.

Le cerveau d'Anatole France avait une forme admirable. Il représentait un vrai travail d'orfèvrerie dans lequel les circonvolutions déliées et longues, repliées sur elles-mêmes, pressées les unes contre les autres, montraient une complication vraiment peu habituelle.

Nettement séparés les uns des autres par des scissures d'une profondeur inusitée, les lobes cérébraux apparaissent divisés en circonvolutions par des sillons presque aussi profonds que des scissures. Scissures et sillons, sinueux et flexueux, compliqués de fissures secondaires, de nids et d'encoches, délimitaient des plis délicats, minces, presque frêles, indépendants des plis voisins. A ce point de vue, les lobes

frontaux et les lobes occipitaux étaient d'une complexité étrange... »

Radiobiologie et radiothérapie des surrénales. — M. ZIMMERN signale la contradiction qui, dans l'action des rayons X sur les glandes surrénales, ressort respectivement de l'expérimentation physiologique et de la clinique.

En radiophysiologie, où l'on n'opère que sur des organes sains, on a à peu près généralement obtenu, avec de petites doses, une modification de la sécrétion adrénalinienne dans le sens de l'accroissement. Des doses extrêmes semblent nécessaires pour léser la substance médullaire.

Par contre, chez l'homme, à l'état pathologique, un grand nombre d'observations, excluant cependant les hypertensions d'origine rénale, mettent hors de doute le pouvoir des rayons X d'exercer à dose thérapeutique une action frénatrice sur la fonction surrénale, celle-ci se produisant, soit par voie indirecte, soit en vertu de l'accroissement de sensibilité de la glande altérée dans son fonctionnement.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DES ASSURANCES SOCIALES ET DE LA LIBERTÉ DE PRESCRIPTION DES ORDONNANCES (1)

La limitation du droit de prescription ne serait pas seulement une atteinte au droit d'exercice du médecin, au droit d'être soigné que le malade aura doublement puisqu'il sera cotisant, elle serait, en outre, un *danger pour nos finances publiques.*

L'impôt sur les médicaments spécialisés, cet impôt contre lequel nous avons souvent protesté, car c'est l'impôt sur la maladie, st un impôt vexatoire et inique. Il est vexatoire comme l'est la taxe sur le chiffre d'affaires; il est inique, en outre, parce qu'il frappe finalement des malades.

Mais, tel qu'il est, il rapporte à nos finances une somme très importante dont l'Etat va se priver bénévolement si la prescription des spécialités est interdite ou limitée.

On estime que le fait de priver les quinze millions de bénéficiaires des assurances sociales de spécialités réduirait d'environ 50 p. 100 le chiffre des affaires en France des laboratoires scientifiques. Il en résulterait que *les efforts de ces laboratoires faits pour diffuser leurs produits et en même temps la science française à l'étranger, seraient paralysés* à la fois, par suite de la diminution de leurs moyens financiers et par suite d'une recrudescence du protectionnisme.

En effet, la prohibition des spécialités françaises serait rendue facile du fait que les fabricants indigènes pourraient fournir comme argument que ces mêmes spécialités ne sont pas indispensables en France, leur pays d'origine.

En France même, que se passerait-il à la suite de la régression importante de la vente des spécialités purement médicales? Les bénéficiaires de la loi ne continueraient pas moins à user de spécialités et comme aucune spécialité scientifique ne pourrait leur être prescrite par leur médecin, ils iraient tout naturellement aux spécialités offertes directement au public, spécialités qui n'offrent aucune garantie scientifique.

Il y a un point de vue scientifique, enfin, que l'on oublie trop volontiers. Nos chimistes trouvent dans les laboratoires modernes de nos grands spécialistes des moyens de travail. Ces moyens échapperaient le jour où ces laboratoires seraient obligés de restreindre leurs travaux ou de fermer leurs portes.

Est-ce l'année même où l'on a posé la première pierre de la Maison de la chimie que l'on va porter un coup fatal à une grande industrie qui honore la science française. F. L. S.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 85, p. 1400, et n° 89, p. 1470.

CONGRÈS

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE, sous la présidence de M. le professeur E. Schmiegelow. — *Comité d'organisation.* — Président : professeur E. Schmiegelow, 18 Nerregade, Copenhague K; secrétaire général : docteur N. Rh. Blegvad, 3 Nytorv, Copenhague K; secrétaire adjoint : docteur G. V. Th. Borries, 10 Ch. IX's, Gade, Copenhague K; vice-président : professeur A. Thornval, 8 Vester Voldgade, Copenhague K; trésorier : docteur Jorgen Moller, 13 Vestre Boulevard, Copenhague K; trésorier-adjoint : docteur Robert Lund, 13 Vestre Boulevard, Copenhague K.

Le Ier Congrès international d'oto-rhino-laryngologie se réunira à Copenhague du 29 juillet au 1er août 1928.

Les langues officielles du Congrès seront le français, l'allemand, l'anglais.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour :

I. « De l'opération radicale partielle ou conservative dans les otites moyennes suppuratives. » Rapporteurs : MM. Neumann (Vienne), Tapia (Madrid).

II. « Septicémie d'origine pharyngienne. » Rapporteurs : MM. Ferreri (Rome), Uffenorde (Greifswalde).

III. « Le traitement par diathermie chirurgicale des tumeurs malignes des voies antérieures. » Rapporteurs : MM. Gunnar Holmgren (Stockholm), Dan Mackensie (Londres).

IV. « La structure anatomique de l'oreille moyenne et son influence sur le cours des suppurations de l'oreille. » Rapporteurs : MM. J. Mouret (Montpellier), K. Wittmaack (Hamburg).

La souscription, qui donnera droit à un exemplaire des comptes rendus, est fixée à 30 couronnes danoises, elle doit être payée au trésorier, docteur Gorgen Moller, Lykkesholms Alle 8, Copenhague V.

S'inscrire avant le 1er mai 1928.

Les avantages matériels, les facilités de transport qui seront accordés aux congressistes et à leur famille ainsi que le programme d'une excursion croisière dans les Pays scandinaves coïncidant avec le Congrès seront publiés dans la suite.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au secrétaire général à Copenhague ou au docteur René Miégeville, 11, place Vintimille, Paris (IXe).

RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE..... 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 10 novembre. — Questions données : « L'hématurie des calculs du rein. Symptomatologie et diagnostic. — Symptômes et complications de la dysenterie amibienne. »

Mlle Mayo et MM. Arondel, 18; Guibé, 29; Goliger, 10; Camena d'Almeida, 17 ; Barthes, 25; Cohen, 23 ; Ardouin, 26; Guichard, 18; Billet, 23.

HÔPITAL DE ROTHSCHILD. — Un concours pour trois places d'internes titulaires et trois places d'internes provisoires aura lieu à l'hôpital de Rothschild, 15, rue Santerre, Paris (XIIe), le lundi 19 décembre 1927.

S'adresser pour renseignements et inscriptions à l'hôpital de Rothschild, rue Santerre, tous les jours, de 8 h. à midi.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — La chaire d'histologie de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. (*J. O.*, 13 nov. 1927.)

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Prix décernés. — *Anatomie et zoologie.* — Prix Da Gama Machado (1.200 fr.) : à M. Henri Neuville, sous-directeur de laboratoire au Muséum national d'histoire naturelle; prix Savigny (1,500 fr.) : à M. Maurice Langeron, chef de laboratoire à la Faculté de médecine.

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon : un prix de 2.500 fr. à M. Raoul Bensaude, médecin chef de service à l'hôpital Saint-Antoine ; un prix de 2.500 fr. à M. Henri Carré, directeur adjoint au laboratoire national de recherches des services vétérinaires; un prix de 2.500 fr. à M. Constantin Levaditi, chef de service à l'Institut Pasteur; une mention honorable de 1.500 fr. à MM. Jean Barotte et Achille Urbain, de l'Institut Pasteur; une mention honorable de 1,500 fr. à M. Jean Verge, chef de travaux à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort; une mention honorable de 1.500 fr. à M. Christian Zœller, professeur agrégé du Val-de-Grâce; citation à M. Emile Frache, docteur en pharmacie; citation à M. Gustave Lesbouyries, chef de clinique à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort; prix Barbier (2.000 fr.) à M. André Léri, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; prix Bréant (5.000 fr.) : à MM. Charles Dopter, directeur du Val-de-Grâce, et Paulin Vezeaux de Lavergne, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy; prix Godart (2.000 fr.) : à M. René Herpin, professeur à l'Institut Saint-Paul de Cherbourg, prix Chaussier (10.000 fr.) à MM. Edmond et Etienne Sergent, de l'Institut Pasteur d'Algérie; prix Mège (1.000 fr.) : à M. Félix Ramond, médecin de l'hôpital Saint-Antoine; prix Bellion (1.400 fr.) : à M. Jean Rieux, ancien professeur au Val-de-Grâce; mention honorable : à M. Grégoire Ichok, professeur à l'Ecole des hautes études sociales; prix Larrey (1.000 fr.) : à MM. Jean Jacquemart, médecin-major de 1re classe, et Ch. Clavelin, professeur agrégé du Val-de-Grâce; prix Argut (1.200 fr.) : à M. Ch. Guillaume, ancien chef de clinique.

ACADÉMIE FRANÇAISE. — M. le docteur Maurice de Fleury vient de poser sa candidature au fauteuil actuellement vacant par suite du décès de M. Robert de Flers.

Les autres candidats à ce fauteuil sont MM. Tristan Bernard, Emile Hinzelin, Gabriel de la Rochefoucauld et Louis Madelin.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS FRANÇAIS. — L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français, présidée par M. le docteur Delagenière (du Mans), a tenu sa réunion annuelle le 6 octobre 1927.

Plus de 150 chirurgiens, venus de toutes les régions de France, y ont pris part.

Le compte rendu officiel de la discussion paraîtra dans le prochain Bulletin du Syndicat des chirurgiens de décembre 1927.

Il nous paraît utile de donner dès aujourd'hui le texte des ordres du jour principaux qui ont été votés :

1° Rapports des chirurgiens avec les médecins traitants. — « Le Syndicat des chirurgiens français, ayant pris connaissanee du rapport de la Commission de déontologie et l'ayant approuvé, déclare :

Tout partage clandestin d'honoraires entre médecin et chirurgien est profondément immoral. »

2° Assurances sociales. — « Le Syndicat des chirurgiens adopte les conditions suivantes de sa collaboration à la loi :

Nécessité d'un contrat entre les caisses et le Syndicat des chirurgiens français dont les principales clauses seront :

Le droit à des honoraires pour tout malade opéré, soit à domicile, soit à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins.

La présentation d'un tarif minimum permettant la demande d'honoraires plus élevés et impliquant le paiement direct par le malade.

La présence de chirurgiens dans les commissions techniques organisées par les caisses. »

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — Cours de pathologie mentale et enseignement clinique des maladies mentales et de l'encéphale. (Professeur : M. Henri Claude.) — L'enseignement des maladies mentales comprendra deux parties : une partie théorique, une partie clinique.

Le cours théorique, illustré autant que possible par des présentations de malades, constituera un exposé succinct des diverses maladies mentales. Il aura lieu à Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (amphithéâtre de la Clinique). La première leçon sera faite le jeudi 15 décembre, à 17 h.

L'enseignement clinique comprendra des présentations de malades, les mercredis, à 10 h., et une consultation policlinique, le samedi, à 10 h. La première leçon aura lieu le mercredi 16 novembre.

Les autres jours, visite des malades dans les salles et enseignement élémentaire de la sémiologie mentale par MM. les chefs de clinique, et cours destinés aux stagiaires, à 9 h. 1/2.

Clinique urologique de l'hôpital Necker. — M. le professeur Legueu commencera ses leçons le mercredi 16 novembre 1927, à 11 h., et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre des Cliniques.

Opérations le lundi, de 9 h. 1/2 à 12 h.; le mercredi et le vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 h. avant la Clinique.

Clinique des maladies nerveuses. — M. le professeur Georges Guillain commencera son cours de clinique le vendredi 18 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la Clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis, à 10 h. (policlinique à la salle de consultations externes de l'hôpital) et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la Clinique Charcot).

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine. — M. le professeur F. Bezançon commencera son cours le vendredi 18 novembre 1927, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Programme du cours : « Les états dyspnéiques. Séméiologie de la dyspnée. Emphysème, asthme, asthme cardiaque, œdème aigu du poumon, dyspnée des cardio-rénaux, des obèses, etc. »

Tous les mercredis et samedis, à 10 h. 1/2, au même amphithéâtre, présentation de malades; la séance du mercredi étant réservée à la présentation de malades atteints de tuberculose pulmonaire.

Clinique obstétricale. (Clinique Baudelocque.) — M. le professeur Couvelaire reprendra son cours de clinique le vendredi 18 novembre, à 11 h., et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours libre de clinique chirurgicale. (Hôpital Laennec.) — M. le docteur Auvray, chirurgien de l'hôpital, commencera ses conférences cliniques, avec présentation de malades, le vendredi 25 novembre, à 11 h. (amphithéâtre Landouzy), et les continuera les vendredis suivants, à la même heure, jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Tous les matins, à 9 h. 1/2, opérations et examens de malades dans les salles.

Hôpital Bretonneau. — MM. les docteurs Guillemot et Grenet, M. le docteur Paul Mathieu, médecins et chirurgien de l'hôpital Bretonneau; M. le docteur Julien Huber, médecin des hôpitaux, reprendront le vendredi 18 novembre 1927, à 11 h., à la consultation de chirurgie de l'hôpital Bretonneau, les conférences cliniques et thérapeutiques, avec présentations de malades. Elles auront lieu tous les vendredis, à 11 h., pendant l'année scolaire 1927-1928.

Ces conférences sont publiques et gratuites.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Clinique d'oto-rhino-laryngologie du professeur Portmann. — Pendant l'année scolaire 1927-1928, M. le professeur Portmann reprendra à l'hôpital du Tondu et à l'annexe Saint-Raphaël son *enseignement* pour étudiant et pour spécialiste. Des *cours spéciaux* auront lieu ultérieurement, en voici le programme :

1° La mastoïde. — Du mardi 10 janvier au vendredi 10 février 1928 sera fait par le professeur Portmann, à raison de deux conférences par semaine, un cours sur la mastoïde : étude anatomique, clinique et thérapeutique.

2° Cours de broncho-œsophagoscopie. — Ce cours aura lieu du lundi 7 février au jeudi 8 mars 1928. Il comprendra des conférences théoriques et des exercices pratiques.

3° Cours d'anatomie pathologique oto-rhino-laryngologique. — Le cours d'anatomie pathologique aura lieu du 7 au 19 mai 1928, sous la direction du professeur Portmann.

4° Cours de perfectionnement français. — Ce cours aura lieu du lundi 2 juillet au samedi 21 juillet 1928. Le programme détaillé en sera publié ultérieurement.

5° Cours de perfectionnement en anglais. — Le « five weeks american course » aura lieu du lundi 6 août au samedi 8 septembre 1928.

NOTES DE PRATIQUE

ARYTHMIES

Pour lutter contre la déficience de la circulation — que celle-ci soit conditionnée par la défaillance du cœur ou par l'insuffisanee artérielle, ou par un obstacle viscéral (rénal généralement) — un vaste arsenal thérapeutique est à la disposition du praticien. Mis à part, les deux chefs de file qui sont digitale et strophantus, l'extrait total d'adonis ou Diurène agit avec netteté, il renforce l'énergie contractile du myocarde défaillant et régularise le rythme devenu pathologique. De plus, c'est un diurétique puissant qui active l'élimination de l'eau, des chlorures et des déchets azotés.

Ve CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE

(Lausanne, 29 septembre 1927.)

SUR LA SÉROTHÉRAPIE DES MYÉLITES

Rapport de M. le professeur ÉTIENNE (de Nancy).

Ce rapport, très écouté et très complet, traite de la sérothérapie des myélites par la méthode de M. A. Netter, puis par le sérum antipoliomyélite de A. Pettit. Landsteiner et Levaditi ont établi que le sang des singes inoculés ayant présenté des signes de paralysie et ayant survécu, possède des propriétés neutralisantes vis-à-vis du virus. Le sang de ces animaux, en effet, mélangé au virus poliomyélitique, le rend inoffensif pour les sujets neufs. Partant de ces données. Netter pense que le sérum d'anciens malades doit se comporter de même. Ainsi peut-il appliquer chez l'homme la conséquence de ses recherches expérimentales. Il inaugura la sérothérapie par le sérum d'anciens malades et obtint de frappants résultats. M. Étienne lui-même expérimenta avec succès dans certains cas la méthode de Netter. Le premier point important qui ressort des observations publiées est l'efficacité du sérum d'anciens myélitiques dans les myélites aiguës évolutives. La sérothérapie est intervenue dans trois conditions différentes : 1° dans la phase initiale préparalytique, possible dans les périodes d'épidémie; 2° dans la phase d'extension des paralysies. La plupart des cas rentrent dans cette catégorie, et Netter a constaté le plus souvent dans ces cas un arrêt net de l'évolution. Très souvent même il y a eu rétrocession rapide des accidents établis; 3° dans la phase de stabilité des paralysies. Ici encore il semble qu'on observe une rétrocession des paralysies plus complète et plus rapide que dans les cas qui évoluent spontanément.

La méthode Netter, qui comporte essentiellement l'injection de sérum intrarachidienne d'anciens malades expose cependant les malades traités à des réactions méningées fréquentes. En outre, la difficulté de se procurer du sérum en quantité suffisante constitue un gros obstacle à sa réalisation. Pour parer à cet inconvénient et pour permettre une préparation intensive d'un sérum actif pouvant répondre aux nécessités de la clinique courante. A. Pettit réussit à fabriquer un sérum en se servant, comme antigène, de moelle de sujets poliomyélitiques. Cette moelle, convenablement préparée, est injectée à des chevaux, dont l'Institut Pasteur recueille le sérum. Étienne a pu traiter un certain nombre de cas de myélites diffuses par ce sérum ainsi préparé à l'Institut Pasteur par le professeur A. Pettit.

Il divise ces cas en trois groupes : 1° sérothérapie à doses suffisantes; 2° sérothérapie à doses insuffisantes; 3° pas de sérothérapie.

Il ressort de ses observations, que des 11 cas traités et rentrant dans le premier groupe, 9 ont été guéris avec *restitutio ad integrum*. Dans ces 9 cas, la sérothérapie intervint le troisième jour après le début des accidents médullaires, le quatrième, les cinquième, septième, neuvième, dix-huitième, trente-neuvième, soixantième jour. Les doses employées ont été de 100 centimètres cubes en sept jours, de 110 centimètres cubes en cinq jours, 160 centimètres cubes en quatre jours, 260 centimètres cubes en sept jours, 310 centimètres cubes en quatre jours, 340 centimètres cubes en six jours, 350 centimètres cubes en cinq jours, 350 centimètres cubes en six jours. Les deux autres cas ont été moins favorablement influencés par le sérum de A. Pettit. Un n'a présenté qu'un résultat incomplet, l'autre fut un échec. Les cas traités par le sérum Pettit et rentrant dans le deuxième groupe par suite d'un manque de sérum sont au nombre de trois. Dans ces cas, les doses employées ont suffi à enrayer nettement l'évolution, mais n'ont pas suffi à amener une rétrocession. Dans le troisième cas, il y a eu d'abord atténuation des accidents paralytiques, puis une deuxième attaque foudroyante. Des cas témoins n'ayant pas reçu de sérothérapie, Étienne cite 9 cas. Sur ces 9 cas, un a succombé dans le marasme, un a eu une restauration satisfaisante, les autres ont présenté tous des séquelles plus ou moins graves.

Tous les sujets rapportés par M. Étienne concernent les adultes. Cependant, d'après les observations de Mlle Laurent, de MM. Giraud, Roger (de Marseille), Debré, Lemierre, Barbary (d'Angers), Lemesle, Bobillier, Babonneix, la sérothérapie semblerait avoir obtenu des résultats assez bons dans la paralysie infantile. M. Étienne, s'appuyant sur toutes les observations publiées et sur les cas qu'il a traités personnellement, établit que le sérum de Pettit a montré une action remarquablement constante dans le poliomyélite de l'adulte. Bien que la sérothérapie banale ait pu dans certains cas atténuer l'action du virus poliomyélitique et agir favorablement sur l'évolution des myélites aiguës, M. Étienne pense qu'à l'heure actuelle, seuls les sérums des malades guéris et le sérum antipoliomyélitique de l'Institut Pasteur, employés à dose suffisante, paraissent doués d'un pouvoir neutralisant complet, ayant une action nette sur les lésions cellulaires médullaires déjà constituées et permettent de ce fait une rétrocession complète des accidents et une guérison absolue.

M. Etienne conclut que dans la paralysie infantile, comme dans les myélites diffuses, aiguës ou subaiguës de l'adulte, la sérothérapie antipolyomyélitique peut être utilisée. Dans la méthode de Netter, la voie intrarachidienne est la règle. En ce qui concerne le sérum antipolyomyélitique de Pettit, qui paraît être actuellement au point, on peut admettre que la sérothérapie a une action remarquablement constante dans les cas de myélite de l'adulte. L'amélioration se fait sentir souvent dans les premières heures. A doses suffisantes, on peut escompter l'arrêt de l'évolution et presque à coup sûr la rétrocession des paralysies, à condition d'intervenir à temps. Il est désirable pour cela que la sérothérapie intervienne dès que possible au cours de l'évolution des myélites. Plus son action est précoce, moindres sont les doses massives employées. A la phase de stabilisation, le sérum paraît pouvoir être encore actif.

Les injections intramusculaires et sous-cutanées sont très souvent pratiquement suffisantes. Il est utile et économique d'y joindre la voie intrarachidienne, quand il est possible, sans se préoccuper de la réaction méningée parfois vive mais sans gravité. Il est nécessaire d'employer un traitement d'assaut d'emblée par de fortes doses de sérum. M. Etienne s'est arrêté à une moyenne de 80 à 100 centimètres cubes dans les premières vingt-quatre heures en injection intramusculaire. Il faut continuer les mêmes doses les jours suivants, jusqu'à ce que l'amélioration se dessine nettement, puis la consolider par des doses de 80 et 40 centimètres cubes. A doses insuffisantes, résultats incomplets. Si l'on n'a pas à sa disposition du sérum, on peut espérer un certain ralentissement de l'évolution, soit par le traitement de choc banal, soit par la sérothérapie non spécifique par un sérum banal.

M. Etienne termine en émettant le vœu que l'Académie de médecine approuve le sérum antipoliomyélitique de l'Institut Pasteur.

Le docteur HALLÉ donne ensuite lecture d'une communication du docteur NETTER concernant la **sérothérapie de la maladie de Heine Medin**. Netter regrette que la sérothérapie antipoliomyélitique n'ait point encore reçu la place qu'elle mérite dans les pays au courant de la nouvelle méthode. Il signale par contre les heureux résultats obtenus aux Etats-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Il rappelle en quelques mots les bases expérimentales de la sérothérapie, et les premières applications qui en furent faites. Les cas obser-

vés et traités par lui-même, ainsi que ceux traités et publiés par son élève Salanier, lui permettent de conclure à l'efficacité du sérum d'anciens malades injecté dans le canal rachidien des malades atteints de polyomyélite.

Au sujet du sérum antipoliomyélitique de A. Pettit, M. Netter déclare l'avoir utilisé avec succès comme l'a fait M. Étienne. La voie intramusculaire peut être substituée à la voie rachidienne.

M. le professeur Rohmer (de Strasbourg) cite quelques résultats excellents obtenus par la **sérothérapie antipoliomyélitique** lors d'une petite épidémie survenue à Strasbourg.

M. Gauthier (de Genève) a traité des cas de **poliomyélite par le sérum de A. Pettit**, injecté par voie rachidienne et intramusculaire; les résultats n'ont pas été très démonstratifs. Pour M. Roch (de Genève), le sérum agit bien mais d'une façon incomplète.

M. Lemaire (de Paris), se basant sur les expériences qu'il a faites concernant l'action du sérum antitétanique, se demande si l'usage d'une médication anesthésique et hypnotique ne serait pas un adjuvant de la sérothérapie dans le traitement de la poliomyélite. MM. Lemaire et Debré ont démontré en 1911 que dans les conditions normales les sérums antitoxiques ne passent dans le liquide céphalo-rachidien, ne traversent la barrière encéphalo-hématique qu'en minime quantité. Or, l'usage de la morphine dans la sérothérapie du tétanos facilite à l'antitoxine le passage de la barrière vasculo-encéphalique. M. Lemaire se demande donc si une association semblable ne permettrait pas de rendre efficace à une moindre dose la sérothérapie antipoliomyélitique.

M. Lereboullet a, au cours de l'épidémie de 1926, soigné avec MM. Janet et Pierrot 13 cas de poliomyélite, amenés quelques jours après le début de la maladie. Onze d'entre eux ont été soumis au traitement par le sérum de Pettit à doses relativement élevées. Un seul a succombé à une bronchopneumonie. Deux n'ont pas été influencés et ont gardé des séquelles importantes. Un est sorti trop tôt pour juger du résultat. Chez sept, enfin, une évolution favorable a été constatée et ils sont sortis de l'hôpital avec des séquelles peu marquées. Mais, simultanément, deux à l'hôpital et plusieurs en ville étaient soignés sans sérothérapie avec une évolution tout aussi favorable.

Réserve faite des cas rares où la généralisation ascendante et la participation bulbaire entraînent une mort rapide, la plupart des poliomyélites présentent une tendance spontanée à la répression qui empêche de juger l'action de la sérothérapie.

Il faut la pratiquer toutes les fois qu'on le peut, par voie intramusculaire et sous-cutanée (la voie intrarachidienne ne semblant pas indispensable et parfois nuisible), des doses élevées sont ici comme ailleurs nécessaires; il faut se rappeler aussi les bienfaits de la physiothérapie dès que la répression commence à se manifester.

M. Tixier (de Paris) trouve les statistiques du docteur Étienne fort intéressantes, mais elles concernent presque exclusivement des adultes. M. Tixier se demande si les conclusions du rapport Etienne ne sont pas un peu trop optimistes. En clinique infantile, il semble bien qu'il y ait deux variétés de maladies, peut-être de la même famille, mais bien différentes au point de vue de leur pronostic. Il y a, d'une part, les formes de myélites ascendantes à évolution rapide et qui sont extrêmement graves *quoad vitam*, mais rares heureusement. D'autre part, nous observons beaucoup plus souvent la poliomyélite courante de l'enfance avec un début qui tend de plus en plus à ressembler au début d'une méningite tuberculeuse.

Pour les formes ascendantes à évolution rapide, la sérothérapie est inopérante. M. Tixier croit qu'il est imprudent de laisser s'accréditer l'assertion que la myélite ascendante est toujours curable, du moment que les injections de sérum sont faites en quantité suffisante. Cette assertion laisserait planer la suspicion sur la technique de confrères qui ont cependant des échecs en se plaçant dans les meilleures conditions. M. Tixier cite un cas qui fut un échec malgré la dose massive de sérum injecté.

En ce qui concerne l'influence de la sérothérapie sur la poliomyélite courante de l'enfance, nous manquons de documents à la fois nombreux et précis. M. Tixier, qui a pratiqué la sérothérapie antipoliomyélitique, n'a jamais eu l'impression d'une régression des paralysies très différente de ce qui se passait autrefois, avant l'emploi de la sérothérapie. Il met en garde contre les méningites sériques auxquelles on expose les malades en pratiquant les injections de sérum par voie intrarachidienne.

Pour conclure, M. Tixier déclare que les remarques qu'il vient de présenter ne sont pas des critiques de principe à l'égard d'une méthode qui est la thérapeutique rationnelle de l'avenir. Il rend hommage aux travaux de M. Netter, aux recherches de M. Pettit et au rapport de M. Etienne.

M. Forest présente des observations d'un enfant de seize mois traité par des injections de sérum, les dixième, onzième et douzième jours de la période ascendante. Il a observé une régression rapide des phénomènes paralytiques.

M. Lesné pense qu'il est difficile d'affirmer la valeur de la sérothérapie dans le traitement de la poliomyélite dont les formes cliniques sont si peu comparables comme évolution et comme pronostic. A côté des formes graves aboutissant à la mort, il y a les formes bénignes de la poliomyélite de l'enfance qui régressent spontanément. Il cite un cas traité avec succès, semble-t-il, par la sérothérapie. M. Lesné pense que la sérothérapie doit être employée au moins dans les formes graves, en y associant, bien entendu, la physiothérapie, dont l'utilité est incontestable.

M. Babonneix (de Paris) apporte les observations de quelques cas personnels, traités soit par le sérum de malades convalescents, soit par le sérum de A. Pettit. Les résultats ont été assez variables. M. Babonneix conclut cependant que la sérothérapie est une arme merveilleuse à laquelle il faut toujours recourir quand la chose est possible. Les échecs peuvent s'expliquer, soit par le retard apporté dans la mise en œuvre du traitement, soit par l'insuffisance de doses injectées, soit par la virulence excessive de l'infection.

M. Lereboullet. Les injections par voie intrarachidienne sont dangereuses. Il préconise la voie intramusculaire à condition d'injecter des doses massives de sérum.

M. Nobécourt estime qu'il est difficile de se faire une opinion sur la valeur de la sérothérapie dans la poliomyélite. Il n'est pas démontré que le sérum de convalescent soit vraiment efficace. Les statistiques publiées semblent vouloir montrer que les résultats obtenus avec la sérothérapie ou sans sérothérapie sont à peu près identiques. En effet, la poliomyélite épidémique est une maladie essentiellement polymorphe, dont le pronostic est très variable. Dans la plupart des cas les paralysies ont une tendance spontanée à la régression et à la localisation. M. Nobécourt cite les cas traités à la Clinique médicale des enfants. De ses observations personnelles, on peut tirer les conclusions suivantes : un traitement précoce, régulier, donne des résultats favorables; un traitement irrégulier ne procuré aucune amélioration. Il faut tenir compte dans chaque cas particulier de la gravité de la maladie. Les cas légers et moyens ont tous été améliorés ou guéris, les cas graves ont été plus ou moins notablement améliorés. Cependant M. Nobécourt pense qu'il n'est pas possible de formuler aucune conclusion précise sur la valeur de la sérothérapie, celle-ci ayant été utilisée dans un nombre de cas trop restreint ou insuffisamment démonstratifs, et associée d'ailleurs à d'autres méthodes de traitement.

M. Etienne répond qu'à côté des cas où il y a régression spontanée des phénomènes paralytiques il a l'impression cependant que les formes envahissantes sont susceptibles de guérison avec la sérothérapie à hautes doses. Il a l'impression également qu'on observe plus de guérisons dans les cas traités avec le sérum que dans les cas traités sans sérum. Pour lui, l'injection intrarachidienne paraît préférable à la voie intramusculaire ou cutanée, parce que permettant une action plus rapide du sérum.

M. Plumier (de Liége) rapporte un cas traité par la sérothérapie avec résultats favorables. Deux ans plus tard le même malade est revenu, présentant les mêmes symptômes de poliomyélite, symptômes qui se sont aggravés. Le malade est mort. A l'autopsie, on trouve une tumeur de la moelle. M. Plumier discute du diagnostic et se demande s'il y a eu d'abord maladie de Heine-Medin et ensuite tumeur, ou si le contraire s'est produit.

SUR LE TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPIQUE DE LA POLIOMYÉLITE

Rapport de M. Duhem.

Dans ce rapport, M. Duhem discute la valeur des procédés physiothérapiques employés dans la poliomyélite. En principe, il faut poser nettement que, quelles que soient les méthodes employées, quels que soient les succès obtenus, on ne peut absolument rien conclure de toutes les expériences faites avant que la période de régression de la maladie ne soit accomplie. Autrefois on ne cherchait pas autre chose que de lutter contre les troubles musculaires. On employait pour cela le courant faradique et les secousses musculaires produites par les ondes de fermetures des courants continus ou galvaniques. Aujourd'hui on cherche avant tout à combattre les troubles nutritifs profonds en agissant, et sur la circulation périphérique, et sur la circulation profonde. On cherche à agir sur les éléments de prolifération conjonctive qui viennent étouffer les cellules de la moelle touchées par la poliomyélite. C'est le rôle, d'une part, de la diathermie et de la balnéation locale chaude; d'autre part, de la radiothérapie. Après avoir fait la critique de ces divers procédés, M. Duhem conclut que la méthode générale qui peut être tirée de l'étude de tous les procédés employés se résume en quelques mots :

1° **Début : période fébrile** : sérothérapie.

2° **Période post-fébrile** : radiothérapie; deux séries de quatre séances : diathermie tous les deux jours d'abord pendant deux mois, puis après, six semaines de repos. Nouvelle série de deux mois; ainsi de suite pendant toute la période de régression. Bains chauds locaux : quatre fois par jour, six fois quand les troubles circulatoires sont précoces et accentués, Mécanothérapie manuelle : selon les localisations musculaires.

3° **Période des paralysies systématiques.** Après réchauffement et circulation bien rétablie : courant continu; secousse de fermeture négative au tampon. Pour la conduite du traitement, alterner les périodes de traitement et de repos. Pendant l'hiver qui suit l'apparition de la poliomyélite, le traitement doit être énergique et peu interrompu. Pendant l'été, l'enfant pourra avantageusement passer deux ou trois mois sur une plage chaude, à condition de pouvoir continuer l'hydrothérapie chaude. L'électrothérapie sera reprise au mois d'octobre avec de grands intervalles de repos. On constate toujours une accentuation des phénomènes régressifs après chaque période de repos quand on reprend le traitement. Commencer alors par quelques séances de diathermie et continuer par la galvanisation.

A propos de la radiothérapie, M. Duhem déclare que dans tous les cas où elle a été pratiquée tardivement, elle n'a absolument rien donné. Dans tous les cas où elle a été appliquée d'une façon précoce, il est possible de déterminer la part qui revient à la radiothérapie et celle qui est due à l'évolution spontanée de la maladie. Par contre, la diathermie et la balnéation chaude ont pris la valeur de faits expérimentaux rigoureusement contrôlés.

M. Babonneix parle du traitement physique de la poliomyélite et des régressions spontanées de la maladie. Pour les classiques, l'examen électrique permet de diviser en deux groupes les membres paralysés. Ceux dont les réactions sont normales et qui, en quelques semaines et en quelques mois, redeviendront normales, et ceux qui présentent des réactions de dégérescence et qui, quoi qu'on fasse, seront voués à la paralysie et à l'atrophie.

Pour les auteurs plus récents, la régression peut porter aussi sur les muscles présentant des réactions de dégénérescence, à la condition qu'elle soit favorisée par la thérapeutique.

En général, la régression des paralysies dépasse presque toujours les prévisions. Aussi, M. Babonneix préconise-t-il toujours le recours à la thérapeutique classique : sérothérapie médication physique. Il cite un cas remarquable à régression spontanée chez une jeune fille atteinte de paralysie flasque totale et qui ne fut l'objet d'aucun traitement.

M. Rocher (de Bordeaux) déclare que, pour parler de récupération anatomique et fonctionnelle dans les lésions graves, il faut de toute nécessité avoir un terme de comparaison initial : l'électro-diagnostic. Il ne faut pas se laisser illusionner dans le jugement de certains résultats thérapeutiques ou de l'évolution de certaines lésions par les phénomènes de suppléance ou d'adaptation fonctionnelle. M. Rocher demande à M. Babonneix si les examens électriques ont vraiment confirmé la dégénérescence musculaire dans le cas qu'il vient de citer.

M. Babonneix répond à M. Rocher qu'il n'y a pas eu d'examens électriques dans le cas cité par lui. Mais le diagnostic de paralysie infantile était évident, de même que l'atrophie et la paralysie flasque des membres qui ont peu à peu récupéré leurs fonctions.

M. Tixier : Si le doute peut être permis sur le résultat de la sérothérapie dans la poliomyélite, on a, après discussion du rapport Duhem, une impression bien meilleure sur les résultats que donnent dans leur ensemble les méthodes thérapeutiques modernes. M. Tixier, se rapportant à quinze et vingt ans en arrière, voit chez un certain nombre d'enfants des reliquats extrêmement sévères. Depuis quelques années où il fait d'une façon aussi précoce que possible sérothérapie par le sérum de M. A. Petit, puis radiothérapie, diathermie, balnéation chaude, traitement de Bordier, enfin électrisation et massages, il peut dire qu'il ne connaît pas d'infirmités véritables.

LE TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE DE LA PARALYSIE INFANTILE

Rapport de M. Nicod.

M. Nicod (de Lausanne) rapporte sur le traitement orthopédique de la paralysie infantile et présente une série de malades traités par lui. Si dans certains cas, la mobilité redevient complète, le plus souvent la maladie nous laisse en présence de lésions définitivement constituées. Le traitement orthopédique de la paralysie infantile commence immédiatement après la période régressive. L'électrodiagnostic peut donner des indications très précieuses sur le retour futur de la motilité dans tel muscle ou groupe musculaire, mais il ne constitue pas à lui tout seul une base suffisante pour juger des lésions futures définitives. L'orthopédie doit intervenir dès qu'un membre ou segment de membre, sous l'action des muscles antagonistes restés sains, prend de mauvaises positions. Attendre le terme des phénomènes régressifs si varia-

bles et irréguliers pour entreprendre le traitement orthopédique constitue une erreur. Le traitement orthopédique est un traitement réparateur et de compensation physiologique. M. Nicod étudie les troubles dynamiques caractérisés par l'inertie plus ou moins grande d'un ou de plusieurs membres par la rupture de l'équilibre musculaire sur une certaine étendue de l'appareil locomoteur. Il souligne les conséquences produites par les paralysies musculaires sur la conformation du squelette. Pour l'orthopédiste, deux éventualités peuvent se produire dans le traitement des séquelles de la poliomyélite antérieure.

1° Le traitement orthopédique est réclamé dès les premières semaines de la paralysie, conjointement et parallèlement avec le traitement médical pur (en ce cas le pronostic est plus favorable).

2° On n'a recours au dit traitement que deux ans, cinq ans, dix ans après l'atteinte de poliomyélite. M. Nicod étudie la première éventualité dans laquelle le chirurgien orthopédiste ne cherchera que le maintien des membres en bonne position. Les frictions calmantes, le massage très doux, l'effleurage très légers constituent des adjuvants précieux des appareils fixateurs en diminuant les contractures. L'électricité est un agent précieux à cette période de l'affection et qui doit être lié d'une façon régulière au traitement orthopédique. M. Nicod préconise le courant galvanique à faible dose; 5 à 10 milliampères. Les séances seront de courte durée. Le traitement sera interrompu pendant deux à trois semaines tous les trois mois. Le traitement orthopédique, dans les cas de poliomyélite ancienne a deux voies à sa disposition : la méthode lente et non sanglante et la méthode chirurgicale proprement dite. Ces deux procédés ne s'excluent pas l'un l'autre. Nicod étudie successivement le redressement et la correction des difformités d'origine paralytique par la méthode lente et non sanglante (massage, bains de lumière, électricité, mécanothérapie, appareils orthopédiques de soutien et de redressement, etc.), puis le redressement et la correction des difformités d'origine paralytique par la méthode sanglante ou chirurgicale (élongations tendineuses, ostéotomie). Il discute de la valeur des opérations plastiques et réparatrices dans la paralysie infantile (greffes nerveuses, greffes musculo-tendineuses, transplantations tendineuses, ostéopériositée, ténodèse, arthrodèse, etc.). Lorsque le paralytique s'adresse à l'orthopédiste plusieurs années après la période aiguë et qu'il présente de nombreuses déformations, il faut les corriger par un traitement lent, essentiellement conservateur. Si les déformations sont trop invétérées et le sujet trop âgé, on recourt alors à des interventions sur les tendons et les aponévroses, les os et les articulations. Le traitement orthopédique demande beaucoup de patience. En principe, il faut éviter le port définitif des appareils orthopédiques de maintien. L'exposé de M. Nicod et la présentation des cas traités par lui ont vivement intéressé les membres du Congrès qui ont pu constater les excellents résultats obtenus par lui.

M. Brunschweiler (de Lausanne) expose ensuite des observations personnelles sur l'héliothérapie, la balnéologie et l'électrothérapie dans la poliomyélite.

M. Laze (de Lisbonne) expose sa méthode de traitement de la paralysie infantile. Il prescrit l'urotropine dans les premiers jours de l'infection et conseille la méthode de Bordier associée à la physiothérapie. Il traite ses malades : 1° par la radiothérapie médullaire; 2° par la diathermie; 3° par la galvanisation et la faradisation, selon les indications fournies par l'électro-diagnostic. Après avoir entendu le rapport Duhem, M. Laze commencera à faire l'hydrothérapie chaude selon ces indications; il essayera également la sérothérapie.

M. Tixier vient confirmer les conclusions du rapport Nicod au sujet de la conduite à tenir dans les cas de scoliose grave lombaire dont il a observé un cas dans sa clientèle, et qui fut grandement amélioré par le massage et l'électrisation, après avoir été au début maintenu sous bonne position par le port d'un corset orthopédique léger. Il a observé que les malades présentés par M. Nicod avaient une différence de température importante entre le membre sain et le membre malade. C'est pour cette catégorie d'enfants que le traitement préconisé par Duhem, à son avis (diathermie, hydrothérapie chaude), fait des merveilles.

M. Nobécourt communique quelques observations de cas traités à l'hôpital des Enfants-Malades. Il souligne l'importance qu'il y a de suivre de très près, avec persévérance, les malades atteints de poliomyélite.

M. Delcroix (d'Ostende) parle du traitement des membres atteints de paralysie infantile par les bains actinomarins. Sa méthode synthétise deux éléments importants, un élément thermique et un élément électrique.

M. Duhem. Evidemment les bains proposés par M. Delcroix sont probablement bons, mais la thérapeutique usuelle doit être plus simple pour être applicable facilement. Les bains d'eau chaude résument cette thérapeutique.

A propos du rapport Nicod, M. Duhem ajoute qu'à son avis les troubles tropho-musculaires et osseux ne s'observent pas quand les malades sont régulièrement traités.

M. Rocher (de Bordeaux) s'associe aux conclusions de M. Nicod. Le traitement des séquelles de la paralysie infantile est un traitement par étapes progressives. Toute opération orthopédique doit être suivie d'un traitement de convalescence avec surveillance des récidives et maintien des corrections obtenues par le minimum d'appareillage. Les résultats à longue échéance ne sont pas seulement les conséquences des effets conjugués des médecins et du patient; il faut tenir compte de la réadaptation instinctive et automatique de tout infirme.

M. Sorrel (de Paris) s'associe pleinement aux conclusions du docteur Nicod sur le rôle que doit avoir la chirurgie dans le traitement de la paralysie infantile. Il est bien certain que le traitement chirurgical proprement dit ne peut entrer en jeu que lorsqu'on est certain que les lésions sont définitives. La difficulté est de savoir à quel moment est perdu tout espoir de voir un muscle retrouver partiellement son pouvoir fonctionnel. C'est pourquoi M. Sorrel insiste sur l'importance qu'il y a de poursuivre avec persistance le traitement physiothérapique. Il faut toujours penser, comme l'a fait remarquer M. Ducroquet (1909), que des muscles en apparence complètement paralysés peuvent reprendre une certaine puissance motrice lorsque la correction des attitudes vicieuses leur permet de fonctionner dans une position normale. A partir de quel âge peut-on pratiquer alors l'arthrodèse avec succès? M. Ombrédanne indiquait huit à neuf ans comme âge minimum, nombre d'auteurs indiquent onze à douze ans et M. Nicod préfère opérer plus tard encore. M. Sorrel, qui a opéré un enfant âgé de six ans, a obtenu de bons résultats, et il croit que, lorsqu'il s'agit d'arthrodèse de l'astragale, il est inutile d'attendre davantage; la huitième ou la neuvième année, au contraire, est un âge minimum pour une arthrodèse du genou ou de la hanche.

M. Lamy (de Paris) s'associe aussi aux conclusions du docteur Nicod. Il pense que les résultats remarquables qu'il vient de voir défiler sous les yeux montrent que la pratique répond à la théorie. Avec le professeur Rocher, il pense que l'arthrodèse de l'épaule peut être pratiquée de façon précoce, mais au pied la question est différente. Les arthrodèses faites en dessous de neuf ans pour les uns, de douze et même de seize ans pour les autres, donnent de mauvais résultats. Or il arrive parfois et malheureusement trop souvent que nous voyons des enfants de cinq à six ans dont la paralysie remonte à la première année de leur existence et qui n'ont pas été traités. Il persiste bien chez eux quelques faisceaux musculaires, soit à la cuisse, soit à la hanche, mais, par suite de la

déformation considérable du pied, aucun d'eux ne peut fonctionner. Une mise en bonne position du pied rend donc un service signalé à de tels enfants. Quelle conduite doit-on tenir? Pour sa part, Lamy n'hésite pas à opérer aussi économiquement que possible, bien entendu quitte à devoir recommencer éventuellement plus tard. Lamy termine en signalant un fait curieux. Personne n'a vu jusqu'à ce jour une tumeur blanche greffée sur un membre frappé de paralysie infantile, qui est pourtant un lieu de *minoris resistentiæ*. Depuis vingt ans qu'il les recherche, Lamy ne connaît pas de tuberculose osseuse greffée sur un terrain paralysé. N'y a-t-il pas là un problème troublant? Si l'on connaît des cas de tuberculose osseuse greffée sur le membre sain d'un individu porteur d'un membre paralysé, l'immunité du membre paralysé paraît paradoxale et peut être grosse de conséquences thérapeutiques pour l'avenir. Injecterons-nous du sérum de sujet paralysé sur les tumeurs blanches?

SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA PROPHYLAXIE DES BRONCHO-PNEUMONIES

Rapport de MM. Dufourt et Sédaillan.

Pour ces auteurs, 6,80 p. 100 des broncho-pneumonies sont dues à un seul germe, tandis que 20 p. 100 renferment des germes associés. Ce monomicrobisme des broncho-pneumonies comporte un réel intérêt, car il laisse supposer que le microbe isolé est bien l'agent pathogène dans chaque cas déterminé. D'autre part, cette notion de monomicrobisme correspond à un principe de pathologie générale souvent confirmé en médecine. Les injections sont presque toujours monomicrobiennes, sauf dans quelques circonstances exceptionnelles. Les statistiques dressées par les auteurs du rapport s'accordent à considérer le pneumonocoque comme l'agent habituel des broncho-pneumonies, quelle que soit leur nature, qu'elles soient primitives ou secondaires. Il ne convient nullement de considérer les broncho-pneumonies pseudo-lombaires comme spécialement dues à ce germe. Ces microbes peuvent les uns comme les autres déterminer telle ou telle forme anatomique. Le streptocoque vient en seconde ligne. Il ne convient pas, comme on vient de le voir, de lui laisser la place exclusive dans les broncho-pneumonies secondaires. Il donne des formes lombaires ou à petits foyers disséminés. Les streptocoques en cause dans les broncho-pneumonies sont presque toujours des streptocoques hémolytiques, rarement des streptocoques viridans. Un des faits les plus probants de la statistique Dufourt et Sédaillan, et un de ceux dont ils prétendent affirmer l'authenticité, est la présence de l'entérocoque dans les poumons des broncho-pneumoniques. Ce germe se rencontre avec une fréquence égale à celle du streptocoque.

Le bacille de Pfeiffer peut être rencontré au cours de certaines broncho-pneumonies, particulièrement dans les épidémies de grippe. En général, il est associé. Le pneumobacille détermine parfois des broncho-pneumonies de type assez spécial. Ce germe, fréquemment rencontré dans les examens d'amphithéâtre, est exceptionnellement isolé pendant la vie. Le staphylocoque est avant tout un germe d'autopsie. Le bacille de Löffler est présent dans certaines broncho-pneumonies diphtériques. A-t-il à lui seul le pouvoir de former des lésions de broncho-pneumonie? Aucun auteur n'a osé l'affirmer de façon certaine. Récemment on a accordé un rôle très grand au bacille de Löffler dans la genèse et la mortalité des broncho-pneumonies (Duclos-Flandrin). Tout ce que Dufourt et Sédaillan peuvent dire, c'est que dans les milieux hospitaliers de Lyon ce rôle est nul. Avec Lereboullet, Lesné, Grenet, Dufourt et Sédaillan croient que la fréquence du bacille de Löffler doit être considérée comme un épisode d'épidémie hospitalière. Ils étudient ensuite le problème de la prophylaxie des broncho-pneumonies. Ils font l'historique de la question et rappellent les tentatives faites dans les hôpitaux d'enfants en faveur de l'isolement des malades. Si l'on connaît aujourd'hui la contagiosité et l'épidémicité des broncho-pneumonies infantiles, il nous manque encore beaucoup de données pour apprécier les conditions exactes de la transmission des germes et du contage. Dans quelle mesure s'intrique chaque cas de broncho-pneumonie avec d'autres maladies à pneumocoques ou à streptocoques? Quels sont les porteurs sains ou les convalescents d'infection atténuée qui constituent les réserves de virus, source de la contagion? Tous ces points demandent à être éclaircis. On sait aujourd'hui qu'il existe des porteurs sains de germes à virulence exaltée, dans l'entourage de toutes les maladies infectieuses. Les relations d'épidémie de broncho-pneumonies ne manquent pas. On les voit souvent éclater surtout à l'occasion d'une épidémie de rougeole, de variole, de diphtérie, de grippe. Une broncho-pneumonie peut aussi donner naissance par contagiosité à une angine, une otite, une stomatite, etc. Dufourt et Sédaillan étudient avec quelques détails les caractères des épidémies qui sont à peu près connues : les pneumococcies et les streptococcies.

Qu'elles soient pures ou intriquées, les pneumococcies se caractérisent au point de vue épidémiologique par leurs tendance à rester localisées et à se grouper dans un laps de temps relativement restreint. La véritable raison de la transmission est l'existence de porteurs de germes qui diffusent le pneumocoque par contact direct. Un des caractères des épidémies de streptococcies est leur apparition multi-annuelle. Les streptococcies s'espacent sur plusieurs mois en donnant des cas qui paraissent souvent se succéder à intervalles assez éloignés et sans relations apparentes. Au lieu d'être massives, comme les infections à pneumocoques, les infections à streptocoques s'échelonnent suivant un type monétiforme. Se basant sur ces données bactériologiques et étant donné qu'il n'y a pas un microbe de la broncho-pneumonie mais différents germes susceptibles de la créer, il est théoriquement et pratiquement nécessaire d'isoler tout enfant atteint d'affection des voies respiratoires dans laquelle un des germes précédents entre en jeu. Presque tous les systèmes modernes font appel au système des boxes qu'il n'est pas nécessaire de cloisonner complètement. L'entrée des boxes de malades atteints d'affections pulmonaires contagieuses devrait être interdite à toute personne n'appartenant pas au personnel hospitalier. D'autre part, médecins et infirmiers devraient s'astreindre à porter des masques de gaze recouvrant le nez et la bouche. Car ce qu'il y a de dangereux ce ne sont pas les mains et les habits, mais le rhino-pharynx et les gouttelettes de Flüzze. La prophylaxie des broncho-pneumonies semble devoir profiter d'une nouvelle méthode qui a fait ses preuves lors de l'épidémie de grippe de 1918-1919. C'est la vaccination préventive.

Après avoir discuté de la valeur de la vaccination antipneumococcique où l'immunité acquise est assez rapidement constituée, M. Dufourt discute celle de la vaccination antistreptococcique, qui présente beaucoup plus de difficultés à cause des nombreux groupes de streptocoques. Néanmoins cette immunité est théoriquement réalisable. Mais elle paraît d'une part très spécifique, adaptée à la seule race qui l'a suscitée; d'autre part, elle s'établit lentement et les animaux préparés ne l'atteignent qu'après une période d'assez longue durée. Dans la pratique, cette vaccination se heurte donc à de grande difficultés. Néanmoins Dufourt et Sédaillan estiment que la vaccination préventive contre les broncho-pneumonies paraît surtout indiquée dans les crèches, les maternités, les services d'enfants, lorsqu'il survient des épidémies de rougeole ou des affections des voies respiratoires. Les docteurs Beutter à Saint-Etienne, et d'Œlsnitz à Nice ont confirmé récemment l'impression favorable qu'ils avaient du rôle actif joué par la vaccinothérapie préventive dans les cas de grippe, de bronchites profondes, de diphtérie. Personnellement, Dufourt a remarqué, depuis plusieurs années, le pouvoir préventif indiscutable de la vaccinothérapie dans tous les cas où il y a menace de broncho-pneumonie chez le nourrisson et

chez l'enfant. Sur le choix du vaccin, Dufourt déclare qu'il découle de ce qu'il a exposé, c'est-à-dire que le vaccin devra renfermer tous les germes habituels de la broncho-pneumonie, à condition que ces germes soient capables de développer une immunité suffisamment rapide. C'est le cas des pneumocoques et des entérocoques. Par contre, on a vu les objections que l'on pouvait élever à propos des streptocoques. Il est d'autre part nécessaire que le vaccin renferme des types de chaque groupe d'un même germe et d'utiliser des germes virulents, fréquemment remplacés et récemment retirés autant que possible de lésions broncho-pulmonaires. Ce sont ces études et ces considérations qui ont guidé Dufourt et Sédaillan avec le professeur Weil dans l'établissement de la formule de leur vaccin.

LES TRAITEMENTS SPÉCIFIQUES DES BRONCHO-PNEUMONIES INFANTILES

Rapport de M. Grenet.

M. Grenet expose l'état actuel du traitement spécifique des broncho-pneumonies infantiles. Il résume les notions acquises dans les propositions suivantes :

1° La complexité de la flore bactérienne des broncho-pneumonies, ses variations, le rôle possible des surinfections et, dans certains milieux, du bacille diphtérique font comprendre la difficulté du problème.

2° La sérothérapie antipneumococcique semble logiquement indiquée du fait de la présence presque constante du pneumocoque dans les broncho-pneumonies. Mais elle ne s'adresse qu'à l'un des microbes en cause. Elle se montre d'ailleurs inconstante et infidèle dans ses résultats. Les essais poursuivis laissent plutôt une impression favorable; c'est tout ce que l'on peut dire. Quant à la sérothérapie antistreptococcique, elle n'a pas fait ses preuves.

3° La vaccinothérapie compte à son actif de nombreux succès. Nous retiendrons surtout les vaccins de Minet, les vaccins iodés de Ranque et Senez, le vaccin de Weil et Dufourt, les lysats-vaccins de Duchon. Des statistiques témoignent du résultat. Il semble qu'il y a réduction sensible de la mortalité sous l'influence du traitement.

4° La séro-vaccinothérapie d'Œlsnitz est une méthode de grand intérêt théorique. Il n'est pas encore certain qu'elle donne des résultats nettement supérieurs à la vaccinothérapie seule. Bien des points sont encore mal précisés. On devra, à l'avenir, s'attacher à établir des statistiques rigoureuses portant sur tous les cas de broncho-pneumonies, quelle que soit leur gravité.

M. Beutter (de Saint-Etienne) a appliqué systématiquement la vaccinothérapie à titre cutratif dans les broncho-pneumonies de l'enfance. Avant le vaccin, la mortalité était de 64,2 p. 100; depuis le vaccin, elle s'est abaissée à 26 p. 100, toutes les conditions étant identiques. M. Beutter a employé d'abord les vaccins Minet, puis ceux de Ranque et Senez, enfin ceux de Weil et Dufourt. Il n'a jamais observé aucune réaction importante.

M. Beutter a employé aussi le vaccin préventivement; il a constaté que les broncho-pneumonies contractées dans son service ont été tout à fait exceptionnelles depuis.

M. Terrien (de Paris) fait remarquer combien souvent le diagnostic de broncho-pneumonie et le diagnostic d'asthme ont été confondus. Rien n'est plus difficile que de distinguer ces deux affections dans le premier âge. Il y a, en effet, des broncho-pneumonies à type d'asthme, comme des asthmes à type de broncho-pneumonies. De cette notion, M. Terrien a déduit certaines conclusions après avoir cité des observations personnelles très suggestives.

Tout d'abord, la bronchite capillaire et l'asthme ont pu être pris l'un pour l'autre. M. Terrien souligne le fait que, dans le jeune âge, l'asthme rappelle bien plus la bronchite capillaire que l'asthme franc. Il discute ensuite les caractères de l'asthme du premier âge, qui apparaît souvent comme une aggravation d'un état catarrhal déjà existant, et qui n'a point le début soudain qu'il affecte chez l'adulte. Tandis que chez l'adulte, la dyspnée est le type lent, chez l'enfant le rythme respiratoire est rapide avec battements des ailes du nez, la prédominance expiratrice est beaucoup moins nette, l'intensité de la dyspnée est parfois excessive. Dans le premier âge, les signes de catarrhe concomitants sont précoces avec dissémination brusque et rapides des râles à toute l'étendue des poumons, l'absence de température (38-39 degrés). De ces faits, le diagnostic à cet âge ne repose que sur des nuances, et cependant ces deux maladies ont un pronostic tout à fait différent. M. Terrien ajoute un mot à propos des relations de l'asthme et de l'eczéma de la face. Il a vu ces deux affections se succéder et s'alterner comme des affections à bascule. On peut en déduire que l'eczéma de la face du nourrisson pourra donc souvent être considéré comme un équivalent de l'asthme et l'eczémateux comme un asthmatique en puissance.

M. Dufourt (de Lyon) donne connaissance d'une statistique hospitalière concernant l'emploi du vaccin de Weil-Dufourt dans la broncho-pneumonie dressée par M. Péhu et par lui-même. Après élimination des broncho-pneumonies tuberculeuses et de malades décédés les premières vingt-quatre heures passées dans leur service, leur statistique, établie pendant les hivers 1925'26-29, plaide fortement en faveur de l'emploi régulier de la vaccinothérapie infantile.

MM. Dufourt et Sédaillan font une communication sur les broncho-pneumonies à streptocoques.

En général, ces broncho-pneumonies à streptocoques sont très graves, elles ne sont nullement influencées par le vaccin de Weil et Dufourt qui ne renferme que du pneumocoque et de l'entérocoque. Aussi est-il préférable, dans ces cas, d'employer le sérum antistreptococcique, avec lequel les auteurs auraient de bons résultats.

M. Barbier apporte les résultats de la statistique établie dans son service sur la mortalité par broncho-pneumonie. Il insiste surtout sur la contamination indirecte apportée par le personnel médical. Il a obtenu d'excellents résultats en donnant en général par la bouche chez l'enfant des vaccins polyvalents dans les cas de broncho-pneumonie. M. Barbier pense que les vaccins polyvalents sont préférables, parce qu'ils ne présentent pas d'inconvénients.

MM. Lesné, Marquézy, Héraux et Stieffel ont largement employé la sérothérapie et la vaccinothérapie dans le traitement de la broncho-pneumonie infantile. L'étiologie des broncho-pneumonies observées a été dominée par les deux grandes affections habituelles : la grippe et la rougeole, puis la coqueluche et la diphtérie. Chez les malades traités suivant les règles classiques, la mortalité a été considérable (82 p. 100). M. Lesné souligne la gravité des broncho-pneumonies de la coqueluche. Chez les malades traités avec du sérum antipneumococcique et antistreptococcique de l'Institut Pasteur, les résultats ont été si peu probants que les auteurs ont abandonné cette méthode. Ils ont alors eu recours aux vaccins (vaccins iodés de Ranque et Senez, vaccins de Weil et Dufourt et le lysat-vaccin de Duchon). Les réactions locales ont été le plus souvent absentes, il n'y a jamais eu de réaction générale. Employés préventivement, les vaccins ont paru préserver les enfants de la broncho-pneumonie. Au lysat-vaccin les auteurs ont associé la sérothérapie antidiphtérique selon les indications de Duchon, pour lequel le bacille de Löffler joue un rôle capital dans l'évolution des broncho-pneumonies. En effet, la fréquence du bacille de Löffler dans le rhino-pharynx des broncho-pneumoniques est le premier point qui a retenu l'attention des auteurs; elle leur paraît être due avant tout à la contagion hospitalière. Pour les trois vaccins qu'ils ont employés, la statistique a été améliorée. Le mode d'action de ce traitement est inconnu et rien n'en

démontre la spécificité. M. Lesné pense qu'on peut négliger l'action répétée du choc protéinique, si légère soit-elle. Sans aucune discussion, dans les cas de broncho-pneumonie avec diphtérie clinique, l'association de la vaccinothérapie et de la sérothérapie antidiphtérique paraît indispensable. En présence d'une broncho-pneumonie chez un porteur de germes, l'association de la sérothérapie antidiphtérique à la vaccinothérapie doit être discutée. Le rôle de la diphtérie dans l'évolution de la grande majorité des broncho-pneumonies infantiles leur paraît négligeable. Dans les cas de broncho-pneumonie sans présence de bacilles diphtériques dans le rhinopharynx, la sérothérapie antidiphtérique est inutile. Seule la vaccinothérapie semble constituer un réel progrès thérapeutique qui mérite d'être retenu et appliqué.

MM. Rohmer et Brussel (de Strasbourg) apportent quelques résultats obtenus par eux dans la vaccinothérapie anti-broncho-pneumonique de l'enfant. Les auteurs ont employé le vaccin Weil-Dufourt. Il résulte de leur statistique publiée sur trois années que les résultats ont paru favorables. Cependant il est difficile de conclure. M. Rohmer a réalisé depuis longtemps dans son service le port du masque et la désinfection comme moyen prophylactique.

MM. Minet, A. Benoit et Mlle Alphant (de Lille) présentent une statistique globale portant sur 303 observations recueillies entre le 1er novembre 1925 et le 30 avril 1927. Sur ces 303 cas, les auteurs ont obtenu 88 p. 100 de guérison avec la vaccinothérapie curative. Ils soulignent le fait que c'est dans la pratique des médecins particuliers qui font de la vaccinothérapie qu'on a observé les plus beaux résultats. L'auteur conclut en disant que si la vaccinothérapie dans les affections pulmonaires aiguës est restée longtemps hésitante, si elle avait même paru paradoxale à certains, on peut affirmer aujourd'hui qu'elle a acquis une place de premier plan dans la thérapeutique des broncho-pneumonies infantiles.

MM. Plumier et Baret (de Liége) ont utilisé le vaccin de Weil-Dufourt. Il ressort de leur statistique que le taux de la mortalité des enfants vaccinés a incontestablement baissé par rapport à celui des enfants non vaccinés. Pour ces auteurs, les injections paraissent inoffensives.

M. Marfan (de Paris) souligne l'importance de la diphtérie larvée des nourrissons en rapport avec la broncho-pneumonie. Il est certain que les malades ayant des diphtéries larvées font des broncho-pneumonies plus graves que les autres malades qui sont dans les mêmes conditions. Chez les enfants en dessous de six mois, le sérum antidiphtérique n'agit pas ou que peu. M. Marfan signale les nombreux cas d'otites, de conjonctivites où il a découvert le bacille de Löffler sans qu'il y ait cependant apparence de diphtérie. Enfin, il rappelle combien sont graves les broncho-pneumonies survenant chez les enfants athrepsiques, ou présentant des troubles de nutrition. Il faut être par conséquent extrêmement réservé et prudent quand on veut établir les statistiques des nouveaux traitements de la broncho-pneumonie.

M. Ribadeau-Dumas (de Paris) apporte dans la discussion une note un peu plus pessimiste. En réalité, qu'est-ce que la broncho-pneumonie? Représente-t-elle vraiment dans l'esprit des médecins le même syndrome morbide? Il pense qu'en réalité les noyaux péribronchiques de la broncho-pneumonie ne sont pas aussi fréquents qu'on le croit. Comme l'a dit M. Terrien, le diagnostic est très souvent erroné. Pour lui, la broncho-pneumonie est une lésion polymicrobienne qu'influencent le terrain et l'âge et les conditions dans lesquelles est placé le malade. Si l'infection massive capillaire est en général à pneumocoques, l'envahissement pulmonaire consécutif est polymicrobien, et par conséquent il doit être bien difficile de choisir un vaccin « spécifique ». Chez le nourrisson, qui est un terrain neuf, la réaction au vaccin est bien différente de ce qu'elle est chez l'adulte ou le grand enfant qui est un terrain vieux. La vaccination est encore douteuse quant à ses résultats, et les faits apportés à la discussion ne signifient pas grand'chose. Pour faire les preuves de cette nouvelle méthode, les courbes d'une maladie, dont on ne connaît pas parfaitement l'évolution mais que l'on sait si variable, ne peuvent être très significatives. Aussi M. Ribadeau-Dumas fait-il de sérieuses réserves sur la valeur de la vaccinothérapie.

M. Lereboullet a pu constater, comme M. Marfan, la fréquence relative des diphtéries larvés chez le nourrisson et leur retentissement marqué sur la nutrition. Il est toutefois loin de penser que le bacille diphtérique ait, dans la genèse des broncho-pneumonies, le rôle prépondérant qu'on lui a attribué. Observant dans un service de diphtériques, il a, avec M. Marcel David, pratiqué une série de fonctions pulmonaires lors de broncho-pneumonie et n'a que trois fois constaté ainsi la présence de bacille diphtérique, explicable dans un cas par l'existence d'une diphtérie trachéobronchique généralisée. Beaucoup plus souvent c'est le pneumocoque ou le streptocoque qu'on rencontre; si l'intoxication diphtérique peut avoir un rôle favorisant dans la genèse et l'évolution de la broncho-pneumonie, ce sont les germes d'infection secondaire ou associée qui ont le rôle principal. Comme M. Lesné, il croit qu'il est des porteurs de germes chez lesquels la présence du bacille diphtérique dans le nez n'implique nullement son rôle dans les accidents pulmonaires observés.

Si la sérothérapie et notamment la sérothérapie antipneumococcique a donné à M. Lereboullet quelques succès, il signale l'influence parfois fâcheuse des accidents sériques secondaires sur la reviviscence de l'infection broncho-pulmonaire. Quant à la vaccinothérapie, il l'a employée jusqu'à présent, soit à titre de vaccination spécifique à doses faibles et progressives dans les broncho-pneumonies traînantes, soit à titre de médication de choc dans d'autres cas. Elle ne doit être, selon lui, qu'un des éléments du traitement et il ne faut pas négliger les méthodes qui, dans bon nombre de cas de broncho-pneumonies, ont fait la preuve de leur efficacité.

M. Cassoute a étudié la mortalité par broncho-pneumonie chez les nourrissons. Il a fait de la vaccinothérapie préventive. La vaccination chez le petit nourrisson de moins de six mois est un leurre. La vaccination thérapeutique également. Il sera important d'établir une statistique des enfants vaccinés en tenant compte de leur âge. Il n'a pas eu de brillants résultats avec la vaccination antipneumococcique. Le sérum antipneumococcique, par contre, lui a paru donner de meilleurs résultats; pour lui aussi, c'est le pneumocoque qui est le plus souvent en cause dans la broncho-pneumonie. Il doute aussi de certains diagnostics de broncho-pneumonie. Très souvent, ce sont des pneumococcies généralisées. Chez les bébés, il préfère la sérothérapie à la vaccinothérapie. Mais le meilleur sérum que l'on puisse utiliser est le lait humain. Il a remarqué que chez l'enfant au sein, la mortalité a été seulement de 1,5 p. 100; ces enfants n'ont pas de broncho-pneumonie. Aussi faut-il arriver à donner le plus possible de lait de femme aux enfants au biberon.

M. Taillens (de Lausanne) pense que des discussions intéressantes qui ont lieu, une chose se dégage : c'est la divergence qui sépare les orateurs sur la signification du mot broncho-pneumonie. En quelques mots, M. Taillens déclare que la broncho-pneumonie est un syndrome morbide défini, confirmé par l'anatomie pathologique. Il croit que, trop souvent, le diagnostic est mal posé et il s'associe pleinement aux paroles de M. Ribadeau-Dumas. On peut avoir une pneumonie et une bronchite concomitante, on n'a pas pour cela une broncho-pneumonie. Dans les broncho-pneumonies vraies aiguës, qui sont beaucoup plus rares qu'on veut bien le croire, il ne pense pas qu'aucune thérapeutique réussisse. La vaccinothérapie a peut-être donné quelques bons résultats dans les broncho-pneumoniques chroniques.

M. du Pasquier (de Saint-Honoré) fait remarquer qu'à côté de la question microbienne, la question du terrain est d'une grande importance. Il ne faut pas considérer comme terminé le traitement de la broncho-pneumonie, lorsque la fièvre est tombée, car il persiste souvent une fragilité des voies respiratoires qui diminue la résistance de l'enfant pendant plusieurs années et qu'il est facile de combattre par la cure thermale (eaux sulfo-arsenicales) et la rééducation respiratoire, d'autre part.

M. Hallé constate, comme M. Taillens, une certaine confusion dans les débats. On ne s'entend pas, pense-t-il, sur la maladie qu'on prétend guérir. Les broncho-pneumoniques peuvent mourir d'accidents terminaux de décubitus, de gastro-entérite, etc. On voit dans certaines épidémies de broncho-pneumonies des enfants mourir avant de faire eux-mêmes de la broncho-pneumonie. Il lui semble que l'on doit considérer les broncho-pneumonies comme rentrant dans un cadre limité et restreint. En outre, la broncho-pneumonie n'est pas seulement une maladie qui se déclare en deux heures, et on ne la diagnostique pas parce qu'un enfant a de la cyanose, de la dyspnée, de la température, etc. Il faut penser aux poussées congestives, qui sont beaucoup plus fréquentes. Pour terminer M. Hallé s'élève contre l'idée de l'immunisation dans les broncho-pneumonies.

QUINCHE et TECON.

Le nouveau bureau de l'Association française de pédiatrie est ainsi constitué :

MM. les docteurs Barbier, président; Ribadeau-Dumas, secrétaire-général; Cathala, trésorier; Rocaz et Nové-Josserand, membres.

Le prochain Congrès est fixé à Paris en septembre 1929.

PRATIQUE MÉDICALE

RHUMATISME ET HYPERURICÉMIE.

TRAITEMENT PRÉVENTIF ET CURATIF (1).

Par le docteur L.-O. Merson.

Mis à part, le rhumatisme nettement infectieux et le rhumatisme saturnin, on peut admettre, dit l'auteur, que la presque totalité des autres formes de rhumatisme chronique ressortissent à l'hypéruricémie et sont justiciables du traitement de cette dernière.

Ce traitement comporte, d'une part, une hygiène et un régime, trop connus pour qu'il soit utile d'y insister; d'autre part, une action médicamenteuse ayant pour but de mobiliser l'acide urique et les urates et de favoriser leur passage au travers du filtre rénal. Parmi les médicaments propres à jouer ce rôle thérapeutique, le phénylcinchoninate d'allyle, ou atoquinol, est celui qui a donné à l'auteur les meilleurs résultats. De nombreuses analyses du sang et des urines des sujets traités lui ont montré que des doses de 1 gramme à $1^{g}50$ d'atoquinol par jour réalisaient de grosses dénivellations dans les teneurs en acide urique, qui augmentent sensiblement dans l'urine en même temps qu'elles s'abaissent secondairement dans le sang.

L'observation d'un sujet type dont la généalogie montre la filiation de la diathèse avec ses déterminations successives se traduisant, chez les ascendants et les collatéraux, par de l'obésité et de l'hépatisme, est particulièrement démonstrative.

Indépendamment de son action curative dans les cas où le diagnostic de l'hypéruricémie est établi, le traitement par

(1) *Concours méd.* du 13 février 1927.

l'atoquinol a, en outre, une valeur d'épreuve dans les cas douteux la sédation sous son influence des symptômes douloureux et fonctionnels, pouvant être considérée comme la signature de l'étiologie uricémique, c'est-à-dire goutteuse, de manifestations rhumatismales sur la pathogénie desquelles le diagnostic est hésitant.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ADÉNOPATHIES INGUINALES

Le diagnostic des adénopathies inguinales est un problème qui, souvent, se pose en clinique.

Elles présentent, en pratique, un double intérêt :

Sur leur grande fréquence et la multiplicité des affections qui, dans cette région, peuvent les engendrer,

Ou l'importance de leur diagnostic étiologique qui, parfois évident, est souvent, au contraire, fort difficile et nécessite des recherches complémentaires de laboratoire.

Rappel anatomique. — La connaissance exacte du territoire lymphatique tributaire de ces ganglions est indispensable à connaître pour chercher parfois fort loin la cause des lésions.

Les ganglions superficiels de l'aine, facilement accessibles à l'examen, forment un amas de douze à quinze ganglions disposés en :

a. **Deux groupes** autour de la crosse de la saphène :

Groupe supérieur, inguinal, formé de ganglions allongés parallèles à l'arcade.

Groupe inférieur, crural, formé de ganglions allongés verticaux, parallèlles à l'axe du membre.

Ils drainent les lymphatiques :

De tout le membre inférieur, qui aboutissent au groupe inférieur,

De la paroi abdominale inférieure, qui aboutissent au groupe supérieur,

Des organes génitaux externes, du périnée, de l'anus qui aboutissent aux ganglions les plus internes des deux groupes supérieur et inférieur,

De la région fessière, qui aboutissent aux ganglions les plus externes.

CLINIQUE

Diagnostic positif. — 1. Tantôt l'on est en présence d'une **adénite inflammatoire aiguë ou subaiguë**, qui se présente :

Soit comme une *tuméfaction localisée*, bien limitée, arrondie ou ovoïde, douloureuse au toucher, chaude sous une peau rouge, enflammée.

Soit comme une *masse à contour diffus*, mal limité, les ganglions perdus dans la périadénite sont difficiles à trouver.

Presque toujours, l'on notera des phénomènes généraux et des symptômes fonctionnels variables suivant la nature étiologique de l'affection.

L'évolution pouvant se faire :

— Vers la résorption spontanée ou

— Vers la suppuration et la fistulisation de la peau.

Le diagnostic différentiel est généralement facile.

Les abcès chauds superficiels, sont rares, plus diffus, secondaires souvent à un traumatisme.

Les collections d'origine articulaire ou osseuse, plus diffuses, plus étendues, plus profondes aussi.

2. Tantôt l'on est en présence d'une **tumeur à caractère peu inflammatoire à évolution chronique**.

Les ganglions augmentés de volume, durs, sont bien limités indolents ou presque, la région n'est ni rouge ni chaude localement.

Il n'y a pas de température.

Enfin, l'évolution se prolonge :

Tantôt, sans modification,

Tantôt, évoluant vers le ramolissement, la suffocation en conservant les caractères des *suppurations froides*,

Tantôt, enfin, vers *la fistulisation*.

Le diagnostic différentiel se pose différemment devant :

1. *Une adénite non ramollie*, tumeur dure, qui peut être confondue

Rarement avec un **fibrome** ou **lipome** de la région.

Plus souvent avec une **petite épiplocèle crurale adhérente** ou étranglée. Le diagnostic peut être très difficile, il faut rechercher l'existence d'un pédicule supérieur, d'une douleur à la palpation, de l'orifice crural profond,

Une phlébite de la crosse de la saphène.

2. **Une adénite ramollie**, peut être confondue avec

Un abcès froid par congestion, d'origine vertébrale, ayant fusé dans la gaine du psoas.

Un abcès froid suite **d'une coxalgie**, d'une ostéite coxale de voisinage.

Abcès plus profond, moins limité, coïncide alors avec des signes d'arthrites de la hanche successivement : avec

Un hygroma développé sous un bandage hernien,

Un anévrisme artériel ou artério-veineux, animé de battements et de souffle pathognamanique,

Une dilatation de la crosse de la saphène, molle, réductible, augmentant dans la toux et dans la station debout.

Dans tous les cas, l'examen doit toujours être complété par

a. La recherche des ganglions du côté opposé.

b. La recherche des ganglions dans les régions cervicale et axillaire.

En effet :

Le diagnostic étiologique va se poser d'une façon toute différente, suivant que l'on se trouve en présence

D'une adénite localisée.

D'une adénite diffuse généralisée.

A. ADÉNITE LOCALISÉE

1° Le diagnostic est facile quand l'adénopathie est un épiphénomène au cours d'une affection diagnostique.

Coxalgie, avec ses douleurs, sa limitation des mouvements et ses ganglions petits, roulant sous le doigt, parfois entouré de péri-adénite.

Zona, avec son éruption vésiculeuse caractéristique.

Arthrite suppurée.

2° Dans d'autres cas l'adénopathie attire d'emblée l'attention.

A. Il faut alors rechercher **une porte d'entrée.**

La situation du ou des ganglions enflammés conduira à rechercher l'origine dans l'une ou l'autre région.

1° *Au niveau du membre inférieur.* — Soit large plaie souillée, ulcère infecté.

Soit au contraire, lésion minime qu'il faut soigneusement rechercher au niveau des orteils.

L'*adénopathie à caractère inflammatoire* a une évolution aiguë et peut parfois suppurer.

2° *Au niveau des organes génitaux et du périnée.* — L'on recherchera :

a. **Une ulcération banale** des organes génitaux ou de l'anus;

b. Adénite banale à caractère inflammatoire;

c. **Un chancre syphilitique**, du gland, de l'anus, de la fourchette chez la femme.

Outre les caractères propre du chancre :

L'*adénopathie*, généralement unilatérale, parfois bilatérale, si lésion médiane est une *adénopathie en pléiade* avec un ganglion plus volumineux.

Elle est satellite du chancre, lui survit, ne suppure jamais.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

LE VENDREDI 2 DÉCEMBRE 1927

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, à l'adjudication sur soumissions cachetées, des fournitures d'*herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits chimiques pour laboratoires et matières colorantes et produits chimiques hors série* (chlorure de méthyle pur et oxygène) nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant six mois pour les substances pharmaceutiques et produits chimiques et pendant une année pour les produits chimiques hors série (chlorure de méthyle et oxygène), à compter du 1er janvier 1928.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi, et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au 21 novembre 1927.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 14 novembre. — Questions données : « Etiologie, lésions microscopiques et symptômes des rétrécissements dits inflammatoires du rectum. — Endocardite maligne. Causes, symptômes et diagnostic. »

MM. Baumann, 22; Maurie, 24; Sergent (Honoré), 22; Richard, 19; Trocmé, 18; Hurez, 10; Bolgert, 19; Lardennois et Mlle Lebourlier, 21; M. Fayot, 18.

Séance du 16 novembre. — Questions données : « Anatomie, pathologie et symptômes des hernies inguinales congénitales dans le sexe masculin, complications exceptées. — Zona intercostal. »

MM. Moline, 19; Nadji, 16; Bérard, 21; Mlle Lévy, 23; MM. Lançon, 19; Vandenbosch, 13; Gadaud, 20.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — Un concours pour une place de médecin-adjoint aux hospices d'Orléans, vient d'avoir lieu à l'Ecole de médecine de Tours, sous la présidence de M. le docteur Georges Petit, administrateur des hospices. Le jury était composé de MM. les docteurs Gaudeau, Mercier et Tillaye, professeurs à l'Ecole de médecine de Tours. A la suite du concours, M. le docteur Renevey a été nommé médecin-adjoint des hospices d'Orléans.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — M. le ministre de l'Instruction publique inaugurera le mercredi 23 novembre 1927, à 10 h. du matin, les nouveaux Laboratoires de physiologie de Vaugirard (donation anonyme).

— M. Nicolas, ancien professeur à la Faculté de médecine, est nommé professeur honoraire.

— Nancy. — M. Hamant, agrégé, est nommé à compter du 1er novembre 1927 professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy (chaire non occupée, M. Vautrin dernier titulaire).

M. Simon, ancien professeur à la Faculté de médecine, est nommé professeur honoraire.

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE. — Est citée à l'ordre de l'armée :

L'Université de Nancy. A poursuivi ses travaux et son enseignement malgré la proximité de la ligne de bataille et en dépit d'un bombardement continu et des plus violents, qui a causé la mort de nombreuses victimes et occasionné d'importants dégâts. S'est ainsi acquis les plus beaux titres à la reconnaissance du pays par son héroïsme, qui symbolise l'effort des Universités de France pendant la grande guerre.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES (épidémie de peste et de fièvre jaune en Afrique occidentale française, 1925 et 1926). — *Médaille d'or.* — MM. le médecin principal Brau, à Dakar; le docteur Valmorin, à Thiès (à titre posthume).

Médaille de vermeil. — MM. les médecins principaux Lamy, à Saint-Louis; Delbreil, à Diourbel; Dupont, à Kaolack.

Médaille d'argent. — MM. le docteur Rapilly et Jeudy, les aides médecins Diaw et Seydou Taminou Ly, au Sénégal.

Médaille de bronze. — MM. le docteur Allègre, à Thiès; le médecin auxiliaire Diop Aboubakar, à Thiès.

A. D. R. M. — L'Assemblée générale annuelle de l'A. D. R. M. aura lieu le mardi 22 courant, à 17 heures, salle du Conseil, Faculté de médecine, sous la présidence de M. Charlety, recteur de l'Académie de Paris.

Ordre du jour. — 1e Allocution de M. le doyen; 2° rapport de M. le professeur Hartmann; 3° rapport financier par M. le docteur Lemaître, trésorier; 4° renouvellement statutaire du tiers des membres du Conseil d'administration. Les membres soumis au renouvellement sont : MM. Gastou, Proust, Dehelly, Boudin, Armand-Delille, Cohen, Guillain, Heitz-Boyer, Loeper, Mouchet, Roussy, Sollier, Vaquez, Villaret; 5° allocution de M. le recteur; 6° questions diverses.

ASSOCIATION STOMATOLOGIQUE INTERNATIONALE. — L'Assemblée générale du 28 octobre a constitué ainsi le bureau :

Président : M. le docteur Chompret (Paris); vice-présidents : MM. les docteurs Coen-Cagli (Rome), Sturm (Budapest), Van Mosuenck (Louvain); secrétaire général : M. le docteur Herpin (Paris); secrétaire général adjoint : M. le docteur Pereira Varela (Lisbonne); trésorier : M. le docteur Dauguet (Paris).

MANIFESTATIONS MÉDICALES INTERNATIONALES. — Le prochain dîner d'automne de l'Umfia aura lieu le 5 décembre prochain, à Magic City, à 8 heures du soir, sous la présidence d'honneur de S. E. Angel Gallardo, ministre des Affaires étrangères de la République Argentine, sous la présidence du professeur Tuffier, ancien président du Congrès français de chirurgie et avec la présence de leurs Excellences Souza Dantàs, ambassadeur du Brésil, Alvarez de Toledo, ambassadeur de la République d'Argentine, des ministres plénipotentiaires des diverses nations faisant partie de l'Umfia; et des représentants des Facultés et des Corps savants, des sénateurs et députés s'intéressant aux relations internationales. Ce sera une splendide manifestation à laquelle tous ceux (docteurs, amis de l'Umfia, dames) qui s'intéressent à la France et aux pays amis ne devront pas manquer d'assister.

Envoyer les adhésions au docteur Grimberg. 74, rue Blanche, Paris.

MISSION AUX ÉTATS-UNIS. — M. le docteur Jacques Forestier (d'Aix-des-Bains), chargé d'une mission de conférences aux Etats-Unis, s'est embarqué le 16 novembre, à bord du *Paris*, se rendant au Congrès de la Nouvelle-Orléans.

MÉDECINS INSPECTEURS ADJOINTS D'HYGIÈNE. — Il sera ouvert à Rennes, le 22 décembre 1927, à la Préfecture d'Ille-et-Vilaine, un concours sur titres pour la nomination de deux médecins inspecteurs adjoints d'hygiène.

Les candidats devront être français, pourvus du diplôme de docteur en médecine et être âgés de trente ans au minimum et de quarante-cinq ans au maximum.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 18 décembre 1927.

L'échelle de traitement des médecins inspecteurs adjoints d'hygiène est fixée à 30.000 fr. avec augmentation biennale de 2.000 fr. jusqu'au maximum de 40.000 fr. Les frais de bureau et de déplacement sont remboursés dans une limite de 15.000 fr.

MICROCINÉMATOGRAPHIES DES CONTRACTIONS NORMALES ET ATYPIQUES DU MYOCARDE. — M. Lutembacher présentera le jeudi 24 novembre, à 18 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, un film qui permet de suivre sous le microscope les contractions normales et atypiques des fibres cardiaques.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE. — DISPENSAIRE DE L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE (20, passage Dauphine, Paris). — L'École française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

1° La clinique générale des maladies de la bouche et des dents;

2° Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie;

3° Des travaux pratiques de technique opératoire de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au docteur Bozo, directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Gustave Laguesse, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Lille, membre correspondant de l'Académie de médecine, dont les importants travaux sur les îlots endocriniens du pancréas et sur les cellules de Langerhans sont à l'origine de la découverte de l'insuline.

On ne répétera jamais assez que sans les travaux du français Hédon (de Montpellier) et du français Laguesse (de Lille) nous attendrions encore ce précieux agent thérapeutique.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL BEAUJON. (Professeur : M. Ch. ACHARD.) — M. Maurice Villaret, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu, commencera le mardi 22 novembre 1927, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la Clinique, une série de conférences, qu'il continuera les mardis 6 et 20 décembre 1927, 17, 31 janvier et 14 février 1928, à la même heure.

Objet du cours : « Etude clinique et thérapeutique des ulcères gastro-duodénaux. »

ENSEIGNEMENT DE LA THÉRAPEUTIQUE. (Professeur : M. M. LOEPER.) — *Cours de thérapeutique.* — M. le professeur Maurice Loeper fera sa leçon inaugurale le mardi 29 novembre 1927, à 17 h. (grand amphithéâtre de la Faculté), et continuera son cours les jeudis et mardis suivants, à la même heure et au même amphithéâtre.

Sujet : « Traitement des maladies de l'appareil digestif et de ses annexes, des maladies de la nutrition et des maladies endocriniennes. »

Des cours complémentaires de diététique et de physiothérapie auront lieu tous les jours.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE. — Des cours complémentaires de cystoscopie et d'urétroscopie seront faits dans l'après-midi, toute l'année à 17 h., par les assistants.

COURS DE PERFECTIONNEMENT. — Ce cours aura lieu au mois de mai 1928.

Il comprendra vingt leçons sur le traitement, les indications opératoires et les examens complémentaires se rapportant aux principales affections d'urologie chirurgicale.

Il sera fait en liaison avec le cours de technique chirurgicale des voies urinaires fait à l'Ecole pratique de la Faculté.

Des affiches ultérieures en donneront le programme.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. Laignel-Lavastine, agrégé, chargé de cours de Clinique annexe, commencera ses leçons cliniques avec présentations de malades le mercredi 23 novembre, à 11 h., et les continuera tous les mercredis, à la même heure.

Objet du cours : « Biologie différentielle appliquée à la clinique humaine. »

REVUE GÉNÉRALE

CE QUE TOUT MÉDECIN DOIT SAVOIR
DE LA LOI DU 31 MARS 1919 SUR LES PENSIONS MILITAIRES D'INVALIDITÉ

Par le docteur E. CONTET.

La loi du 31 mars 1919 n'est connue trop souvent que d'une manière superficielle. Il nous a donc paru utile de donner une rapide revue de sa genèse et de ses principes directeurs, ainsi que de ses dispositions essentielles. Pour le surplus, nous renverrons à son texte même et aux ouvrages de M. Ch. Valentino, auxquels nous avons fait de larges emprunts.

I. La genèse de la loi du 31 mars 1919. — Cette loi est la dernière en date d'une série d'étapes, qui se sont succédé au cours de tout un siècle, à mesure que la structure militaire et sociale évoluait et que l'expérience montrait l'insuffisance ou les défauts des mesures réalisées.

A. **Pensions de retraite et gratifications de réforme.** — Avant la liquidation des guerres de la Révolution et de l'Empire, les militaires devenus incapables de servir ne pouvaient guère compter que sur la bienveillance du souverain. En 1814, il fut prévu pour eux une *solde de retraite,* mais lui ouvrait seule droit l'incapacité de servir provenant d'amputation ou de perte de la vue résultant *du fer ou du feu de l'ennemi.* Hors ce cas, il ne pouvait être question que de secours, attribués également à titre de récompense.

La loi du 11 avril 1831 institua ensuite, pour les militaires vieillis dans le service, des pensions de retraite, dont l'attribution pouvait éventuellement être anticipée en cas d'infirmités. *La pension d'invalidité était donc un corollaire de la pension d'ancienneté* et comportait implicitement l'idée d'une récompense pour des services rendus.

Gravité et incurabilité constituaient deux conditions indispensables pour leur octroi. Il fallait, s'il s'agissait d'un officier, que son infirmité le mît *dans l'impossibilité de servir et de rentrer ultérieurement au service* et, s'il s'agissait d'un homme de troupe, qu'elle le mît définitivement *dans l'impossibilité de pourvoir à sa subsistance.*

Mais bien des situations dignes du plus haut intérêt pouvaient se rencontrer chez des militaires quittant l'armée, atteints d'infirmités ne réalisant pas cette double condition d'une manière absolue : une nouvelle étape fut donc franchie, lors des guerres du second Empire, avec l'institution des *gratifications de réforme* attribuables en de tel cas aux hommes de troupe. Etablies sur un taux égal à la moitié de la pension la moins élevée, elles comportèrent d'abord un versement unique, puis elles devinrent susceptibles de renouvellement. Enfin, en 1906, il fut prévu deux échelons inférieurs permettant l'indemnisation de moindres infirmités. En outre, la gratification cessa d'être considérée comme une récompense, l'idée de réparation d'un dommage commença à se faire jour et la mise en réforme ne fut plus une des conditions de son octroi.

Mais la plus élevée des trois catégories ne représentait toujours que la moitié de la pension de retraite la plus basse. Aussi, pour une même infirmité et faute seulement de certitude quant à son incurabilité, un gratifié recevait-il une somme annuelle moindre qu'un pensionné. A cette injustice vint remédier un décret de 1915 instituant un système complet de gratifications échelonnées de 10 en 10 p. 100 et pouvant atteindre, avec le taux de 100 p. 100, la même importance que la pension de retraite la plus élevée.

B. **Les conditions d'octroi des pensions et gratifications.** — Qu'il s'agît de pensions ou de gratifications, il fallait que l'infirmité résultât *d'événements de guerre, d'accidents de service ou de maladies reconnues provenir de fatigues ou dangers du service militaire.* Ne fut tout d'abord admis comme événement de guerre que ce qui se produisait « en présence de l'ennemi », c'est-à-dire au combat, puis on admit au même titre toutes les circonstances, dans lesquelles il y aurait *participation effective à des opérations de guerre, c'est-à-dire action directe ou indirecte de l'ennemi ou contre l'ennemi.*

Pour les *accidents,* il devait s'agir d'un fait fortuit, tel que l'intéressé n'aurait pu y être exposé s'il n'avait pas été en service. Les *dangers* étaient étroitement définis : refroidissement, séjour en des locaux insalubres ou dans les pays malsains, maladies contagieuses contractées en service, maladies épidémiques plus ou moins circonscrites au milieu militaire et non étendues à une partie plus ou moins considérable du territoire, maladies épidémiques contractées hors de France et enfin manque de soins.

Quant aux *fatigues,* auxquelles on pouvait rapporter à l'occasion des infirmités non susceptibles d'être rattachées à ces causes, elles consistaient essentiellement dans la durée du service accompli et l'importance en était différemment appréciée suivant que ce service avait ou non comporté des campagnes (1).

Toutes ces circonstances devaient être précisées dans des pièces établies dans des conditions rigoureusement réglementées (certificats d'origine et procès-verbaux d'enquête). En outre, toute vraisemblance d'intervention d'une prédisposition constitutionnelle dans le développement de l'infirmité devait être complètement éliminée.

C. **Les inconvénients pratiques de cette réglementation.** — Rien de plus judicieux, semble-t-il, que ces précautions destinées à mettre la collectivité à l'abri de revendications abusives. Mais, dans la procédure qu'elles comportaient, c'était le *militaire qui était le demandeur* et trop souvent, pour faire valoir son droit, il se heurtait à d'insurmontables difficultés matérielles. Parfois aussi, il lui fallait compter avec des déformations professionnelles de ceux qui étaient chargés d'apprécier ce droit : n'avons-nous pas vu un chef de corps refuser un certificat d'origine à un

(1) Au cours de la guerre il fut admis qu'un séjour de deux mois aux armées ou la captivité pouvaient suffire à ouvrir des droits à pension pour maladie.

canonnier parce qu'il avait été blessé alors qu'il aurait dû être dans son abri! Par ailleurs, que d'incertitudes quand il s'agissait, par exemple, de décider du rôle joué par une manœuvre prolongée sous la pluie dans le développement d'une pleurésie suivie de réforme pour tuberculose! Que de fois l'évolution des doctrines médicales a entraîné, pour des cas de même ordre, des conclusions différentes suivant les époques, où ils avaient été examinés!

Le rôle de la prédisposition était souvent impossible à apprécier équitablement et le Conseil d'Etat, qu'il ne viendrait pas à l'idée de taxer de tendances démagogiques, avait dû réformer certaines décisions en spécifiant que les infirmités préexistantes au service pourraient prétendre à pension ou à gratification s'il venait à être établi que « *ce service avait joué un rôle tellement prédominant que l'on pût supposer que l'homme serait tombé malade s'il avait été préalablement sain* ».

Avec la guerre de 1914, la procédure atteignit une complexité inconnue jusque-là; il fallut compter avec l'énormité des effectifs engagés, avec la variabilité des affectations données non seulement à des militaires différents, mais encore à un même militaire au cours de sa mobilisation : tantôt dure existence du front, tantôt simples séjours dans les dépôts, tantôt utilisation à des actes se rapprochant plus de la vie civile que de la vie militaire.

En outre, la variété des moyens de destruction et d'usure augmentait de jour en jour et les gaz de combat vinrent apporter toute une série de faits de passage, quant aux lésions immédiates et aux effets éloignés, entre les infirmités d'ordre traumatique pur et les maladies proprement dites.

Enfin, avec l'invraisemblable quantité des blessés et des indisponibles de tous ordres, avec la mobilité des formations sanitaires, qui les recueillaient lors d'opérations engagées sur des fronts immenses, avec les évacuations hâtives à de longues distances vers l'arrière, avec aussi, disons-le, le mépris pour *les papiers* si fréquents chez certains officiers du Service de santé insuffisamment préparés à la partie administrative de leur tâche, l'établissement régulier des pièces réglementaires devenait exceptionnel.

Pour sauvegarder équitablement les intérêts également respectables de la collectivité et de ses défenseurs on dut donc se contenter, au lieu de certificats d'origine, des indications portées sur de simples pièces de constatation, telles que des billets d'hôpital, d'abord pour des blessures, puis pour des accidents et des maladies apparues aux armées, puis de proche en proche cette mesure s'imposa pour tous les militaires sans exception. L'instruction des demandes de pension devint donc de plus en plus délicate et une jurisprudence de plus en plus large s'établit. Une mise au point légale s'imposait donc, qui tînt compte à la fois des nécessités latentes que la guerre avait brutalement révélées, ainsi que des rigueurs excessives et des insuffisances déjà connues de la réglementation ancienne.

D. L'élaboration de la nouvelle loi. Ses bases et ses principes directeurs. — L'élaboration de la nouvelle loi, qui dura près de trois ans, procéda essentiellement des notions de *solidarité sociale* et de *risque professionnel*, qui ont pris une si grande place dans les préoccupations des législateurs dans le dernier demi-siècle. La première prévoit des devoirs éventuels pour la collectivité, envisagée dans son ensemble, envers chacun de ses membres. Qui, parmi ceux-ci, serait plus justement fondé à s'en réclamer, que ceux qui assurent la défense nationale ou s'exercent en vue de cette éventualité?

Mais sur quel dommage doit porter cette réparation? Dans le cas du militaire de carrière, il serait représenté par la perte, du fait de son infirmité, des droits à la pension, à laquelle il aurait pu prétendre à l'expiration du contrat le liant au service. Quant aux autres militaires, a-t-on dit, ils ne font que payer un impôt, ce qui ne saurait être considéré comme une source de dommages. A cela, il a été répondu que l'impôt demandé au citoyen n'est nullement l'*impôt du sang*, mais l'*impôt du service* et, une fois cette prestation finie, la situation se trouve différente selon que l'homme rentre dans ses foyers sain ou infirme. Le dommage à envisager est alors celui qu'a subi, non pas un militaire, mais un civil diminué dans sa capacité de production d'antan.

Allait-il donc falloir envisager une double législation : l'une, constituant une simple mise au point de la loi de 1831 à caractère professionnel et basée exclusivement sur l'incapacité de servir et l'autre établie sur des bases toutes différentes, où, par exemple, l'importance de la réduction fonctionnelle primerait toute autre considération. Mais l'unité de l'armée nationale s'était trouvée si intimement réalisée pendant cinq ans et un nombre si considérable d'instances avait été réglé sans distinctions entre les bénéficiaires que l'on s'arrêta à l'idée d'une loi unique comportant seulement quelques dispositions spéciales réglant son adaptation aux militaires de carrière (1).

Ceci posé, il fallait régler les circonstances, dans lesquelles ce dommage serait mis à la charge de la collectivité. L'application du *principe du risque professionnel* s'imposa tout d'abord. C'est sur lui que repose la loi de 1898 sur les accidents du travail. On en connaît les bases : avant elle, l'ouvrier ne pouvait exciper que des articles du Code réglant la responsabilité civile. Pour qu'ils pussent jouer en sa faveur, il lui fallait établir que l'accident, dont il avait été victime pendant son travail, résultait d'une faute incombant à son employeur. Avec la notion du

---

(1) *La première de ces adaptations est constituée par l'article 59 réglant la situation des officiers de carrière réformés pour infirmités attribuables aux services comportant l'attribution de campagnes de guerre : droit d'option entre la plus avantageuse des deux solutions, représentée suivant le cas par la pension d'invalidité du grade ou par le cumul de la partie acquise de la pension d'ancienneté et d'une pension d'invalidité calculée sur le taux de soldat.*

D'autre part les officiers atteints d'infirmités indemnisables, mais restant au service, étaient avec le texte primitif victimes d'une grave inégalité par rapport aux autres militaires. Rentrés dans la vie civile, ceux-ci pouvaient jouir à la fois de leur pension d'invalidité et de leurs gains professionnels, tandis qu'un militaire dont la solde mensuelle représentait le gain professionnel ne pouvait la cumuler avec une pension d'invalidité : la loi du 30 avril 1920 fit cesser cet état de choses regrettable.

risque professionnel, au contraire, tout accident est imputable au travail, *du fait ou à l'occasion* duquel il est survenu; il est par suite à la charge du patron au compte duquel ce travail a été exécuté.

L'extension de ce principe aux dommages subis du fait de blessures ou accidents survenus pendant le service s'imposait volontiers et déjà avant la guerre avait été émise l'idée « *de faire une 1898 militaire* ».

Pour les maladies, au contraire, il n'existait aucun précédent. Mais, lors de l'entrée du militaire au service, l'Etat n'a-t-il pas été à même d'apprécier la valeur de sa santé? Dès lors, sa situation vis-à-vis de lui ne doit-elle pas se superposer *mutatis mutandis* à celle du preneur d'un logement après établissement d'un état des lieux : responsabilité intégrale de toutes les détériorations non mentionnées dans cet acte, dont l'équivalent, en l'espèce, est le *feuillet médical d'incorporation*.

Telles furent les idées directrices, qui présidèrent à la modification *des lois et décrets en vigueur sur les pensions militaires de la Guerre et de la Marine en ce qui touche tous les droits, qui se sont ouverts à partir du 2 août 1914 ou qui s'ouvriront à l'avenir par suite d'infirmités ou de décès résultant d'événements de guerre, d'accidents de service ou de maladies* (1).

II. Les pensions de la loi du 31 mars 1918. — *A.* La présomption d'origine. — 1° CE QU'ELLE EST. La nouvelle réglementation se sépare des anciennes par deux grands caractères :

1° Substitution de l'idée de réparation d'un dommage à celles de réalisation anticipée d'un contrat et de récompense pour services rendus.

2° Combinaison, pour la détermination des circonstances dans lesquelles cette réparation jouera, de la double notion du risque professionnel et de la responsabilité de la chose prise en charge à compter de la vérification de son état.

Ainsi définie l'intervention de la collectivité portera sur les blessures, accidents ou maladies survenus *à l'occasion du service et non plus seulement de son fait*. Il suffira qu'elles aient été constatées pendant sa durée pour qu'une relation de cause à effet soit admise en ce qui les concerne, elles et leurs conséquences éloignées. Telle est la PRÉSOMPTION D'ORIGINE OU D'AGGRAVATION.

Le législateur a, par ailleurs, tenu compte du fait que, si les blessures ou accidents ont des suites médicales immédiatement ou au moins rapidement constatables, les maladies, qu'elles soient consécutives à une infection ou à une diminution de capacité physiologique, ont une période de latence plus ou moins longue. Un délai supplémentaire a donc été prévu pour leur constatation initiale : il est fixé aux six mois suivant la rentrée dans les foyers (2).

Par le jeu de cette disposition (articles 3 et 5) disparaît donc ce qu'avait de cruellement injuste la mise du fardeau de la preuve à la charge du militaire, c'est-à-dire de la partie qui disposait du minimum de possibilités pour faire valoir son droit, alors que l'autre avait toutes les facilités pour lui faire éventuellement obstacle.

***B.* Les limites de la présomption d'origine.** — 1° LES BÉNÉFICIAIRES ÉVENTUELS. — Le texte de l'article 2 visé uniquement les droits qui se sont ouverts depuis le 2 août 1914 : la condition essentielle, pour bénéficier de la présomption d'origine, serait donc d'avoir figuré sous les drapeaux depuis cette date. Il n'est fait aucune réserve quant aux affectations ou au genre des services. Toutefois certaines situations ayant paru prêter à ambiguïté, des articles spéciaux ont été rédigés à leur intention : tel l'article 52 relatif au personnel des chemins de fer, tels encore les articles 50 et 51 visant les mobilisés affectés aux établissements, usines et exploitations travaillant pour la Défense nationale dans les conditions de l'article 6 de la loi Dalbiez ou détachés dans des exploitations agricoles autres que celles dont ils sont propriétaires (1).

Ces dernières dispositions, qui ont soulevé tant de critiques, se sont imposées en raison des changements si fréquents d'affectations, auxquels nous avons déjà fait allusion, faisant passer tant de mobilisés alternativement dans des corps de troupe et dans des exploitations ou usines, où ils touchaient, parfois pour un même travail, tantôt une solde et tantôt des salaires ouvriers, tout en restant soumis à des obligations strictes les empêchant de changer de place au gré de leurs préférences ou de leurs possibilités physiologiques. Enfin, la situation de ces mobilisés se rapprochait par tant de côtés de celle de certains agents des Compagnies de chemins de fer, dont le statut militaire est régulièrement établi, que des différences de traitement auraient entraîné des rapprochements irritants (2).

Enfin, l'article 57, qui fait rentrer dans le cadre des bénéficiaires de la loi en cause *le personnel du Service de santé et des formations militaires temporaires ou auxiliaires rattachés au dit service*, avait été interprété comme excluant le bénéfice de la présomption d'origine; mais une décision du Conseil d'Etat du 21 juillet dernier a rectifié cette manière de voir.

---

(1) *Depuis la rédaction de cet article, une loi (loi du 22 juin 1927) a étendu l'application intégrale de la loi du 31 mars 1919 et des lois subséquentes aux anciens militaires titulaires de pensions ou gratifications concédées avant la guerre.*

(2) A titre transitoire, le point de départ de ce délai de six mois a été fixé *pour les mobilisés* à la date de la promulgation du règlement d'administration publique réglant l'application de la loi (décret du 4 septembre 1919). Toute demande de pension pour maladie formulée par eux avant le 3 mars 1920 comporte donc le droit à la présomption; quelle qu'ait été la date de la rentrée dans les foyers.

(1) *A titre accessoire nous signalerons que certains bénéficiaires d'une partie des articles de la loi du 31 mars 1919 sont exclus du bénéfice de la présomption d'origine (en particulier les personnels civils de la guerre et de la marine assimilés aux militaires pour les droits à la retraite).*

(2) *En fait, relativement rares ont été, parmi les bénéficiaires apparents de cet article, ceux qui n'avaient figuré à aucun moment dans des corps de troupe. D'autre part, en ce qui concerne les accidents de travail, la responsabilité de l'Etat ne se trouve engagée que pour la différence pouvant éventuellement exister entre la rente allouée au titre de la loi de 1898 et la pension qu'aurait comportée la même infirmité s'il se fût agi d'une blessure ou d'un accident en service.*

2° Date d'entrée en jouissance du droit a la présomption d'origine. — Le texte primitif de la loi, né de la liquidation de la guerre, ne comportait aucune stipulation relative au moment, à compter duquel le militaire pouvait bénéficier de ces dispositions : celui-ci pouvait donc légalement prétendre à la présomption d'origine du seul fait qu'il avait franchi le seuil de la caserne. Or, les conseils de revision n'ont d'autre valeur que celle d'un crible grossier. En outre, leurs indications sont déjà anciennes lors de l'arrivée au corps ; elles ne sauraient donc suppléer à la véritable expertise initiale, que suppose l'application de la présomption d'origine.

Aussi, lors de l'appel des premières classes, qui suivirent la démobilisation, des articles de loi prévirent-ils un délai transitoire, pendant lequel la preuve de l'origine du dommage éventuel incomberait au militaire. Ce délai, arbitrairement fixé à deux mois, fut souvent interprété comme comportant la nécessité de soixante jours de service effectif et il arriva que, après déduction de jours passés de-ci de-là en permission ou à l'infirmerie, la présomption fut refusée alors que beaucoup plus de deux mois s'étaient écoulés entre l'arrivée au corps et la réforme. Cette occasion de conflits fut judicieusement écartée par la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée, qui fixa la date d'entrée en jouissance du droit à la présomption d'origine au jour même où seraient achevées, pour chaque militaire en particulier, les opérations médicales d'incorporation. En outre, pour éviter tout abus, un délai maximum de trois mois est imparti au Service de Santé pour mener à bonne fin cette opération destinée à éliminer les sujets suspects ou tarés.

3° Limite extrême de l'exercice du droit a la présomption. — Le droit au bénéfice de la présomption ne peut être exercé que pendant un délai de cinq années à compter de la rentrée dans les foyers (1). Il n'a pas été prorogé par la loi du 9 janvier 1926 qui, par dérogation aux principes généraux réglant le prescription, a reporté, *pour les anciens mobilisés*, le délai de mise en instance jusqu'au 31 décembre 1928. Seules les constatations faites pendant la mobilisation restent alors couvertes par la présomption d'origine, mais le candidat doit administrer la preuve d'une filiation entre les faits correspondants et son infirmité actuelle, alors que, pendant la période quinquennale antérieure, il aurait suffi, pour que les obligations de la collectivité entrassent en jeu, qu'elle fût médicalement vraisemblable, sous réserves de preuve contraire.

4° La preuve contraire. — L'Etat n'est nullement désarmé contre des prétentions injustifiées basées sur la présomption d'origine, il peut s'en affranchir par voie de preuve contraire. Il est toutefois recommandé de ne pas la rechercher systématiquement et de ne pas imiter la procédure ancienne visant la prédisposition constitutionnelle. S'opposant à une présomption, elle ne saurait procéder par voie de présomptions, même « graves, précises et concordantes », selon la spécification du Code, il a été spécifié qu'elle devrait être assise « *sur des faits précis comportant la démonstration que les causes efficientes ou aggravantes sont réellement indépendantes du service militaire ou antérieures à ce service* » et que « *la simple interprétation de doctrines médicales toujours en évolution ne saurait suffire à les remplacer* » (1).

(1) Ou bien à compter du 4 septembre 1919 en ce qui concerne les mobilisés libérés avant la promulgation de la loi.

Ceci demande quelques explications : on serait, par exemple, tenté de refuser une pension pour une tuberculose constatée au cours ou à la fin du service parce que des commémoratifs de bronchites fréquentes, voire quelques anomalies respiratoires, auraient été notés à l'incorporation. Mais le maintien en service après cet examen médical ne comporte-t-il pas implicitement la reconnaissance d'une validité différant peu de l'unité ? Toute tare n'ayant pas entraîné l'éviction dès ce moment doit donc logiquement être présumée n'avoir pas atteint le minimum indemnisable prévu par la loi, soit 10 p. 100, et si une infirmité en rapport avec elle vient ensuite à être évaluée à un taux égal ou supérieur à ce minimum, elle devra, par le jeu de la présomption, se trouver entièrement à la charge de l'Etat.

Il en serait autrement si, comme c'est le cas pour les réductions de l'acuité visuelle, les constatations faites à l'entrée en service avaient eu une précision mathématique telle que leur importance pût être rétrospectivement chiffrée avec une précision excluant tout arbitraire.

L'origine blennorragique ou syphilitique d'une infirmité ne pourrait-elle pas entraîner le rejet d'une demande de pension ? Certes, un écoulement ne saurait être considéré comme pouvant relever du service et il en serait de même des efflorescences spécifiques (sauf dans le cas exceptionnel de contamination extravénérienne, chez un infirmier par exemple). Mais, en cas d'ankylose ou d'affection médullaire, les insuffisances de soins et les commotions physiques et psychiques inhérentes à la vie prolongée en secteur d'opérations actives ne comportent-elles pas une présomption d'influence aggravante exercée par le service sur une gonococcie ou une syphilis latentes ou en activité ? Toute autre serait la situation s'il s'agissait d'un militaire n'ayant pas quitté sa garnison.

De même, certaines circonstances, sans valeur absolue par elles-mêmes, peuvent, par rapprochement avec d'autres, prendre une importance considérable en matière de preuve contraire : telles, par exemple, la faible durée de la présence au corps sans constatation de troubles aigus, en cas de réforme pour une *maladie chronique*. Telles, pour des *maladies infectieuses aiguës* ayant abouti à la réforme, leur apparition au bout d'un temps d'incorporation inférieur à la durée minima de l'incubation formellement établie par l'observation classique, comme c'est le cas pour les fièvres éruptives, ou, inversement, la rentrée dans les foyers depuis un temps qui, tout

(1) Voyez, par exemple, ce qui s'est passé pour la tuberculose et les intoxications par gaz : il y a peu de temps encore l'invraisemblance d'une filiation semblait solidement établie et actuellement tout est remis en cause par les troublantes statistiques produites à la tribune de l'Académie par le professeur Achard.

en étant inférieur à six mois, dépasserait cette durée d'incubation.

De même encore l'éloignement croissant dans le passé peut rendre de plus en plus sévère l'appréciation de la filiation entre des constatations minimales faites pendant le service et une grave maladie constatée par la suite, entre (pour prendre l'exemple si souvent cité par les adversaires de la loi des pensions) un court traitement pour bronchite et une tuberculose pulmonaire constatée quatre ou cinq ans plus tard et alors qu'il n'est établi aucune suite véritable de soins pendant la première partie de la période comprise entre la libération et la demande de pension.

Pour les *blessures accidentelles*, la preuve contraire s'appuie surtout sur des circonstances de temps et de lieu. Subies au cours d'une permission, alors que l'intéressé échappait à toute surveillance militaire, elles ne sauraient ouvrir droit à pension; il en serait tout autrement si elles s'étaient produites au cours de transports collectifs vers les lieux, où devait se passer cette permission. La jurisprudence est, en somme, calquée sur celle des accidents du travail et il en est de même en ce qui concerne *l'imprudence*, qui n'est pas plus retenue contre le soldat que contre l'ouvrier.

Dans un ordre d'idées analogues, il est admis que le maniement irrégulier aux Armées d'engins, avec lesquels les militaires vivaient d'une manière familière, ne saurait être comparé à ce qu'il eût été dans la vie courante et, *en définitive, se trouvent seules exclues du droit à réparation les blessures accidentelles résultant d'une faute tellement lourde qu'elle puisse équivaloir à un dol, telle au premier plan la mutilation volontaire.*

B. **La procédure d'instruction.** — 1° LES PIÈCES INDISPENSABLES. — L'instruction est déclanchée par une lettre recommandée adressée au Directeur du Service de Santé de la région. Dans tous les cas, une preuve incombe avant tout à l'intéressé : celle de ses droits au bénéfice de la loi du 31 mars 1919. A cela doit correspondre la production des états de service, pour la recherche desquels l'Administration se substitue à l'ex-militaire, comme elle le fera, d'ailleurs, sur ses indications, pour toutes recherches à faire dans des archives officielles.

Ceci posé, si la date de la demande est antérieure à l'expiration du semestre suivant la rentrée dans les foyers et s'il s'agit d'une demande de pension pour maladie, aucune pièce supplémentaire n'est indispensable pour faire admettre la présomption légale.

Est-elle plus tardive ou s'agit-il de suites de blessures ou d'accidents, des pièces de constatation antérieures à la libération devront être versées au dossier.

Enfin, si la demande n'a été faite qu'en application de la loi du 9 janvier 1926 prorogeant au delà de cinq ans les délais de première instance pour les anciens mobilisés, l'intéressé doit, en outre, produire des pièces établissant que *des manifestations pathologiques assez suivies se sont succédé depuis son retour dans ses foyers pour permettre d'établir une relation de cause à effet entre son état actuel et les constatations faites pendant la mobilisation.* En dehors de ce cas, la production de certificats médicaux n'a guère d'intérêt réel que pour aider les experts dans l'évaluation de l'invalidité.

2° L'ÉVALUATION DES DEGRÉS D'INVALIDITÉ. — L'octroi des pensions de l'ancienne législation reposait exclusivement sur la constatation d'un fait brutal, l'impossibilité de servir ou de rentrer au service ou de pourvoir à la subsistance. Il n'était donc pas besoin de chiffrer les invalidités. Une *échelle de gravité* avait bien été prévue en 1887, mais elle n'avait pour but que de déterminer l'importance de la pension, qui pouvait, suivant les cas, varier entre le minimum et le maximum, majoré de 20 à 30 p. 100, de la pension à laquelle un militaire de même grade aurait pu prétendre en fin de carrière (1).

Pour les gratifications, une évaluation plus précise devint nécessaire avec le décret de 1915. Un barème fut alors établi, mais il avait le défaut d'être extrait presque exclusivement de la pratique des accidents du travail, qui comporte des évaluations variables suivant les professions et entre lesquelles il avait le plus souvent été simplement pris des moyennes.

La nouvelle loi ayant prescrit l'établissement d'un barème classant les infirmités d'après leur gravité de 5 en 5 jusqu'à 100, on s'attacha à évaluer la diminution de capacité physiologique pour chaque fonction élémentaire ou groupe de fonctions indissociables indépendamment de tout facteur professionnel.

Toutefois la solution de cas médicaux susceptibles de varier à l'infini ne saurait être réglée d'avance par le jeu de rigides équations : il est donc bien spécifié *qu'il s'agit d'un* GUIDE, *dont les indications ont une valeur indicative et non impérative*, sous les deux réserves suivantes :

1° Si des troubles anatomiques et fonctionnels constatés à l'expertise les font ranger sous une des rubriques de ce guide, leur évaluation ne saurait tomber au-dessous du chiffre minimum correspondant (l'expert ayant, par ailleurs, toute latitude pour le dépasser à l'occasion).

2° A titre transitoire et en ce qui concerne uniquement les infirmités résultant de la guerre dite *guerre actuelle* lors de l'élaboration de la loi, il doit être fait application du mode d'évaluation le plus avantageux parmi ceux qui ont été successivement admis : échelle de gravité, barème de 1915, barème actuel (2). Cette disposition s'est imposée en raison

(1) *Les six classes de cette échelle de gravité correspondent respectivement à la cécité, à la perte de deux membres, à la perte d'un seul membre, à la perte absolue de l'usage de deux ou d'un seul membre ou aux infirmités similaires et enfin la dernière classe comprend les infirmités graves ne rentrant dans aucune des cinq autres. La loi du 31 décembre 1919 a fixé les équivalences à 100 p. 100 pour la première et la deuxième classes, à 80 p. 100 pour la troisième et la quatrième, à 65 p. 100 pour la cinquième et à 60 p. 100 pour la sixième.*

(2) *Les différences entre ces modes d'évaluation sont parfois considérables : la perte d'un œil varie de 65 p. 100 (échelle de gravité) à 30 p. 100 (barème de 1919), l'amputation d'une jambe de 80 p. 100 à 50 p. 100, la perte du gros orteil et de son métatarsien de 60 p. 100 à 20 p. 100. Une diminution n'est, d'ailleurs,*

du nombre considérable de pensions déjà concédées d'après des évaluations faites sur des bases différentes des nouvelles (1). Sans elle on se serait trouvé dans la pénible alternative soit de revenir sur des droits régulièrement acquis, soit d'indemniser différemment, suivant l'époque à laquelle leur situation aurait été réglée, d'anciens militaires devenus infirmes au cours d'une même guerre et présentant les mêmes lésions et les mêmes troubles fonctionnels.

Cas spécial des tuberculeux. — Le barème prévoyait primitivement pour la tuberculose un échelonnement d'invalidités variables suivant le degré d'évolution. Mais, dans cette maladie, l'invalidité vraie est primée par des nécessités thérapeutiques, auxquelles le malade ne saurait faire face qu'en se mettant absolument dans la situation d'un individu privé de toute sa capacité fonctionnelle. Le *décret du 17 octobre 1919* permit donc d'attribuer le pourcentage de 100 p. 100 dans tous les cas où la nature tuberculeuse des lésions pulmonaires et leur activité seraient reconnues.

Le problème qui se posait pour les experts se ramenait en fait à un de ceux que tout médecin a couramment à solutionner dans sa pratique : décider de l'indication d'une cure à type sanatorial. Le règlement prévoyait, d'ailleurs, en cas de doute le recours à un spécialiste, qui devait, « au cours d'une observation aussi prolongée qu'il serait nécessaire, mettre en œuvre tous moyens d'investigation scientifiquement reconnus, pour ramener à l'occasion le cas à la formule des cas non douteux, où les signes cliniques certains concordent avec des résultats bactériologiques positifs. »

L'application de ces dispositions laissa pourtant souvent à désirer et à la suite de protestations répétées une nouvelle rédaction parut nécessaire. Plus bref et plus impératif que le précédent le *décret du 8 août 1924* ne fait plus mention de l'activité des lésions, autour desquelles on avait trop souvent ergoté malencontreusement et la seule affirmation de leur nature tuberculeuse doit suffire désormais à déclancher l'octroi de la pension de 100 p. 100 avec tous les avantages qui lui sont attachés. Ainsi, pour avoir été parfois anormalement restrictifs ou insuffisamment informés du but poursuivi, on aboutit à une réglementation enlevant pratiquement à l'information clinique la place prépondérante, qui devait lui revenir.

La même évolution s'est produite pour la tuberculose osseuse et articulaire : le décret du 16 juin 1925 a prescrit qu'elle comporterait toujours 100 p. 100 quel que soit le degré de gravité. Un simple spina ventosa risque donc d'entraîner la même pension qu'un mal de Pott!. A côté de cette disposition trop extensive, ce décret en comporte, il est vrai, une fort judicieuse concernant les infirmités laissées par ces tuberculoses après consolidation : c'est l'attribution d'une *indemnisation supplémentaire, dite de ménagements*. Par exemple une ankylose du genou provenant d'une tumeur blanche recevra un supplément d'indemnisation de 10 à 30 p. 100 en plus de celle qui lui aurait été attribuée si elle avait résulté d'une autre cause.

Les invalidités multiples. — Il est banal que plusieurs des lésions anatomiques et des troubles fonctionnels élémentaires prévus au Guide Barème se rencontrent chez un même individu. Avec l'ancienne législation, si les unes et les autres étaient graves et incurables, leur cumul entraînait une élévation de classe et, par suite, une pension d'un échelon supérieur. Mais si l'une d'elles ne réalisait pas cette double condition, elle échappait à toute indemnisation en raison de la proscription du cumul d'une pension et d'une gratification. Le décret du 29 décembre 1917 remédia à cette anomalie par une réglementation des décomptes d'invalidités multiples, que la loi du 31 mars 1919 a conservée.

Les bases en sont les suivantes : l'addition pure et simple, de deux amputations valant chacune 80 p. 100, par exemple, aboutirait au résultat paradoxal de perte d'une validité supérieure à la validité idéale.

Pour l'éviter on ne prend tout d'abord en considération que la plus importante des infirmités; la différence entre l'invalidité correspondante et la validité de 100 p. 100 représente la *validité restante*. De celle-ci on déduit ensuite l'invalidité correspondant à l'infirmité, qui se place au deuxième rang par sa gravité et ainsi de suite, de telle sorte que le total ne saurait qu'approcher de plus en plus de 100 p. 100 sans l'atteindre jamais, n'était la prescription, faite dans un but de simplification, d'arrondir le chiffre final du décompte au multiple de 5 immédiatement supérieur.

Ce mode de décompte, rigoureusement exact au point de vue mathématique pur, est passible d'objections du point de vue physiologique : il est, en effet, d'observation courante que la diminution de validité vraie d'un individu est, à valeur numérique égale, d'autant plus considérable que cette valeur est en rapport avec un plus grand nombre d'infirmités : celle-ci n'exprime donc pas exactement celle-là! Aussi a-t-il paru rationnel d'adjoindre à chacune des invalidités, en partant de la première et sous réserve que celle-ci atteigne au moins 20 p. 100, des majorations de plus en plus fortes : 5 pour la première, 10 pour la deuxième et ainsi de suite de 5 en 5.

Enfin le strict calcul mathématique ne tient pas compte des cas où, avec une infirmité principale entraînant à elle seule l'invalidité absolue (cécité ou tuberculose par exemple), coexistent d'autres infirmités. Pour rétablir l'équilibre entre ce cas et celui de pensionnés ne présentant que la première de ces infirmités, ont été prévus (art. 12) des suppléments de pension variant de 100 à 1000 fr. selon le nombre et la gravité des infirmités surajoutées.

Enfin dans le cas où le pensionné se trouve dans « l'*incapacité de se mouvoir, de se conduire ou d'ac-*

---

pas forcément le fait du nouveau barème ; nous voyons, par exemple, qu'il prévoit 80 à 90 p. 100 pour l'anus contre nature au lieu de 65 p. 100; 90 p. 100 pour l'émasculation totale au lieu de 80 p. 100, etc.

(1) *Il avait été question, fort judicieusement à notre sens, de faire seulement la péréquation des sommes perçues, mais cette solution n'a pas prévalu.*

complir les actes essentiels de la vie » *et est obligé de ce fait de* « *recourir d'une manière constante aux soins d'une tierce personne* », il est attribué à titre d'allocation spéciale une majoration égale au quart de la pension. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1927)

Dans sa dernière séance, l'Académie a élu au premier tour de scrutin, par 46 voix sur 50 votants, M. le docteur Albert Calmette, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Paris.

L'œuvre de M. Calmette est trop connue pour qu'il soit nécessaire de rappeler ses beaux travaux sur les venins, la vaccination et la sérothérapie antivenimeuse, la part si considérable qu'il a prise dans la lutte contre la tuberculose, et surtout sa méthode de vaccination préventive des jeunes enfants.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1927)

Eloges. — M. LAPICQUE lit une notice nécrologique sur M. Prenant.

Le facteur humain dans l'organisation rationnelle du travail. — M. POTTEVIN évoque quelques-uns des problèmes qui se posent à l'industrie moderne et dont la solution relève des sciences biologiques. La donnée générale des problèmes envisagés peut se formuler ainsi : définir les conditions dans lesquelles on peut obtenir de la machine humaine le meilleur rendement avec un minimum d'usure, c'est-à-dire de fatigue. Les services d'orientation professionnelle ont pour objet d'opérer une sélection des enfants quittant l'école et d'indiquer à chacun d'eux, en même temps que les professions qu'il doit éviter, celles au contraire où il a le plus de chances de réussir. En ce qui regarde l'organisation du travail proprement dite, nous sommes aujourd'hui en possession de données tant d'observation que d'expérience qui constituent un corps de doctrine parfaitement cohérent. L'auteur apporte la preuve qu'une science de l'organisation du travail se développe, empruntant aux sciences biologiques ses méthodes et ses disciplines et dont les progrès doivent avoir la plus utile répercussion sur l'économie nationale.

Typhus endémique bénin (maladie de Brill). — MM. PLAZY, MARÇON et CARBONI. M. le professeur Olmer (de Marseille) attirait récemment l'attention de l'Académie sur une infection avec exanthème constatée dans la région marseillaise depuis quelques années et apparaissant de mai à septembre.

M. Olmer se demandait s'il s'agit « d'une infection nouvelle à distinguer des maladies infectieuses épidémiques avec exanthème ou seulement d'une forme atypique d'une maladie connue et classée, le typhus exanthématique ».

Le professeur Netter rattache les cas rapportés par Olmer à une affection décrite il y a une trentaine d'années par le médecin américain Brill, causée par le virus du typhus exanthématique, mais virus atténué, et à laquelle il propose de donner le nom de « typhus endémique bénin ».

Enfin, Boinet et Pieri rapportent (Académie de médecine, 4 oct. 1927) neuf cas d'infection à exanthème analogues à ceux d'Olmer, mais concluent à une affection distincte de la maladie de Brill.

Déjà Netter en 1917, Courcoux et J. Lermoyez en 1920 avaient publié des cas semblables dans la région parisienne. Dans la région toulonnaise, voisine cependant de la région marseillaise, aucun cas d'exanthème infectieux n'a encore été signalé.

Au cours des années 1926-1927, MM. Plazy, Marçon et Carboni ont eu l'occasion de soigner, tant à l'hôpital maritime de Saint-Mandrier que dans la population civile du Creux Saint-Georges un certain nombre de malades dont le tableau clinique rappelle la description de Brill, Netter, Olmer, etc. ; seize observations ont ainsi été recueillies.

L'affection, bénigne, puisque tous les malades ont guéri sans complications, débute brusquement sans prodromes ; au cours de son travail le malade est pris de fièvre, de céphalée, de courbature généralisée avec rachialgie prédominante ; plus rarement (deux fois) la maladie débute par un état syncopal passager. Puis apparaît un état saburral des voies digestives, anorexie, langue blanchâtre, rouge sur les bords, mais humide, l'abdomen souvent météorisé est indolore et souple, la constipation est très fréquente (80 p. 100). Peu à peu la courbature s'atténue, puis disparaît, et ne se signale plus au cours de la maladie que par quelques algies diverses. L'état général est peu touché ; le malade, parfois abattu, n'est jamais prostré ; pas de tuphos, pas d'agitation, pas de délire. Dès cette période on peut constater une légère réaction de la rate (percutable sur trois à quatre travers de doigt dans 50 p. 100 des cas). Le foie reste normal, les bruits du cœur sont bien frappés ; la tension est souvent un peu basse ; les poumons sont parfois le siège d'une bronchite aiguë légère (30 p. 100). Une seule fois un des malades ébaucha une rechute qui se traduisit par une reprise de la fièvre, de l'asthénie, avec réapparition discrète de l'exanthème.

Election d'un membre titulaire, en remplacement de M. Regnard, dans la quatrième section (sciences biologiques, physiques, etc.). Classement des candidats : en première ligne, M. Tiffeneau ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par lettre alphabétique, MM. Louis Bazy, J. Jolly, Levaditi, Neveu-Lemaire et Zimmern ; adjoint par l'Académie, à la liste de présentation, M. Strohl.

Au premier tour de scrutin, sur 68 votants, M. Tiffeneau obtient 64 voix ; M. Strohl, 1 ; il y avait 1 bulletin blanc et 2 bulletins nuls.

En conséquence, M. Tiffeneau, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, a été déclaré élu.

— L'Académie, qui avait discuté en comité secret dans sa dernière séance l'attribution du prix Albert Ier de Monaco (100.000 fr.) reprend cette discussion. Les voix se sont partagées entre M. Nageotte, du Collège de France, et l'Œuvre du regretté Charles Foix.

L'Académie a ajourné à trois mois un nouveau scrutin.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1927)

Modifications de la chronaxie dans le tétanos. — MM. G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER ont étudié la chronaxie dans trois cas de tétanos et ont trouvé qu'elle diminue fortement, surtout dans les muscles à grande chronaxie. Il résulte de là une tendance à l'égalisation des chronaxies qui aurait pour cause le fait que l'adsorption de la toxine tétanique au niveau des complexus colloïdaux se ferait d'une manière inégale. L'augmentation de l'excitabilité est due à ce que la toxine adsorbée augmente la perméabilité et la dépolarisation de la membrane. La disparition de l'inhibition s'explique par le fait que la perméabilité devient irréversible à cause de l'adsorption de la toxine, adsorption qui empêche la polarisation-imperméabilisation.

Etude de quelques modifications provoquées de la tension rétinienne et céphalo-rachidienne. — MM. H. Claude, A. Lamache et J. Dubar. La compression des jugulaires, du plexus solaire (chez les sujets à réflexe solaire positif), l'apnée avec effort, la poussée abdominale font augmenter notablement les tensions rachidienne et rétinienne; l'hyperpnée et l'inhalation d'oxygène les font diminuer; il y a un parallélisme assez constant dans les variations des deux pressions sous l'influence des mêmes excitations. L'étude combinée des pressions rétinienne et rachidienne semble devoir rendre accessible en clinique l'étude de la circulation cérébrale.

Le mécanisme d'action des bains de soleil. — M. Mezerntsky présente les résultats de ses travaux et des travaux de ses collaborateurs de l'Institut tuberculeux de Yalta à propos du mécanisme d'action des bains de soleil qui ont été scientifiquement organisés : 1° l'effet photo-électrique des bains de soleil; 2° la dépigmentation des cheveux au cours du traitement; 3° la dynamique de la pigmentation; 4° la mort qui résulte d'un dosage erroné de la lumière solaire.

Immunisation active de la chambre antérieure de l'œil. — M. S. Mutermilch, après avoir précédemment établi que l'immunisation locale de la cavité méningée avait pour effet l'apparition des anticorps dans le liquide céphalo-rachidien, montre à présent, en collaboration avec Mlle E. Salamon, que l'inoculation des microbes tués par la chaleur dans la chambre antérieure de l'œil engendre la formation des anticorps correspondants aussi bien localement dans l'humeur aqueuse que dans le sérum, mais que l'humeur aqueuse se montre plus riche en anticorps que le sérum. Des ponctions successives de l'humeur aqueuse, pratiquées chez des animaux vaccinés par la voie oculaire, non seulement n'entraînent aucune diminution du taux d'anticorps normaux, mais, au contraire, stimulent certaines cellules dont la nature reste à déterminer, à élaborer des quantités de plus en plus élevées de ces anticorps.

Il n'existe pas d'immunité sympathique chez des animaux dont un seul œil a été soumis aux injections de l'antigène.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(Séance du 10 octobre 1927)

Ankylose temporo-maxillaire. Opération. Guérison. (*Présentation de malades*). — M. Bourguet présente deux malades. Le premier a été opéré par lui d'une ankylose temporo-maxillaire unilatérale. Le résultat de l'intervention est excellent et le malade a recouvré une ouverture buccale normale. La deuxième malade présente une ankylose temporo-maxillaire bilatérale et sera opérée incessamment.

Présentation d'un « Odonomètre ». — M. Huguenet (Lyon).

Etude clinique des pulpites radiculaires. — M. PIETKIENICZ signale la fréquence relative de ces pulpites. Il en étudie la symptomatologie, envisage les difficultés du diagnostic et les précautions thérapeutiques qui permettent de les éviter.

Rétention d'une molaire de lait. — MM. GORNOUEC et GOLDSCHLAGER rapportent l'observation d'un malade qui présentait depuis plusieurs mois un foyer de suppuration au maxillaire supérieur droit L'examen clinique et la radiographie établirent le diagnostic de rétention d'une deuxième molaire temporaire dont l'avulsion amena la guérison.

CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE PROTECTION DE L'ENFANCE. (PARIS, 8-12 juillet 1928.) — Le Congrès est organisé par la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge, l'Association internationale pour la protection de l'enfance, l'Union internationale pour la protection de l'enfance du premier âge, l'Union internationale de secours aux enfants, le Comité national de l'enfance.

A ce moment se tiendront la VIIe session de l'Association internationale pour la protection de l'enfance et la réunion du Bureau permanent de l'Union internationale pour la protection de l'enfance du premier âge.

Le bureau du Congrès est ainsi constitué :

Président : M. Paul Strauss, sénateur de la Seine; secrétaire général : M. le docteur Lesage, secrétaire général du Comité national de l'enfance, médecin des hôpitaux; trésorier : M. Lenoir; secrétaires : Mlle Gros, secrétaire rapporteur du Conseil supérieur de l'Assistance publique, et le docteur Cruveilhier, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, membre adjoint du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Cotisations et communications. — La cotisation pour les membres titulaires est de 60 fr. français. Elle donne droit à la participation complète au Congrès (publications, fêtes, etc.).

La cotisation pour les membres associés est de 30 fr. français. Elle leur permet seulement d'assister aux séances, fêtes et visites du Congrès.

Le Congrès comprendra :

1° *Une section de maternité.* — Question : « Maisons maternelles » (asiles pour femmes enceintes et mères-nourrices). Rapporteur général : M. le docteur Trillat (France); rapporteurs spéciaux : Miss Halford (Angleterre), M. Martinez Vargas (Espagne).

2° *Une section de première enfance.* — Question : « Etude comparée des moyens les meilleurs pour développer l'allaitement maternel. » Rapporteur général : M. le docteur Lereboullet (France). Rapporteurs spéciaux : MM. le docteur Matija Ambrosie (Serbie), le professeur Cacace (Italie), les docteurs Dourlet (Belgique), Growski (Pologne), Helen Mac Murchy (Canada), Sarabia (Espagne), S. Vera (Grèce).

3° *Une section de seconde enfance.* — Question : « Organisation des établissements de plein air pour enfants, au double point de vue médical et pédagogique. » Rapporteurs généraux : MM. le docteur Dufestel (France), partie médicale; Ad. Ferrière (Suisse), partie pédagogique; rapporteurs spéciaux : MM. Demazeures (Belgique), le docteur Kita (Japon), Lemonier (France), miss Margaret Mac Millan (Angleterre), MM. le docteur Eduardo Massip (Espagne), le professeur Mario Ragazzi (Italie). — Etude générale sur les colonies de vacances : M. le docteur Dequidt.

4° *Une section de service social.* — Question : « Les idées directrices du service social dans la protection de l'enfance. » Rapporteur général : Bureau fédéral de protection de l'enfance de Washington (Etats-Unis); rapporteurs spéciaux : M. le docteur Gonsalès Alvarez (Espagne), Mme le docteur Ancona (Italie), Mlle Delagrange, Mme Getting (France), Frau Eiserhard (Allemagne), Mlle Haye (Hollande), Miss Mac Adam (Angleterre), Mme Mulle (Belgique), M. le professeur Morquio (Amérique du Sud).

5° *Une section de l'enfance malheureuse ou moralement abandonnée.* — Question : « Etude pratique du fonctionnement des tribunaux d'enfants. » Rapporteur général : M. X...; rapporteurs spéciaux : MM. le professeur Ugo Conti (Italie), G. T. de Jongh (Hollande), Lindsay (Etats-Unis), Frau D. Mende (Allemagne), MM. Paz Anchorona (République Argentine), Wets (Belgique).

Les rapports généraux seront publiés en français et en anglais. Le temps consacré à chaque communication sera au maximum de cinq minutes.

L'impression de toute communication ne devra pas dépasser quatre pages. Un règlement d'ordre intérieur sera publié au moment du Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège du Congrès, 37, avenue Victor-Emmanuel III, Paris (VIIIe). Téléphone : Elysées 04-01.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 21 novembre. — Jury : MM. Ménétrier, président; Balthazard, Couvelaire et Duvoir. — M. PASQUIER-DESVIGNES. Délire d'un paranoiaque et l'œuvre de la miséricorde. — M. ANTONETTI. Etude d'un nouveau procédé de radiopelimétrie. — M. MIQUEL. Etude médico-historique sociale.

Samedi 26 novembre. — Jury : MM. Bezançon, président; J.-L. Faure, Jeannin et Lecène. — M. DANG VU LAC. Etude clinique et étiologique du béribéri. — M. GALLAIS. Oblitération du cul de-sac de Douglas. — M. HUREZ. Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. FERNAGU. Etude de quelques formes de tuberculose chirurgicale.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Henry et Robin. — M. PUECH. La gastrophilose équine.

RENSEIGNEMENTS

Pathologie des ménisques du genou, par Albert MOUCHET, chirurgien des hôpitaux de Paris, et Louis TAVERNIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien des hôpitaux. Un volume de 100 pages avec 25 fig. — Prix : France et Etranger, 18 fr. (sans majoration). — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 1, RUE CASSETTE.

N° 94. — MERCREDI 23 NOVEMBRE 1927. 100e ANNÉE MERCREDI 23 NOVEMBRE 1927. — N° 94.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

NOTRE CENTENAIRE. — Dans quelques semaines la *Gazette des hôpitaux* entrera dans sa cent unième année.

A l'occasion de ce Centenaire nous publions un numéro supplémentaire qui sera remis à nos abonnés à la fin de cette semaine.

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 18 novembre. — Questions données : Symptômes et formes cliniques de la rougeole, sans les complications et sans le diagnostic. — Causes, signes et diagnostic du phlegmon périnéphrétique. »

MM. Hébert (Roger), 20; Rousseau, 15; Hébert (Jean), 23; Périer, 15; Cord, 24; Veslot, 20; Vidal-Naquet, 17; Galé, 10; Thomas (Robert), 20; Mariau, 14.

Séance du 19 novembre. — Questions données : « Dilatation des bronches. Causes, symptômes, évolution et diagnostic. — L'ulcère de la petite courbure de l'estomac. Symptômes et complications. »

MM. Cottet, 25; Haggiard, 24; Fichet, 15; Monod, 23; Boquien et Martin (Jean), 22; de Ginestet, 23; Favre, 14; Gallot, 20; Mlle Abricossoff, 25.

— Un concours pour la nomination aux places d'interne en médecine qui pourront être vacantes le 5 janvier et le 1er mars 1928 : 1° à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise); 2° à l'Institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache; 3° à l'Asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées); sera ouvert le jeudi 15 décembre 1927, à 9 h., dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), à partir du jeudi 24 novembre jusqu'au samedi 3 décembre 1927 inclusivement, de 14 à 17 h.

— Prix Civiale. — Jury : MM. Aviragnet, Tessier, Hudelo, Marion et Riche.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Un concours pour la nomination à une place d'interne titulaire et à une place d'interne provisoire en pharmacie dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 19 janvier 1928. Les épreuves commenceront à 9 h. du matin, à l'hospice général, salle des séances.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'hospice général, avant le 4 janvier 1928, à midi. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

— Versailles. — Un concours pour la nomination de quatre internes en médecine (un titulaire, trois provisoires) sera ouvert le vendredi 16 décembre 1927, à 9 h. du matin, à l'hospice civil de Versailles.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'hôpital civil. Le registre d'inscription sera clos le 9 décembre 1927.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Par décret, la Faculté de Bordeaux est autorisée à accepter un legs de Mme veuve Demons, dont les arrérages seront affectés à des travaux, recherches, installations, bourses de voyages, missions, ou à des bourses attribuées à des étudiants pauvres, particulièrement méritants. (*J. O.* 20 nov. 1927).

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Les facultés de médecine ont élu membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique MM. les professeurs Roger (de Paris) et Sigalas (de Bordeaux).

GUERRE. — Les médecins militaires ci-après désignés, qui ont subi avec succès les épreuves du concours de 1927, reçoivent le tiire de :

Médecin des hôpitaux militaires. — Les médecins-majors de

2e classe : M. Audouy, médecin-adjoint à l'Ecole du Service de santé militaire; M. Jame, du Laboratoire de bactériologie de Bourges; M. Lemaire, médecin-adjoint à l'Ecole du Service de santé militaire; M. Pomé, de l'Ecole supérieure de guerre.

Chirurgien des hôpitaux militaires. — Les médecins de 2e classe : M. Baudet, de l'hôpital militaire Maillot, à Alger; M. Guillermin, de l'hôpital militaire de Talence-Bordeaux.

Spécialiste des hôpitaux militaires (bactériologie et anatomie pathologique). — M. le médecin-major de 1re classe Liégeois, médecin des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

UN INSTITUT FRANÇAIS EN PORTUGAL. — Le gouvernement français vient de créer au Portugal un Institut français destiné à resserrer les relations intellectuelles entre les deux pays. L'Institut est placé sous le patronage du ministre de France au Portugal et il aura son siège à la légation de France à Lisbonne. Deux succursales seront installées, l'une à Coïmbre, l'autre à Porto.

En attendant une installation définitive les cours auront lieu à la Faculté des lettres de Lisbonne. M. Le Gentil, professeur de langue et de littérature portugaises à la Sorbonne, a été nommé conseiller technique. Les chargés de cours sont : pour Lisbonne, M. Paul Morillot, doyen de la Faculté des lettres de Grenoble; pour Coïmbre, M. Alfred Jeanroy, professeur à la Sorbonne; pour Porto, M. Paul Guinard, professeur à l'Institut français de Madrid.

Le gouvernement français recherche un accord avec le gouvernement portugais pour fonder à Paris un Institut d'études portugaises.

Notre confrère et ami, M. le docteur Coelho (de Porto), qui veut bien nous donner ses détails, ajoute que les Portugais se réjouissent du geste du gouvernement français. Il peut être assuré que les Français ne sont pas moins heureux de voir se resserrer de vieux liens d'amitié et de fraternité latine.

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE. — L'Institut de psychologie décernera le titre d'élève diplômé (de psychologie, de pédagogie, ou de psychologie appliquée) aux étudiants justifiant d'une scolarité de deux semestres, ayant suivi avec assiduité les enseignements de la section correspondante et ayant satisfait aux examens de fin de semestre.

Des recherches en vue des Diplômes d'études supérieures et des doctorats pourront être poursuivies dans les laboratoires de l'Institut.

Les élèves pourvus de diplôme de psychologie générale et du diplôme de psychologie appliquée pourront, dans des conditions de scolarité déterminées et après un travail de recherches personnelles, briguer le diplôme d'expert psychotechnicien de l'Université de Paris.

Pour être admis aux cours et conférences, les étudiants devront être immatriculés à l'une des Facultés de l'Université de Paris et inscrits sur les registres de l'Institut. Pour être admis aux travaux pratiques, ils devront verser un droit semestriel de 150 fr.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat Sorbonne, Salle R, escalier A, deuxième étage, l'après-midi, de 2 h. 1/2 à 4 heures.

NOTES DE PRATIQUE

ŒDÈME AIGU DU POUMON

Médication d'urgence : large saignée générale de 300 à 400 g. avec des saignées locales par ventouses scarifiées sur la paroi thoracique, la région du foie et des reins.

Cela fait, trois grandes indications se posent :

1° Combattre le collapsus cardiaque par des injections de caféine ou d'huile camphrée.

2° Combattre les troubles d'innervation cardio-pulmonaire par des injections de strychnine ou l'électrisation du nerf vague.

3° Combattre l'élément toxique par la prescription du régime lacté et de la Théosalvose phosphatée ou caféinée (4 cachets de 0g50 pro die). Cette dose sera ensuite abaissée à 2 cachets, à prendre pendant plusieurs semaines, de façon à prévenir le retour de l'œdème pulmonaire.

Alfred MIRANDE

Nous apprenons avec une profonde tristesse la mort de notre cher et vieil ami Mirande, rédacteur en chef du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, décédé à Saint-Simon, près d'Aurillac à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

Nous nous étions connus en 1897 chez mon maître Just Lucas-Championnière. Je m'étais senti rapidement attiré par ce camarade au regard si franc qui joignait à une intelligence vraiment lumineuse une remarquable distinction d'esprit et de cœur.

Tout séduisait en lui, mais parmi ses dons les plus précieux ce que ses amis aimaient le plus en lui c'était la sûreté de ses relations, c'était aussi la fidélité de son amitié.

Lorsque le deuil s'abattit sur le *Journal de Championnière* et que, successivement, Just Lucas-Championnière, son frère Paul, et le fils de celui-ci disparurent, M. Sergent, dont Mirande était l'élève lui confia la Rédaction en chef du journal, aux côtés de notre collègue Just Lucas-Championnière fils. Et pendant quelques années, trop courtes, Mirande put donner la mesure de ses heureuses initiatives, de son esprit méthodique et de son grand talent de journaliste.

Il y a quelques mois, au moment de la Réunion de la Presse médicale latine, Mirande, bien que déjà souffrant, vint au milieu de ses confrères exposer un remarquable rapport sur l' « unification de la terminologie, du classement et de la bibliographie dans la littérature médicale » et il put montrer une fois de plus l'étendue et la variété de son érudition.

La semaine dernière, désirant associer son journal, qui va être bientôt centenaire, au centième anniversaire de la *Gazette*, je lui avais demandé de se joindre à nous. Ce n'est pas lui qui me répondit ; Mme Mirande, en m'envoyant ses regrets, me mettait au courant de ses angoisses au sujet de la santé de notre ami.

Et voilà qu'il n'est plus !

Avec une profonde émotion nous nous inclinons devant l'immense douleur de Mme Mirande et nous la prions d'agréer l'assurance très respectueuse de toute notre sympathie.

La rédaction de la *Gazette* s'unit à nos regrets et en adresse l'expression très cordiale à la rédaction du *Journal de Championnière*.

F. L. S.

LA FORME ASTHÉNO-HYPERSTHÉNIQUE
DE
LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

Il est capital à un double point de vue de bien connaître la forme asthéno-hypersthénique de la paralysie générale : cliniquement d'abord, cette forme de la maladie soulève une foule de problèmes diagnostiques; ensuite, thérapeutiquement, elle est susceptible de provoquer des conclusions qui ne répondent pas à la réalité.

Nous croyons cette forme asthéno-hypersthénique de la méningo-encéphalite diffuse paralytique, commune, sinon très commune ; c'est la forme qu'on observe le plus souvent dans les asiles d'aliénés. Cela se conçoit aisément : des phénomènes d'agitation plus ou moins intenses succèdent à des phénomènes d'asthénie ou de dépression, et créent un état de danger pour l'entourage du malade et pour lui-même, qui nécessite bientôt un mode d'hospitalisation propre, c'est-à-dire le placement dans une maison de santé fermée.

La notion de cette forme asthéno-hypersthénique de la maladie de Bayle conduit à poser la question de la fréquence de l'asthénie au début de cette affection. Nous pensons, quant à nous, que les phénomènes d'ordre dépressif ou asthénique sont peut-être bien constants à l'origine de la paralysie générale. Il arrive exceptionnellement qu'on ne les constate pas à l'aide de l'analyse psychoclinique rétrospective la plus complète, directe et indirecte (près des tiers), mais cela ne signifie pas sûrement qu'ils n'ont pas existé : ils ont pu être de courte durée, se dissiper vite pour faire place à cette exaltation fonctionnelle hypersthénique si extraordinaire qui semble initiale dans quelques cas de méningo-encéphalite paralytique.

*
* *

Considérations cliniques. — Que les signes névro-psychopatiques qu'on observe au début de la paralysie générale soient d'ordre asthénique ou dysasthénique ou dépressif, cela ne fait toujours pour nous aucun doute : l'asthénie, non essentielle ici, accompagne l'évolution de la méningo-encéphalite spéciale, comme elle accompagne l'évolution d'une autre affection organique quelconque, par exemple, une néphrite chronique, une hépatite chronique, la maladie d'Addison, la tuberculose chronique, etc.

Baillarger (1860) a considéré ces phénomènes asthéniques au début de la paralysie générale comme étant de l'hypocondrie (1); c'est qu'à cette époque, comme au XVIIIe siècle et depuis Galien, l'asthénie nerveuse générale n'avait pas encore été isolée en tant que syndrome autonome, et qu'elle ne le sera qu'en 1911 par J. Tastevin. Materne (1869), a fait une thèse sur la forme dépressive de la paralysie générale; d'autres (Aug. Voisin et C. Burbureaux, 1880), discutent d'une forme mélancolique de la maladie. Mais la neurasthénie de Beard (1868) commence d'être connue des auteurs; elle va se substituer à l'hypocondrie dans les livres et traités de neurologie; alors on voit décrire la forme neurasthénique de la paralysie générale (G. Ballet, 1893). Marquez, enfin (1906-1907), sous l'influence des travaux de Kraepelin, émet l'idée d'une forme maniaco-dépressive de la méningo-encéphalite paralytique.

L'asthénie (amyosthénie et anidéation, avec ou sans céphalée ; ce dernier signe, sur lequel maints auteurs ont attiré l'attention dans la maladie de Bayle, est constamment, semble-t-il, symptomatique d'asthénie chez les paralytiques généraux), l'asthénie du début de l'affection est tantôt simple, tantôt compliquée de conceptions vésaniques ou paranoiaques, tantôt de courte, tantôt de longue durée. Quand elle se dissipe pour faire place à l'hypersthénie, ou manie des aliénistes, caractérisée par l'hypermyosthénie et l'hyperidéation, c'est toujours progressivement, lentement, ainsi que l'a démontré J. Tastevin; ce passage de l'asthénie à la manie a lieu en quelques semaines ou en plusieurs mois ; il est remarquable, en ce sens, que pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, l'entourage croit à la guérison parce qu'à un moment le patient montre un état sthénique normal.

L'étude clinique de l'asthénie et de la manie chez les paralytiques généraux, étude d'espèce physio-pathologique, conduit à la discussion de la nature de certaines formes de rémission, sinon de toutes les rémissions observées dans la démence paralytique. Lorsque le passage de l'asthénie à l'hypersthénie se fait très doucement, en plusieurs mois, quatre, six, ou plus, comme dans notre observation III, on note une longue période d'amélioration durant laquelle le patient paraît évoluer vers la guérison d'une affection reconnue jusqu'à ce jour incurable; on peut alors, malgré le diagnostic porté, penser pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois non pas à une « restitution intégrale », mais à une stabilité ou à un arrêt du mal organique, et partant à une rémission aussi complète que possible. Or, il n'en est rien : l'évolution de l'affection l'a bientôt établi.

Dans cette période intermédiaire, du passage de l'asthénie à l'hypersthénie, l'étude de l'état mental pour le diagnostic évolutif reste précieuse, spécialement l'étude des troubles du jugement. Dupré a contribué à en préciser heureusement l'aspect en conseillant de rechercher chez le patient les signes d'approbativité et les signes d'absence d'auto-critique.

*
* *

Considérations thérapeutiques. — La forme asthéno-hypersthénique de la paralysie générale, du fait des particularités de son évolution clinique, peut donner lieu à des causes d'erreur d'appréciation dans les résultats obtenus par les médications thérapeutiques que le praticien institue contre la maladie.

Loin de nous la pensée d'apporter ici des observations critiques, relativement aux traitements modernes de la paralysie générale. C'est une nécessité presque absolue pour le médecin, dans la famille, de réaliser une thérapeutique à caractère rationnel vis-à-vis de la démence paralytique. Il est des femmes, des mères, qui implorent le médecin pour qu'au moins des tentatives d'amélioration ou de guérison soient exécutées; les abandonner à elles-mêmes, parce qu'en possession de la certitude scientifique fatale, c'est les jeter entre les mains du premier charlatan venu. Du reste, aujourd'hui, à la période de début de la maladie, il n'est plus de médecin

(1) Pour la bibliographie, voir la note terminale de cet article.

qui hésite à traiter la paralysie générale, méthodiquement et activement. Dans les asiles d'aliénés, il est peu de chefs de service, je crois, qui soient parvenus à organiser comme il convient le traitement de leurs paralytiques généraux; non seulement les médications sont ou difficiles à se procurer, ou d'un prix élevé, mais encore elles nécessitent de la part du personnel une application quotidienne telle qu'il est matériellement impossible d'aboutir à cause de l'absence de collaborateurs éduqués et stables. Toute thérapeutique complexe nécessite une sorte de luxe que les services des asiles sont incapables actuellement d'offrir aux malades.

C'est quand le paralytique général passe de l'état d'asthénie (amyosthénie et anidéation) à l'état d'hypersthénie (hypermyosthénie et hypéridéation), que l'erreur d'appréciation des résultats thérapeutiques est constante. La succession des phénomènes physiopathologiques observés fait tout naturellement, à un moment donné, espérer une amélioration durable sinon une guérison. Pendant toute la période du passage de la dépression (asthénie) à l'excitation maniaque, c'est-à-dire pendant toute la phase intermédiaire, surtout quand ce passage ou ce changement dans l'état du malade a lieu progressivement, très lentement, en plusieurs mois, il est difficile, sauf pour un praticien averti, de ne pas se montrer optimiste. Notre observation III, et aussi, mais moins nettement, notre observation II, sont des exemples de cette sorte.

En présence de certaines médications très actives instituées chez quelques malades, est-on en droit de se demander si ces thérapeutiques ont contribué à déterminer la transformation de la forme asthénique de la paralysie générale en forme hypersthénique? Nous nous sommes posé la question à plusieurs reprises : nous croyons qu'il faut y répondre négativement. Il est probable qu'il y a là des prédispositions individuelles plutôt que des actions exogènes fâcheuses. A notre avis, la médication arsenicale, si merveilleusement active, serait celle dont il conviendrait de surveiller le plus attentivement les effets.

*
* *

Voici trois observations de forme asthéno-hypersthénique de la paralysie générale. Dans le premier cas le passage de l'asthénie à la manie a eu lieu en quelques semaines : après quatre ou cinq mois de grande agitation, le patient a retrouvé son état sthénique normal, lequel a duré plusieurs années; quelques mois avant le décès, l'asthénie paraît avoir reparu. Dans la seconde observation, l'agitation hypersthénique n'a fait son apparition qu'après une longue période d'asthénie (période de plus de dix-huit mois). Le passage de l'asthénie à la manie s'est effectué en deux ou trois mois. L'agitation la plus violente et la plus incohérente, malgré l'état squelettique du sujet, a duré jusqu'à la mort. Dans la troisième observation, enfin, le passage de l'asthénie à la manie, a été d'une lenteur singulière : l'amélioration constatée était attribuée à la thérapeutique suivie. C'est dans de tels cas d'évolution si lente qu'on se demande si l'agent médicamenteux n'a pas joué un rôle dans le changement du tableau clinique.

Observation I. — Acém..., Raoul-René, vingt-sept ans, employé de chemin de fer, entre à l'Hôpital général de Nantes, le 12 mars 1912.

Histoire de la maladie. — La maladie a débuté dans les derniers jours de janvier 1912 par des phénomènes d'asthénie. Le malade était abattu, comme fatigué. Il était lent dans ses mouvements; il traînait les pieds, parlait lentement, mangeait lentement. Il avait une tendance marquée à s'assoupir, sinon à dormir en plein jour. Le matin, il dormait longtemps et d'un sommeil lourd; il ne se levait que lorsqu'on l'appelait; si on ne l'appelait pas, il restait au lit jusqu'à midi. Quelquefois au début on le raillait; sa sœur lui disait : « Tu as la maladie du sommeil. » Il était littéralement épuisé, à bout de forces. Ses idées étaient brouillées, son attention distraite, sa mémoire paresseuse. Personnellement il attachait assez peu d'importance à ces troubles. Il se sentait faible, sans courage, mais il ne s'inquiétait pas ou presque pas. Il n'avait du reste pas cessé complètement d'aller à son travail, il est vrai qu'il n'y faisait à peu près rien; livré à lui-même, il s'asseyait, somnolait.

L'appétit n'était pas diminué. Pas de céphalée ni rachialgie.

Vers le 25 février 1912, le tableau clinique change complètement : les phénomènes asthéniques sont remplacés par des phénomènes maniaques. Il semble que le sujet soit passé



assez rapidement de la dépression à l'hypersthénie. Quoi qu'il en soit, il est très excité, parle, gesticule beaucoup, évoque facilement son passé, etc., se montre toujours joyeux, rit, chante. Par moments, il veut absolument faire de l'aviation. Il prétend (fabulation) qu'il a couru Paris-Londres, Paris-Bordeaux avec Blanchard dont il était le mécanicien, qu'il a fait 150 kilomètres à l'heure, qu'il logeait avec lui à l'hôtel Victoria, qu'il conduisait assez souvent, qu'il mettait cinq ou six maillots, que son camarade s'est tué, etc. Il dit qu'aux colonies, où il est en effet allé, il a fait la guerre russo-japonaise : « J'étais à une pièce de 47... Je pointais bien. »

A d'autres moments, il dit qu'il est le champion de boxe de Bretagne : il demande des fleurets pour faire de l'escrime (sport qu'il n'a jamais pratiqué). Enfin, dans les magasins, il commande des chapeaux hauts de forme, toutes sortes de vêtements, de chaussures; il parle d'aller en Angleterre acheter des chevaux de courses, etc.

Depuis que le malade a de l'excitation, la famille a constaté que par moments il avait de la difficulté à s'exprimer, qu'il écorchait les mots (dysarthrie).

Dans son exaltation, il s'est montré peu coléreux, il ne dormait pas, criait, chantait, cherchait à s'échapper. C'est ce qui a décidé la famille à le placer à l'asile, le 12 mars 1912.

Etat actuel (*mars 1912*). — Le malade offre de l'excitation intellectuelle et motrice; il est hypomaniaque; en même temps ses facultés mentales sont manifestement affaiblies.

Il parle, gesticule, sourit, chante, siffle. Il raconte facilement sa vie, passe d'un sujet à un autre, parle de l'aviation, des colonies, etc. Il fabule activement sur ces sujets et il se montre tout à fait à son aise parmi nous.

Le jour de son entrée, il s'avance, une boite de pastilles Valda à la main : « C'est pour soigner mon rhume. » Pourquoi reste-t-il à l'asile? « Pour faire traiter son bégaiement » (troubles récents de la parole). Quel rapport tout cela a-t-il avec le placement dans un asile d'aliénés? Cela ne le préoccupe ni ne l'attriste.

Il reconnaît qu'il a été malade. « Il y a quelque temps, oui, je me faisais de la bile. J'étais faible, malade. Je ne parlais plus. Je dormais. Ça m'embêtait... »

Aujourd'hui la santé est parfaite, il est heureux, il fait de l'aviation, de la boxe; il va faire de l'escrime, acheter des chevaux de courses, etc.

La mémoire est relativement peu troublée. Il évoque rapidement les dates de sa vie. Quand il commet une erreur, il ne cherche d'ailleurs pas à la corriger : « Ça n'a pas d'importance. » L'attention est très mobile.

Les jugements et raisonnements sont franchement et gros-

sièrement absurdes. Le sujet n'a ni la finesse, ni la réserve, ni la raillerie du vrai hypomaniaque.

La joie, l'euphorie du malade est durable, mais niaise, puérile; elle n'est pas intense, variée, riche. Il s'y ajoute de l'indifférence émotionnelle générale.

Examen somatique. — Pas de troubles de la marche. Pas de Romberg. Les réflexes des membres sont normaux, sinon faibles. La sensibilité générale et spéciale est très émoussée. Pupilles inégales (la gauche est plus grande que la droite, avec signe d'Argyll-Robertson). Embarras de la parole avec tremblements fibrillaires de la langue et des muscles péribuccaux. Liquide céphalo-rachidien : albumine 0,80 par litre; pas de lymphocytose (?); la réaction de Bordet-Wassermann n'a pas été faite.

Antécédents héréditaires et personnels. — Pas de maladie nerveuse ou mentale dans la famille. Personnellement, pas de maladie grave dans son enfance ni dans sa jeunesse. Premiers rapports sexuels à seize ans. De dix-huit à vingt et un ans, il séjourne aux colonies (Tonkin). Absinthisme, mais pas de syphilis (?), dit-il. A vingt et un ans, au retour des colonies, crise de colère au cours d'une ivresse (déchirait, mordait); cela a duré une demi-heure. Intelligence moyenne. Caractère doux.

Evolution. — En juillet 1912, l'euphorie persiste; l'affaiblissement des facultés mentales paraît profond.

25 août. — L'état de grande agitation a disparu. L'amélioration est incontestable depuis quinze jours. Actuellement, il n'est ni hypo ni hypersthénique; il sait que sa mère demande sa sortie et il se propose de reprendre sa place aux chemins de fer de l'Etat. Au sujet de sa maladie, il dit : « C'est de la folie, je déraisonnais, je voulais aller en aéroplane... J'avais de la difficulté à parler... J'ai trop fait la noce... » Mais toutes ces déclarations ne sont pas spontanées, et, de plus, elles n'émeuvent guère le patient. Il sort de l'asile à cette date (25 août 1912), en état de rémission.

14 mars 1913. — Il n'a pas repris sa fonction d'employé de chemin de fer. Il a travaillé par intervalles comme manœuvre dans divers chantiers. Depuis plusieurs mois, il reste inoccupé.

20 août 1914. — Mobilisé, il a été hospitalisé quelques jours après son arrivée au corps. Le diagnostic de paralysie générale est confirmé par l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien (réaction de Bordet-Wassermann positive).

9 juin 1915. — Second placement à l'asile des aliénés. Depuis quelques semaines, phénomènes de dépression et vagues tendances au suicide.

21 novembre (décès). — Les phénomènes d'agitation de forme hypersthénique n'ont pas reparu.

*
* *

Obs. II (personnelle). — Upoirond, Gustave, trente-huit ans, forgeron, entre à l'hôpital général de Nantes, le 12 avril 1912.

Antécédents. — Pas de maladie mentale dans la famille. Mère morte d'une affection cardiaque. Un frère atteint d'une maladie d'estomac (!). Personnellement, pas de maladie grave dans l'enfance. Syphilis à seize ans. Service militaire aux colonies de dix-huit à vingt-deux ans. Marié à vingt-six ans, pas de fausses couches; deux enfants, nés à terme et bien portants. Intelligence normalement développée. Pas de troubles du caractère.

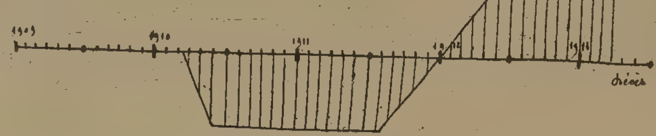
Histoire de la maladie. — La maladie a débuté au mois d'août 1909 par des phénomènes d'hémiparésie droite; ils n'ont duré toutefois qu'un quart d'heure environ et n'ont pas été accompagnés de perte de connaissance. Le malade a continué à travailler.

En mars 1910, il commence à se plaindre de troubles asthéniques; il se plaint de la diminution de ses forces; il accuse sans cesse de la lassitude; il dit qu'il ne peut plus travailler, qu'il n'a plus de courage; il se sent malade; il refuse de se soigner; il ne faut pas « s'écouter », déclarait-il. Dès cette époque, on constate de l'amnésie, de l'inattention, mais pas d'idées hypocondriaques. Il avait, en outre, de l'asthénie génitale et parfois des maux de tête. Il est traité pour la « neurasthénie. »

Au mois de juillet 1910, il s'améliore assez pour travailler, par intervalles, à de petits ouvrages. Il s'occupait aussi un peu de ses affaires; il ne retrouva jamais son activité antérieure; il était toujours faible et avait toujours des troubles de la mémoire. Il ne s'inquiétait pas de son état.

En juin 1911, nouvelle hémiparésie droite de courte durée, comme la première (quelques heures). En décembre de la même année, l'asthénie augmente ou mieux elle s'accompagne de délire hypocondriaque. Il devient plus sombre, voit partout la mort, dit qu'il ne veut pas mourir. Il achète spontanément des remèdes pour se soigner et se remonter; il croit qu'on voit sa maladie sur sa figure et relève sans cesse le col de son veston pour se cacher. Il dit que c'est de la méningite, qu'il a le cerveau pourri, etc. Par moments, il criait en chantant : « Allez-vous-en la mort! Allez-vous-en! Chassez-la, chassez-la!... Chassez la méningite. Chassez la méningite... » Il répétait cela quelquefois pendant dix minutes, un quart d'heure. Cela a duré deux ou trois mois.

En avril 1912, les symptômes revêtent une forme toute différente. Le malade n'est plus ni triste, ni inquiet; il est joyeux, tout à fait euphorique. « Je suis guéri, je suis solide. Je vivrai cent ans comme mon père. » Il parlait sans cesse



avec de grands gestes : « J'ai vu mon sang, il est beau. Je n'ai peur de rien. Je n'ai peur de rien... Entends-tu la voisine qui chante (fait exact ou illusion); elle aussi est heureuse et elle veut dire qu'elle est guérie... » Il exprime des idées de grandeur et des idées érotiques. Il est riche à 500.000 francs; il possède des autos, des maisons, il a une belle position. Il a gagné le gros lot; il donne de l'argent à tout le monde. Il demande des femmes, s'exhibe, etc.

L'agitation continue : il se met à faire des haltères dans son lit. La famille demande alors son placement à l'asile (12 avril 1912).

Etat actuel (*13 avril 1912*). — Excitation maniaque avec affaiblissement global des facultés intellectuelles.

« Je suis très bien. Je suis gai. Je suis fort, fort à soulever 50 kilogrammes. J'ai même soulevé 75 kilogrammes en l'air. Je connais la boxe anglaise; j'aurais pu concourir et gagner... J'ai reçu 250 millions de M. E..., châtelain du pays; il me les a donnés parce qu'il m'aime. A vous, je vous donnerai 10.000 francs.

« Ah! oui, je comprends que je suis heureux de vivre! J'ai de la joie à vivre. J'ai un cerveau très fort... Je vais faire un petit canot... Pour les travaux de précision, il n'y a pas mon égal... »

Il chante : « J'ai pour palais une chaumière, etc. » Quand il commence à chanter, il n'est plus possible de l'arrêter.

On peut lui proposer sans préparation, froidement, de danser, il s'exécute immédiatement.

A propos des phénomènes d'asthénie qu'il a éprouvés, il dit : « Oui, j'ai traversé une période où j'étais malade, fatigué. Mais aujourd'hui... » (et il repart sur sa santé actuelle).

Cette excitation maniaque n'est pas une excitation maniaque franche. La mémoire est affaiblie; si le sujet commet des erreurs, il ne les rectifie pas. L'attention est mobile, mais peu vive, peu éveillée. Il y a une apparence de logique — au fond — dans les idées et actes du vrai maniaque, essentiellement joyeux; il n'en est rien ici. Les jugements, les raisonnements du malade sont très altérés.

Il est gai, euphorique, mais il n'est pas coléreux. Il ne s'attendrit pas quand on lui parle de sa femme, de ses enfants; il se montre indifférent quand on l'entretient de sa profession, de ses intérêts, de l'avenir.

Etat somatique. — Pas d'hémiplégie ni d'hémiparésie. Pas de Romberg. Pas de troubles de la sensibilité. Pas de Babinsky. Réflexes des membres exagérés. Pupilles inégales et signe d'Argyll-Robertson. Embarras de la parole, par moments

très marqué dans la conversation. Tremblements des muscles de la face et de la langue.

Evolution. — En juillet 1912, l'agitation persiste, violente, incohérente. La démence s'aggrave.

En février 1913, l'état du malade est stationnaire, de sorte que le maintien dans la section des agités avec isolement s'impose. On note de l'amaigrissement depuis deux mois, sans eschare.

22 avril 1913. — Décès par affaiblissement général progressif. Cachexie terminale profonde.

*
* *

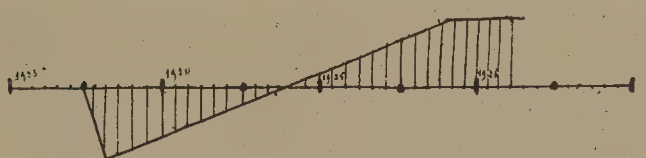
Obs. III. (personnelle). — Egel..., Prosper, ingénieur civil, cinquante-sept ans, entre à la C. P. X., le 20 mars 1926 avec le diagnostic de syndrome mégalomaniaque symptomatique de paralysie générale.

Dans les antécédents héréditaires, on relève chez une sœur du malade un accès de mélancolie terminé par guérison; chez une grand'mère, du côté maternel, des troubles mentaux qui ont nécessité le placement dans une maison de santé. — Ingénieur, il a exercé pendant trente-deux des fonctions de direction dans d'importantes usines du midi et de l'ouest. Il s'est marié à quarante ans, en 1909. Sa femme a fait deux grossesses normales; un de ses deux enfants est mort à neuf mois d'entérite aiguë (pas de fausse-couche). En 1919, le malade a été soigné pour aortite spécifique. L'année au cours de laquelle il a contracté la syphilis n'a pu être fixée exactement (vers 1911).

Histoire clinique. — Le début de la paralysie générale, qui a eu lieu en août 1923, a été marqué par des phénomènes d'asthénie nerveuse générale ou de dépression, compliquée de quelques vagues idées de persécution (on lui en voulait, on se moquait de lui). Il accusait souvent de la céphalée (celle-ci étant un signe de l'asthénie et non pas autre chose). Par intervalles, la dépression atteignait l'état de stupeur ou de stupidité, et le sujet, profondément abattu, ne disait plus un mot.

Vers novembre 1923, après consultation médicale et le diagnostic de paralysie générale ayant été confirmé par les examens de laboratoire, on institue un traitement d'abord par le bismuth (muthanol) en février 1924, puis par l'arsenic (sulfarsénol), de mars à décembre 1924.

Evolution. — Vers juillet 1924, la famille et les médecins assistent à une amélioration progressive de l'état d'asthénie : le malade circule volontiers, va et vient, cause assez raisonnablement, cherche à s'occuper, paraît de nouveau s'intéresser à sa profession. En septembre 1924, chacun parlait d'une véritable métamorphose dans l'état du patient. Cette amélioration a duré jusqu'en août-septembre 1925; on avait repris



le traitement arsénical en mai, durant quelques semaines seulement. Mais le malade, euphorique, satisfait, parlait de plus en plus, se montrait d'une activité désordonnée, absurde, et dormait peu. A partir de décembre 1925, les idées de grandeur se manifestent avec intensité (il disait qu'il avait gagné récemment cinq milliards, qu'il jouissait de deux millions et demi de rente, que sa maison était un palais, etc.). Le placement à l'asile devenait urgent en mars 1926 à cause de la multiplicité des réactions extravagantes et violentes du patient.

*
* *

La forme asthéno-hypersthénique de la paralysie générale, caractérisée par le début constant de la maladie sous l'aspect d'un syndrome asthénique musculaire et psychique, par le passage progressif de l'asthénie à l'hypersthénie ou manie des aliénistes, a pu être exactement identifiée grâce aux travaux de J. Tastevin sur l'asthéno-manie ou asthéno-hypersthénie. Elle est très intéressante à connaître : au point de vue clinique, elle soulève les problèmes diagnostiques les plus variés, qu'on envisage la période de dépression, ou la période d'excitation, ou enfin la phase intermédiaire; cette dernière phase, quand elle offre une longue durée, fait croire à une rémission, sinon à une guérison; au point de vue thérapeutique, la notion de cette forme de la maladie de Bayle met en garde contre des appréciations trop avantageuses de médications qui n'ont pas encore fait suffisamment leurs preuves dans le temps (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1927)

Encéphalite léthargique probable. — MM. L. Babonneix et A. Widiez présentent un homme de cinquante-trois ans chez lequel on constate des mouvements involontaires localisés au cou et au membre supérieur gauche, et qui sont de trois ordres : myoclonies, mouvements choréiques, spasmes. Malgré l'absence de tout phénomène oculaire, d'algies, de somnolence, de salivation, de diagnostic d'encéphalite léthargique ou d'affection produite par un virus voisin est le plus vraisemblable.

Sur un cas de généralisation néoplasique à point de départ vraisemblablement pulmonaire. — MM. Kindberg et Garcin. Observation d'une femme âgée qui semblait ne présenter qu'un syndrome banal de sclérose pulmonaire ayant toutes les apparences d'une tuberculose fibreuse. Les constatations d'une masse anormale au niveau de l'épine de l'omoplate et d'une « soufflure osseuse » au niveau du maxillaire supérieur orientèrent pourtant le diagnostic vers l'idée d'un épithélioma que confirma l'autopsie. Outre des nodules secondaires hépatiques et spléniques, il existait d'autres métastases osseuses craniennes; ce cas illustre à nouveau la fréquence de la généralisation osseuse dans les cancers primitifs du poumon (Loeper et Garcin). De plus, les caractéristiques de la tumeur, l'intense réaction fibreuse expliquaient l'allure clinique et anatomique de « pseudo-tuberculose fibreuse » à évolution torpide.

Pression du liquide céphalo-rachidien et pression veineuse. — MM. A. Tzanck et P. Renault, rappelant leurs communications à la Société de biologie, reviennent sur la question des rapports entre la pression veineuse et la tension rachidienne. S'appuyant sur des arguments d'ordre anatomique, physiologique et clinique, les auteurs établissent les points suivants :

1° Dans cette question, il faut considérer la pression veineuse profonde et non la pression veineuse superficielle;

2° La pression veineuse retentit directement sur la pression rachidienne, alors que la pression rachidienne ne retentit pas sur la pression veineuse. Il ne s'agit donc pas de parallélisme vrai, mais du retentissement de l'un des facteurs sur l'autre, sans réciprocité.

Masse sanguine et pression du liquide céphalo-rachidien. — De même que la stase veineuse, la masse sanguine retentit

(1) R. Benon. L'amnésie dans la paralysie générale, *Gaz. des hôpit.*, 1911. 5 août (la forme asthénique de la paralysie générale), p. 1318; — La forme asthénique de la paralysie générale, *Rev. de méd.*, 1913, 18 août (en collaboration avec H. Cier). — Pour la bibliographie, voir ce dernier article.

sur la pression du liquide céphalo-rachidien, et ce sont ces variations de la masse sanguine qui expliquent, pour MM. A. TZANCK et P. RENAULT, les phénomènes décrits par Weed et Mac Kibben (variations de la tension du liquide céphalo-rachidien sous l'influence d'injections hyper ou hypotoniques).

En effet, de récents travaux de Wollheim et Brandt montrent que ces mêmes injections peuvent amener des variations importantes de la masse sanguine; d'autre part, Tzanck et Renault ont montré que chez l'animal la saignée abaisse la tension céphalo-rachidienne et la transfusion la relève d'autant. Sur l'homme, les auteurs ont retrouvé les mêmes fluctuations suivant ces variations quasi-expérimentales de la masse sanguine.

Dès lors, se trouve expliqué le retentissement des injections intraveineuses hyper ou hypotoniques en pression sur du liquide céphalo-rachidien par l'intermédiaire de la masse sanguine.

Maladie de Raynaud avec infection grippale antérieure. — M. ISAAC-GEORGES rapporte deux observations de syndrome de Raynaud avec, à l'origine, un état grippal fébrile accompagné d'arthralgies. Si la syphilis peut être retrouvée comme cause dans 50 p. 100 environ des cas de maladie de Raynaud, pour les autres l'auteur a souvent noté un épisode fébrile à l'origine, comme dans les deux cas qu'il signale.

Traitement de certaines affections des muqueuses buccales, en particulier de la leucoplasie, par la cryothérapie. — M. LORTAT-JACOB signale les bons effets de la cryothérapie dans le traitement de la leucoplasie.

M. LABBÉ signale avoir noté la disparition de la leucoplasie dans certains cas, par un traitement arséno-benzolique. Il rappelle qu'il existe certaines leucoplasies non syphilitiques.

M. FLANDIN considère qu'il faut être très prudent avant d'affirmer qu'une leucoplasie n'est pas syphilitique. Quand le diagnostic de leucoplasie est certain et qu'il ne s'agit pas de lichen-plan ou d'atrophie de la muqueuse linguale, il s'agit certainement de syphilis, et au point de vue thérapeutique l'auteur a vu souvent des leucoplasies améliorées par l'arsenic, le bismuth et même le mercure.

M. MILIAN considère que s'il existe une leucoplasie, non syphilitique, qu'on observe chez les fumeurs, dans l'immense majorité des cas, il s'agit de syphilis. D'ailleurs, l'évolution de la plaque leucoplasique, qui s'accompagne souvent d'ulcération, prouve la nature syphilitique puisque les ulcérations guérissent très bien par le traitement.

Pour guérir toute leucoplasie, il faut un traitement prolongé, mais quand la sclérose est définitive, la cryothérapie paraît être un procédé de choix.

Rôle de l'action hypothermisante de l'azotémie sur la courbe thermique de la spirochétose ictérigène. Recrudescence fébrile et rechute hypothermique. — MM. Etienne BERNARD et GILBERT-DREYFUS rapportent l'observation d'un malade de cinquante et un ans, atteint de spirochétose à évolution grave mais terminée par la guérison. L'étude de la courbe thermique montre, après la fièvre du début, une phase d'hypothermie, une recrudescence fébrile; une deuxième phase d'hypothermie, puis une température un peu au-dessus de la normale jusqu'à la guérison. Pendant la phase classique d'apyrexie, le taux de l'urée sanguine a atteint 4g20; il s'est abaissé à 0,65 pendant la recrudescence fébrile, s'est relevé à 2,12 lors de la deuxième phase d'hypothermie, est revenu ensuite à la normale. Il y a donc sur la figure représentant les tracés de la température et de l'azotémie des courbes absolument inverses.

Cette observation vient à l'appui des travaux du professeur Lemierre sur l'action hypothermisante de l'azotémie. Au cours des spirochétoses mortelles les malades meurent en hypothermie tandis que le taux de l'urée sanguine ne cesse de s'élever. Dans les formes destinées à la guérison le début de la courbe thermique est le même, mais la température se relève au moment où cesse l'azotémie.

Le tracé thermique au cours de la spirochétose n'a pas un caractère spécifique définissant l'espèce morbide. C'est une courbe de maladie infectieuse poussée à un moment par l'action de l'azotémie sur les centres thermo-régulateurs. La recrudescence fébrile n'est rien de plus que la continuation momentanément différée de cette courbe.

Dans l'observation des auteurs la recrudescence fébrile a été suivie d'une courte phase d'hypothermie due à une nouvelle ascension de l'urée sanguine; en même temps les signes cliniques se sont aggravés, donnant lieu à une véritable rechute en hypothermie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1927)

Constitution d'un nouveau régime artificiel pour l'étude du rachitisme expérimental. — Mme L. RANDOIN et M. R. LECOQ proposent le nouveau régime rachitigène ci-après (*régime RL*) :

Peptone de viande	17
Levure de bière sèche pulvérisée	3
Graisse de beurre	5
Huile d'olives	5
Saccharose	65
Mélange salin Z 84 de Pappenheimer	4
Lactate de chaux	1
Papier filtre	*ad libitum*

Ce régime produit (en vingt jours chez des rats de 30-45 grammes, en trente-quarante jours chez des rats de 60-70 grammes), un rachitisme net qui peut être caractérisé par les signes habituels : élargissement du cartilage de la zone tibiale, chapelet chondro-costal, aplatissement du thorax, cyphose, etc...

Sur quelques réflexes respiratoires chez les poissons. — MM. Léon BINET et H. CARDOT montrent, par des expériences effectuées sur des poissons du genre *Gobius* et *Serranus*, que des excitations de la muqueuse buccale modifient, par voie réflexe, les phénomènes mécaniques de la respiration. Ils insistent sur ce fait que, chez un poisson sorti de l'eau depuis assez longtemps pour que la respiration ait cessé, l'excitation de la bouche à l'aide des deux branches d'une pince, rappelle les mouvements respiratoires pendant quelques instants.

Action hydratante de l'ion Na et cataphorèse. — M. A. ZIMMERN. Le rôle hydropigène que de plus en plus on tend à attribuer à l'ion Na dans la pathogénie des œdèmes se laisse identifier avec le phénomène d'imbibition que l'on observe à l'électrode négative au cours des applications du courant continu et qui se retrouve dans les caractères de l'escarre négative dans l'électrolyse de la peau.

Depuis Dubois-Reymond on pensait que cette imbibition était due à la cataphorèse. Mais les lois physiques de la cataphorèse ne s'accordent pas avec le phénomène. Il n'est pas douteux que l'imbibition cathodique relève de la propriété hydrophile de l'ion Na et elle en démontre le bien-fondé.

Action du thorium sur la fixation du phosphore minéral dans l'organisme. — M. H. DORLENCOURT. L'ingestion répétée de thorium chez les jeunes animaux en période de croissance entrave de façon élective la fixation du phosphore salin au niveau du tissu osseux. Après trente jours d'expérience, la proportion de phosphore présente dans les os peut être inférieure de 30 p. 100 à celle trouvée chez les animaux témoins. Cette action dystrophiante est élective; les autres constituants et notamment le calcium restent normaux, il est important de

noter que cette hypophosphatie osseuse ne s'accompagne d'aucune modification histologique notable de l'os.

M. Pagniez, président, prononce l'éloge funèbre de Mme Dejerine.

(Séance du 12 novembre 1927)

Recherches sur l'action préventive et curative de l'anatoxine tétanique. — M. Chr. Zœller a étudié l'action préventive locale de l'anatoxine tétanique. Il montre que l'anatoxine, dérivée d'un filtrat de culture de bacille tétanique, n'arrive pas à saturer les tissus réceptifs par une action rapide d'immunité locale. Elle n'exerce d'effet préventif qu'en fonction de l'antitoxine dont elle provoque l'apparition lente et progressive.

Après une injection massive de toxine tétanique à des cobayes en cours d'immunisation, certains cobayes ne présentent aucun symptôme tétanique, d'autres font du tétanos local sur lequel une nouvelle injection d'anatoxine n'exerce pas d'action curative. Une fois le tétanos déclaré il ne semble pas que l'anatoxine puisse exercer à l'égard de la toxine fixée sur les éléments nerveux une action substitutive.

Ces constatations sont à rapprocher des faits analogues apportés par l'auteur dans l'emploi de l'anatoxine diphtérique.

Synergie des anticorps. — MM. M. Weinberg et J. Barotte ont observé que le taux de l'agglutination d'un sérum spécifique est différent, selon qu'il est déterminé avec une culture diluée ou avec les microbes seuls. En cherchant la cause de ce gain considérable, en rapidité et en intensité, de l'agglutination observée avec la culture dilué, ils ont constaté qu'il n'est réalisé qu'en présence des produits solubles de la culture; il reparaît, lorsqu'on ajoute à une émulsion microbienne une petite quantité de toxine centrifugée.

Ainsi, lorsqu'on fait agir un sérum à la fois antitoxique et antimicrobien sur la culture diluée, on met en œuvre non seulement les agglutinioses, mais aussi les précipitioses et c'est l'action conjuguée de ces deux anticorps qui renforce et multiplie de façon considérable l'effet de leurs différentes propriétés spécifiques. Il s'agit donc d'une véritable synergie des anticorps.

D'ailleurs, Weinberg et Barotte ont réussi une contre-épreuve qui confirme leur hypothèse : les sérums antitoxiques qui floculent très difficilement en présence de la toxine correspondante, donnent une floculation très nette lorsqu'on ajoute au mélange toxine + sérum une quantité minime de corps microbiens.

Sérums antitoxiques, sérums antimicrobiens. — MM. M. Weinberg et J. Barotte ont observé que les sérums antitoxiques préparés par des injections au cheval de toxines filtrées sont quelquefois très agglutinants. D'autre part, les sérums antimicrobiens préparés avec des corps microbiens centrifugés, présentent un pouvoir antitoxique très net.

Ce fait s'explique d'une part par la présence constante d'une certaine quantité de toxine dans les corps microbiens séparés de leur culture et, d'autre part, par l'existence dans la toxine filtrée de produits de désintégration des corps microbiens.

Au point de vue absolu, il n'existe donc pas de sérum exclusivement antitoxique ni de sérum exclusivement antimicrobien.

MM. Laugier et Rizzolo ont étudié l'**action de la nicotine sur l'excitabilité de l'écorce cérébrale.** Les premières applications déterminent une diminution, les applications plus prolongées, une augmentation de la chronaxie. Ces résultats permettent de trancher la question de savoir si l'écorce grise est excitable ou si l'on excite seulement la substance blanche à travers l'écorce. Il existe donc une excitabilité propre de la substance grise.

Élection. — M. Strohl est nommé membre titulaire par 35 voix.

M. Pagniez prononce l'éloge funèbre de M. Laguesse.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX

Par M. J.-A. Sicard.

Cet article publié par la *Gazette des hôpitaux* est un « à côté » de la Médecine scientifique. Mais la vie scientifique fait partie si intégrante de nos Sociétés savantes et de leur recrutement que nul d'entre nous n'a le droit de se désintéresser de cette question si importante des concours.

J'ai cru devoir proposer à notre bureau trois projets de modifications ou de réformes. Je ne doute pas que l'évolution des idées ne se fasse progressivement et que telles rectifications, d'application très facile (par exemple celles concernant le premier projet) ne soient tôt ou tard acceptées et ne constituent la première étape d'une réforme plus radicale.

Voici les trois projets auxquels je fais allusion.

Premier projet (*admissibilité anonyme et admission non anonyme*). — Maintien du système actuel (*admissibilité anonyme et admission*) avec les quelques modifications suivantes :

a. Obligation de deux admissibilités pour concourir à l'admission;

b. Les juges désignés pour participer au concours ne pourront plus résilier leur nomination, à moins de motif précis. S'ils refusent sans cause plausible, leur nom ne sera remis dans l'urne qu'après un délai de quatre années environ;

c. De même, ceux qui auront pris part au concours d'admission ne pourront faire partie d'un nouveau jury avant un laps de temps d'une durée également de trois à quatre années. Dans ces conditions, le hasard sera moins aveugle. Le sort dans sa fantaisie ne pourra plus favoriser les mêmes juges tous les deux ans ou tenir écartés du concours indéfiniment certains de nos collègues, quelques-uns d'entre nous n'ont pas siégé depuis la guerre.

Ces modifications seront évidemment heureuses, mais ne remédieront que bien imparfaitement aux graves torts qui incomberont toujours au hasard même corrigé dans la mesure du possible et à ses conséquences. Bien plus, tel candidat qui aura eu le malheur de voir disparaître un ou deux de ses maîtres, se verra à jamais fermer les portes du médicat des hôpitaux.

En réalité il n'est que deux solutions logiques :

1° L'élection après admissibilité anonyme;

2° Ou l'anonymat jusqu'au bout.

Deuxième projet (*admissibilité anonyme et élection à bulletin secret*). — I. Deux admissibilités (l'admissibilité demeurant celle du programme actuel), mais l'admission serait assurée dans les conditions suivantes :

II. L'admission serait faite par élection sur jugement des titres des candidats. Une notice résumée des titres de chaque candidat serait remise à tous les membres de la Société avant le concours. Puis trente membres de notre Société parmi l'ensemble de nos collègues (honoraires, titulaires, et bureau central) seraient tirés au sort et *se réuniraient aussitôt, séance tenante*, votant au bulletin secret. Il ne me semble pas qu'il y ait intérêt à proposer un jury très étendu (comme la Société médicale tout entière ou un jury très restreint de cinq à six membres), par exemple.

A ce second projet plusieurs avantages.

Les candidats après leurs deux admissibilités auraient tout loisir pour travailler, et se faire connaître par leurs études ou leurs communications devant notre Société.

Il existerait également pour eux une garantie plus grande de justice et d'équité, car le tirage au sort élargi par trente noms, ainsi que le vote secret émis séance tenante neutraliseraient, dans une certaine mesure, la part vraiment trop grande du hasard dans nos concours.

Enfin, pour juges et candidats : grande économie de temps puisque une courte séance d'une heure environ remplacerait les dix ou douze matinées ou après-midi consacrées jusqu'ici au concours d'admission.

L'élection, dans ces conditions, malgré ses imperfections, et la part restant évidente du hasard favorisant tel ou tel candidat, offrira cependant plus de surface morale que n'en présente le concours actuel. Ce sera au moins une élection franche comme il s'en fait couramment à la Société de neurologie, de biologie, aux Académies, etc., et non pas une élection déguisée sous les apparences d'un concours.

***

Troisième projet (*anonymat complet, jusqu'au bout*). — Ce sont les épreuves anonymes qui décident de l'admissibilité et de l'admission.

Mais la mise en œuvre du concours ne permet pas *pratiquement* de séparer celui-ci en deux échelons distincts : admissibilité et admission.

En effet, pour qu'un concours anonyme soit juste et strictement anonyme, deux conditions sont nécessaires : nombreuses épreuves et nombreux candidats. Or, il est évident que le second concours d'admission anonyme ne remplirait pas ces conditions. Il serait, en effet, impossible de faire subir à tous les candidats, au nombre de vingt par exemple, leur épreuve dans la même séance (vingt épreuves de un quart d'heure plus trois quarts d'heure de rédaction plus la lecture), ce qui ferait avec le temps perdu et la délibération du jury pour chaque candidat, près de sept à huit heures de séance consécutive : c'est là une impossibilité matérielle.

Il est donc nécessaire de fusionner en un même groupement les deux concours actuels d'admissibilité et d'admission pour n'en faire qu'un seul : *concours à six épreuves anonymes*, deux épreuves théoriques et quatre épreuves cliniques.

Dans ce but, il est très simple d'ajouter à l'admissibilité anonyme actuelle, les deux épreuves de malades du concours d'admission en décrétant que cette épreuve sera également anonyme.

Donc, le concours fusionné anonyme comprendra deux épreuves théoriques (comme pour le concours actuel d'admissibilité qui a toujours fonctionné à la satisfaction de tous, juges et candidats) et quatre épreuves de malades (également comme dans le concours actuel, admissibilité et admission).

Pour éviter la trop longue durée des épreuves supportées par un même jury, on désignerait successivement trois jurys. Un premier jury de dix membres entendrait réuni la lecture des épreuves théoriques.

Puis un second jury de dix membres serait préposé aux épreuves pratiques des deux premiers malades, pour l'ensemble des candidats.

Enfin, un troisième jury de dix membres également serait affecté aux deux dernières épreuves cliniques, toujours pour l'ensemble des candidats.

Ce serait, en somme, le même programme que pour le concours actuel d'admissibilité et d'admission, mais fusionné en un seul concours anonyme.

Chacun des candidats qui aurait satisfait à *deux de ces concours* figurerait sur une liste transmise à l'administration. Le rang de nomination serait déterminé par la date et la moyenne des classements des candidats.

Cette liste serait transmise à la Société médicale des hôpitaux qui examinerait, dans une séance secrète, la valeur morale des candidats présentés qui pourrait opposer son véto à celui qu'elle jugerait « indésirable ». Cette décision serait prise à la majorité des deux tiers.

Ce troisième projet paraît réaliser le maximum d'effort pratique et de justice.

Il ne demande au candidat que les connaissances théoriques indispensables, il le libère rapidement tout comme dans l'épreuve d'admissibilité actuelle de tout bachotage et lui permet de poursuivre, en toute indépendance, des travaux scientifiques personnels. Il double *l'importance de l'épreuve pratique du malade*. L'anonymat stricte annule la part du hasard et donne la place au plus méritant.

Critiques de ce troisième projet (anonymat jusqu'au bout). — Quelles critiques peut-on lui adresser.

Première critique. — De méconnaître le candidat qui ne pourrait, à cause de l'anonymat, s'imposer à tous par une découverte éclatante. Mais nous savons que les découvertes éclatantes, au sortir de l'internat, sont malheureusement bien rares.

Deuxième critique. — Les médecins des hôpitaux perdront toute influence personnelle sur les candidats. Désormais, ceux-ci ne travailleraient plus avec nous, puisque nous ne serons plus aptes à les « soutenir » dans les concours. Erreur profonde. Tout candidat persistera à choisir les services les plus actifs, ceux où il saura trouver les éléments de travail et de recherche les plus propices à son instruction. La même collaboration fructueuse persistera entre maître et élève. Et je suis bien sûr que parmi les premiers élus à l'anonymat complet, se trouveront encore les élèves de nos grands maîtres qui ont su faire école.

Troisième critique. — Les juges n'ayant plus aucun intérêt à juger des épreuves anonymes, siégeront sans enthousiasme et il sera difficile d'assurer le recrutement du jury. Mais c'est là une simple formalité qu'il sera facile d'aplanir entre l'Assistance publique et notre Société, entre nos jeunes collègues, et nos collègues plus âgés.

La désignation de jurys successifs réduira, du reste, la tâche des juges.

Quatrième critique. — Un candidat jugé indésirable moralement pourrait, sous le couvert de l'anonymat, se glisser dans notre Société. Mais la Société médicale aura droit de regard sur la liste de présentation (voir plus haut). Il faut noter, du reste, que cette mesure d'exclusion ne sera à peu près jamais appliquée, tout candidat ayant entrevu la possibilité d'être exclu préférera certes ne pas risquer cet échec et renoncera à se faire inscrire.

Avantages de ce troisième projet anonyme. — 1° Pour les candidats : garantie d'équité et de justice.

2° Pour les travaux scientifiques : aucune surcharge de travail théorique. Les épreuves théoriques restent les mêmes que celles qui ont été unanimement approuvées jusqu'ici par l'ensemble des candidats et des juges. Et les épreuves pratiques de consultation de malades également.

On ne peut médire de celles-ci (quatre épreuves pratiques) puisque de tels diagnostics cliniques sont la *vraie* raison d'être du médecin d'hôpital. Par conséquent, jusqu'à leur nomination définitive nos futurs collègues pourront avoir tout loisir pour mener à bien leurs travaux scientifiques et s'exercer aux diagnostics cliniques.

3° Pour les juges : inutile d'insister. Ils ne connaîtront plus les démarches incessantes, les visites répétées, la rivalité des élèves. Et nous éviterons entre nous les heurts pénibles, les discussions regrettables et les rancunes que nous avons vu hélas trop souvent persister.

En ce qui concerne la période de transition pour les mono-admissibles et les bi-admissibles actuels, aucune difficulté dans le second projet puisqu'il s'agit d'une élection.

Il n'en est pas de même dans le troisième projet anonyme.

Il serait alors juste de conférer aux mono-admissibles le bénéfice d'*un* concours anonyme complet. Ils n'auraient plus ensuite qu'à satisfaire à leur second concours anonyme complet (c'est-à-dire à deux épreuves théoriques et quatre épreuves pratiques de malades).

En ce qui concerne les bi-admissibles, ils seraient évidemment dispensés de toute copie théorique (puisqu'ils ont leurs deux admissibilités antérieures, et qu'ils ont déjà subi, de ce fait, quatre épreuves théoriques). Mais ils auraient à satisfaire encore à deux nouvelles épreuves pratiques de malades avant leur admission définitive.

Comme compensation aux échecs que le tirage au sort du jury leur a fait subir auparavant il ne serait que justice de leur assurer (aux bi-admissibles) pour la partie théorique et l'épreuve des deux « malades » dont ils seraient dispensés (voir plus haut) une note égale à celle obtenue par le candidat le plus favorisé dans cette même partie théorique et clinique du nouveau concours. Si, par exemple, un des candidats inscrit au concours nouveau obtient aux épreuves théoriques et cliniques la note 19 (sur 20), chiffre le plus élevé de la série, on donnera à tous les bi-admissibles de la période de transition (une dizaine environ) cette même cote 19 + 19 qui viendra s'ajouter aux notes plus ou moins hautes ou basses qu'ils pourront acquérir lors des épreuves pratiques des deux malades.

On voit que toute garantie de justice serait ainsi égalment assurée aux nouveaux candidats (non mono ou bi-admissibles antérieurement).

*
* *

Tels sont les trois projets qui pourraient être discutés par nos collègues. Mais je ne pense pas, pour ma part, que le concours de médecin des hôpitaux puisse subsister, tel quel, sans modifications (1).

LIVRES NOUVEAUX

Introduction à l'étude de la prothèse fixe (2),
par le docteur R. DUCHANGE.

La collection des études publiées sous la direction du docteur Herpin vient de s'augmenter d'un nouveau volume du docteur Duchange qui est consacré à l'étude de la prothèse fixe.

L'auteur établit que la prothèse n'est pas une simple œuvre technique, elle pose une foule de problèmes parce qu'elle comprend diverses branches : orthognatie, orthodontie, prothèse mobile, problème fixe. Tous ces problèmes nécessitent des connaissances générales étendues. Le dentiste ne construit pas comme un architecte sur des bases solides, il doit tenir compte de multiples faits anatomiques, physiologiques ou pathologiques. Le livre du docteur Duchange montre une fois de plus que pour faire œuvre utile le dentiste doit être d'abord un médecin.

L. G.

(1) Il ne paraît pas douteux qu'à l'avenir la Société médicale doive se scinder en plusieurs sections, avec anonymat ou élection sur titres spéciaux, pour chacune de ses sections. Ce qui a fait notre force jadis peut devenir pour nous maintenant une cause de faiblesse, depuis l'évolution rapide des sciences médicales, et il serait souhaitable que nos jeunes futurs collègues sachent dès leurs premières années d'internat qu'il leur sera réservé tant de places en cardiologie, dermatologie, gastro-entérologie, neurologie, pédiatrie, phtisiologie, etc. Il est, en effet, bien difficile à l'esprit médical de produire scientifiquement s'il ne limite pas son labeur.

(2) Editions de la *Semaine dentaire*, 12, rue de Hanovre, Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ADÉNOPATHIES INGUINALES[1]

Un chancre mou. — L'ulcération est bien particulière.

L'*adénite*, suppure en masse, se fistulise, *ulcération qui se chancrellise* et présente des bords taillés à pic rougis.

La suppuration est abondante.

La recherche du bacille de Ducret positive.

Une ulcération blennorragique du prépuce ou du gland infect.

L'*adénite* à type inflammatoire simple ne suppure pas

La recherche du gonoccoque dans le pus est positive.

Mais il est des cas où en présence d'une érosion le *diagnostic clinique est impossible*, seule la recherche du *tréponéma*, du bacille de Ducret ou du gono permet le diagnostic; d'autant plus que les lésions peuvent être associées.

Un cancer cutané, de la *verge*, du *scrotum*, de l'*anus* est facile à reconnaître, les *ganglions* sont petits, durs, indolents, roulent sous les doigts.

B. Parfois la porte d'entrée est si minime qu'elle peut passer inaperçue, aussi faut-il toujours penser alors à :

La *lymphogranulomatose subaiguë* ou peradénolymphile suppurée.

L'affection évolue de façon subaiguë.

L'*adénite* est souvent le premier symptôme, forme une *tumeur dure, bosselée*, peu douloureuse formée par la symphyse de plusieurs ganglions. Sa peau est normale; mais l'on perçoit au-dessus de l'arcade de grosses masses ganglionnaires se développant dans la fosse iliaque correspondante.

Souvent les ganglions du côté opposé sont légèrement hypertrophiés, parfois même l'on trouve des ganglions cervicaux et épitrochléens.

Les *phénomènes généraux*, bien que légers, sont constants.

Lassitude, malaise.

Température à 38 degrés.

Augmentation légère du foie et de la rate.

Sa porte d'entrée minime n'est souvent qu'une érosion simple du prépuce ou du gland.

Évolution. — Parfois l'évolution lente aboutit à la **résorption spontanée**.

— Plus souvent au bout de plusieurs semaines survient la **suppuration**, qui aboutit à la formation de *multiples petits abcès intraganglionnaires*, indépendants, qui ne se fusionnent jamais et *se fistulisent chacun pour leur propre compte.*

Il s'écoule bientôt une *sérosité jaune* « sucre d'orge ».

La péri-adénite suppurée n'est pas constante.

Les adénopathies iliaques ne suppurent jamais.

Les fistules persistent longtemps. — A la longue se produit un *tissu de sclérose* et progressivement se tarit la suppuration.

L'examen du sang. — *Une augmentation globale du nombre des globules blancs*, 10.000 avec prédominance des grands et des moyens mous.

L'examen du pus ne montre rien de caractéristique. *Jamais par examen, culture, inoculation, l'on n'a pu déceler un germe.*

L'examen des ganglions, enlevés chirurgicalement

Montre l'existence de petits abcès intra-ganglionnaires avec grosse réaction fibreuse.

La réaction de Wassermann se montre toujours négative.

C. En l'absence de toute porte d'entrée, l'on pourra penser à

Adénite tuberculeuse. — Mais elle est rarement isolée, l'adénopathie est plus souvent diffuse et prédomine au cou.

L'évolution se fait généralement vers l'abcès froid et la fistulisation.

Lymphadénome ou lymphosarcome. — La première : formant une énorme masse dure, localisée, diffusant peu, se généralisant tardivement.

Le second : une tumeur volumineuse, évoluant à la façon d'une tumeur maligne avec *ulcération* cutanée, métastase et généralisation.

D. Enfin, il est deux affections qui ne peuvent être discutées que dans des cas exceptionnels :

L'adénite filarienne. — Formant une tumeur molle, indolente, évoluant lentement pendant des années, envahissant à la longue le lymphatique du cordon,

L'adénite pesteuse ou peste bubonique.

La gravité de l'état général,

L'aspect typhique, la céphalée,

Les hémorragies permettent, avec la recherche du bacille, de faire le diagnostic.

B. ADÉNITES DIFFUSES

Soulèvent des problèmes différents.

Elles s'accompagnent souvent de modification du sang et de la rate, qu'il faut toujours rechercher systématiquement en se basant sur ces trois symptômes, *adénite, grosse rate, leucocytose.* L'on peut le diviser en trois groupes :

1. L'adénite diffuse s'accompagnant de *grosse rate* et de *leucocytose sanguine* (atteignant jusqu'à 40.000) répond à une **leucémie lymphoïde chronique**.

2. L'adénite diffuse s'accompagnant de *grosse rate* et *sans leucocytose ou leucocytose faible* doit faire discuter

Une lymphénie aleucémique.

Une granulamatose maligne, ou **maladie de Hodgkin.**

3. Enfin, l'adénite diffuse simple, *sans grosse rate*, sans *modifications de la formule sanguine*, doit faire penser

1. **A la tuberculose.** — Qu'il s'agisse *d'une micropolyadénopathie*,

D'une polyadénopathie, avec ganglion par place suppuré,

D'une lymphadénie syphilitique, avec gros ganglions, arrondis, peu douloureux, évoluant lentement et insidieusement.

L'état général, l'amaigrissement, la coexistence d'autre lésion tuberculeux aideront au diagnostic.

2. **A la syphilis.** — *Soit à la syphilis secondaire*; outre les autres accidents, roséole, plaque muqueuse, l'on trouve une polyadénopathie diffuse,

Soit à la syphilis tertiaire. Lymphadénie syphilitique, avec gros ganglions, qui disparaissent rapidement sous l'influence du traitement.

Chez l'enfant.

L'adénopathie inguinale est plus rare. Et en dehors des *adénites inflammatoires banales*, il faudra surtout penser

— *A la tuberculose.*

— *A la syphilis héréditaire.*

Tels sont les multiples problèmes que peut soulever le diagnostic des adénopathies inguinales. Etablir de façon certaine la nature étiologique de l'affection a une importance capitale pour le traitement qui, suivant les cas, pourra être

Médical, héliothérapique,

Chirurgical ou même rœntgenthérapique.

(1) Fin. — Voir *Gaz des hôpit.*, 1927, n° 92, p. 1518.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 21 novembre. — Questions données : « Hémiplégie syphilitique. Symptômes et diagnostic. — Signes et diagnostic de la tumeur blanche du genou. »

M. Roquejeoffre, 21 ; Mlle Cligny, 17 ; MM. Segrestaa, 20 ; Rudaux, 24 ; Palmer, 22 ; Jullien, 25 ; Fayot et Jehiel, 26 ; Griveaud, 17 ; Bosquet, 24.

Séance du 23 novembre. — Questions données : « Accidents de la sérothérapie. Symptômes, diagnostic, prophylaxie, sans la pathogénie. — Signes, formes cliniques et diagnostic des cancers de la langue. »

Mlle Bizou, 19 ; MM. Benassy, 21 ; Gabriel, 22 ; Milhiel, 25 ; Horovitz, 22 ; Deslandre, 19 ; Le Baron, 27 ; Marie, 21 ; Gaudin, 10 ; Bompard, 22.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Après concours ont été nommés :

Internes en médecine : MM. Mattei, Raffray, Diais, Crémet, Baron, Pasquereau.

Internes provisoires : MM. Linval, Rouault, Veyrac.

Externes : MM. Charbonnel, de Paulo, Lécuyer, Odiette, Le Jemble de la Hussaire, de Ferron, Hubert, Artarit, Bertreux, Denys, Auvynet, Poisbeau, Dubreil, Babin-Chevaye, Doucet, Frappier, Criou, Duret, Mlle Simonneau, M. Potier.

Internes en pharmacie : Mlles Pelletier et Le Bras.

Internes provisoires : MM. Delpirou, Bordron, Mlle Briton.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Agrégation. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en date du 21 novembre 1927, sont nommés, pour une période de neuf ans à compter du 1er décembre 1927, agrégés près les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie des universités de Paris et des départements ci-après désignés (emplois vacants) :

Faculté de médecine de Paris. — Neurologie et psychiatrie : M. Alajouanine.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger. — Histologie : M. Courrier.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Anatomie : M. Dubecq.

Faculté de médecine de Montpellier. — Médecine : M. Boulet.

Faculté de médecine de Nancy. — Physiologie : M. Santenoise. (*J. O.*, 22 nov. 1927.)

— Paris. — *Les nouveaux laboratoires de physiologie expérimentale.* — Le ministre de l'Instruction publique a inauguré mercredi les nouveaux laboratoires de physiologie de la Faculté. Ces laboratoires s'élèvent dans un vaste terrain contigu à l'hôpital franco-brésilien de la rue de Vaugirard. Ils sont rattachés à la chaire de physiologie expérimentale et sont dirigés par M. Santenoise.

M. le doyen Roger, en recevant le Ministre, a remercié le généreux anonyme dont les libéralités ont permis cette création, et il a exprimé le vœu que d'autres donateurs suivent son exemple et fournissent à la Faculté les moyens de rétribuer convenablement les jeunes savants désirant consacrer leur vie à des recherches scientifiques.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rennes. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de l'Université de Rennes s'ouvrira, le 1er juin 1928, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

PRÉFECTURE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Un concours pour deux places d'internes titulaires en pharmacie des asiles publics d'aliénés de la Seine et de l'hospice Paul Brousse, à Villejuif, et la désignation d'internes provisoires s'ouvrira à Paris le lundi 9 janvier 1928. Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau, escalier A, 2e étage, porte 227), tous les jours (dimanches et fêtes exceptés), de 10 à 17 h., du 9 au 25 décembre 1927.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur O'Followell, médecin assermenté au ministère des Pensions.

ÉCOLE DE SÉROLOGIE DE LA FACULTÉ DE PARIS. — ENSEIGNEMENT DONNANT LIEU A L'ATTRIBUTION DU DIPLÔME DE SÉROLOGIE DE L'UNIVERSITÉ. — Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Sicard de Plauzoles, directeur de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe).

INSTITUT DE CRIMINOLOGIE (placé sous la direction scientifique de la Faculté de droit et de la Faculté de médecine, conformément à l'art. 1er du décret du 26 juillet 1922). — L'ouverture des cours a eu lieu le mardi 22 novembre 1927.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Bonhommet (de Nantes), Firmin Méplain (de Moulins), Louis Richaud (à Manosque), Vincent Ramaroni (de Bastia).

CHRONIQUE

LE CENTENAIRE DE VILLEMIN A NANCY

Les cérémonies du Centenaire de Villemin, commencées dans le village lorrain de Prey où il naquit le 24 janvier 1827, continuées au Val-de-Grâce où il professa, se sont terminées le 10 novembre dernier à Nancy où l'hôpital spécial pour tuberculeux et le Dispensaire antituberculeux portent son nom. Une plaque érigée « à la mémoire de Villemin, Jean-Antoine, médecin inspecteur de l'armée, professeur au Val-de-Grâce » et rappelant que « la science et l'humanité lui doivent la découverte de l'inoculabilité et la contagiosité de la tuberculose », y a été solennellement remise à la Commission des hospices de Nancy.

La cérémonie, placée sous la présidence effective de M. le médecin inspecteur Savornin, directeur du Service de santé de l'armée au ministère de la Guerre, qu'accompagnaient ses adjoints MM. les médecins principaux Lévy et Carayon, avait réuni dans la galerie couverte de l'hôpital-sanatorium Villemin, outre M. le doyen Spillmann et la plupart des professeurs de la Faculté de médecine, MM. Roblot, secrétaire général de la Préfecture de Meurthe-et-Moselle; Houot, premier adjoint au maire; le général Penet, commandant le 20e C. A.; le recteur Adam; le médecin inspecteur Saint-Paul et de nombreux médecins militaires de Nancy et de la région; le doyen Bruntz, de la Faculté de pharmacie; M. Guinier, directeur de l'Ecole forestière; M. Gauguery, directeur des services administratifs des hospices civils de Nancy; Mme la Supérieure de l'hôpital Villemin; des délégations des élèves de l'Ecole de santé militaire et de l'Ecole régionale d'infirmières, de nombreux étudiants en médecine.

M. le doyen Spillmann prit le premier la parole; il indiqua dans quelles conditions fut décidée à Nancy, il y a vingt-trois ans, sous l'inspiration de MM. le doyen Gross et le professeur Bernheim, la construction d'un hôpital pour tuberculeux; en raison des liens qui rattachent Villemin à la Lorraine et à Nancy, il était tout naturel que cet hôpital portât son nom.

Cet établissement, placé sous l'égide de l'ancien professeur au Val-de-Grâce, fut d'ailleurs utilisé, à peine terminé, au cours de la dernière guerre, comme hôpital de contagion; et c'est pour M. le doyen Spillmann l'occasion de rappeler le rôle qu'y joua alors le regretté professeur Haushalter. Après avoir salué M. le médecin inspecteur Savornin, M. le doyen Spillmann confie la garde de la plaque commémorative à la Commission des hospices, représentée par M. le professeur Weiss, dont M. Spillmann exalte les brillants services pendant la dernière guerre.

M. le recteur Adam, parlant au nom de l'Université de Nancy, signale que dès l'inauguration du monument Villemin à Bruyères en 1894, l'Université et la Faculté de médecine de Nancy tinrent à s'y faire représenter. M. le Recteur évoque à ce propos le souvenir des professeurs Paul Spillmann, Bernheim, Hergott, les efforts de MM. Paul Spillmann et Gross pour doter Nancy du sanatorium de Lay Saint-Christophe et de l'hôpital Villemin; et il associe l'Université de Nancy à l'hommage aujourd'hui rendu à Villemin.

M. le professeur Weiss reçoit le monument commémoratif au nom de la Commission des hospices. Saluant M. le médecin inspecteur Savornin, M. Weiss célèbre l'attachement qui unit médecins militaires et civils et aussi le rôle de l'Ecole du Val-de-Grâce, véritable pépinière de savants; il dit tout l'honneur que ressent la Commission des hospices d'être le dépositaire de la plaque rappelant le souvenir de Villemin.

M. le médecin inspecteur Savornin déclare qu'il convenait qu'un hommage particulier fût rendu à Villemin, fils d'un laboureur de Frey, dans la ville natale de Drouot, fils d'un boulanger nancéen; c'est par un heureux parallèle entre le « sage de la grande armée » et le savant dont on célèbre aujourd'hui la mémoire que M. Savornin commence son allocution. Il dit ensuite combien Nancy et le département de Meurthe-et-Moselle peuvent être cités en exemple sous le rapport de l'hygiène sociale; il semble qu'en Lorraine, où toujours la vie fut en danger, on sente mieux le prix d'une seule existence arrachée à la mort. Après une allusion à l'attribution récente de la Croix de guerre à l'Université de Nancy, M. Savornin exalte la mémoire des professeurs Tourdes, Bernheim, Heydenreich et des disparus d'hier : MM. les professeurs Haushalter, Vautrin, Hergott et Gross, « images des vertus médicales et professorales », dont la génération actuelle continue les efforts.

Il se félicite lui aussi de l'union entre médecins civils et militaires; « c'est, dit-il en terminant, une seule grande famille médicale française, animée d'un même esprit de solidarité ».

Au cours de son séjour à Nancy, M. le médecin inspecteur Savornin a en outre visité la Faculté de médecine, divers établissements des hospices civils de Nancy au nombre desquels les hôpitaux Fournier et Maringer, l'hôpital et le dispensaire Villemin, enfin l'hôpital militaire Sédillot, qu'il inspecta en détails sous la conduite du médecin chef, M. le médecin principal du Roselle.

L. M.

REVUE GÉNÉRALE

CE QUE TOUT MÉDECIN DOIT SAVOIR

DE LA LOI DU 31 MARS 1919 SUR LES PENSIONS MILITAIRES D'INVALIDITÉ (1)

Par le docteur E. CONTET.

C. **Les taux des pensions de la loi du 31 mars 1919.** — Les anciennes pensions et les gratifications étaient réglées d'après les taux des pensions d'ancienneté, qui variaient eux-mêmes d'après les soldes perçues. Elles tenaient donc implicitement compte, quand il s'agissait de militaires de carrière, de la situation professionnelle. La loi nouvelle allait-elle suivre cette voie et indemniser le dommage constitué par la diminution de capacité de gain consécutive à l'infirmité? Mais cette capacité pour les civils est variable à l'infini, d'où une complexité illimitée dans la mise au point des droits de chacun.

D'autre part on a fait valoir que les obligations de la collectivité n'allaient que jusqu'à assurer à chacun le minimum nécessaire à l'existence, le surplus constituant un superflu, dont elle n'a pas à connaître. Et puis est-ce que, lors du service, il n'avait pas été prévu pour tous les militaires, quelles que fussent leur genre d'existence et leurs occupations civiles, les mêmes prêts, soldes et allocations représentant théoriquement le minimum indispensable pour assurer leur vie sans superflu, avec, il est vrai, des différences selon les degrés de la hiérarchie. Les pensions d'invalidité devaient donc se référer uniquement à ces données.

Finalement on s'arrêta à un compromis, qui ne donnait satisfaction ni au principe de réparation du dommage, ni à celui d'égalité des individus devant l'effort à demander à la collectivité. L'élément de base fut bien le minimum nécessaire à la vie, mais avec une progression d'après le grade, de telle sorte que la jambe d'un chef de bataillon est payée plus cher que celle d'un simple soldat, quelle que soit, d'ailleurs, la réduction de capacité de gain, qui en résulte respectivement pour chacun d'eux une fois rentrés dans la vie civile.

Cette somme minimum fut fixée à 2.400 fr. (1), les infirmités inférieures à 100 p. 100 étant évaluées proportionnellement, soit par exemple 240 fr. pour 10 p. 100, 360 fr. pour 15 p. 100, etc. Elle apparut, d'ailleurs, vite inadéquate au coût croissant de la vie; tout en restant constante la pension touchée diminuait de mois en mois quant aux valeurs d'achat et aux possibilités de tous ordres qu'elle représentait. On y remédia d'abord seulement en ce qui concerne les grands invalides par l'attribution d'allocations temporaires spéciales (2), puis la loi de finances du 14 juillet 1925 admit pour tous un coefficient de 1,8 p. 100 et enfin la loi du 16 juillet dernier vient d'admettre des majorations allant de 100 p. 100 à 110 p. 100 par un triple palier (1).

Majorations pour enfants. — Pour rétablir l'équilibre au point de vue réparation entre la situation des pensionnés pères d'enfants mineurs et de ceux qui sont sans descendance ou dont les enfants sont en âge de se suffire à eux-mêmes, il a été prévu une majoration annuelle pour chaque enfant légitime ou reconnu, né ou à naître, d'un âge inférieur à dix-huit ans. Ces majorations, primitivement fixées à 300 fr. pour 100 p. 100 d'invalidité (soit 30 fr. pour 10 p. 100), ont suivi la même progression que les pensions elles-mêmes.

Prestations spéciales. Soins médicaux. Hospitalisations. — L'article 64 accorde pour la vie durant le droit aux soins gratuits « pour la blessure ou maladie contractée ou aggravée en service », qui a motivé la réforme.

Il suffit, pour en bénéficier d'avoir été à une époque quelconque titulaire d'une pension au titre de la loi du 31 mars 1919. Pour ce qui est des modalités d'application de remboursements aux médecins, nous ne saurions mieux faire de renvoyer à la brochure du docteur Quidet (2).

Il y a encore lieu de noter que, outre ces soins gratuits, les *tuberculeux*, qui se traitent à domicile sous la surveillance des organismes antituberculeux, ont droit à une allocation supplémentaire, pour la durée des périodes ou ils cessent tout travail (3).

Enfin l'*hospitalisation* fait l'objet de trois articles, ce qui comporte quelques considérations spéciales. L'article 64 l'admet à titre gratuit et en sus de la pension. Mais l'article 10 semble à première vue refuser cette gratuité aux mutilés incapables de se mouvoir et de se conduire ou d'accomplir les actes essentiels de la vie : il est, en effet, spécifié que les frais hospitaliers doivent alors être prélevés sur la pension. Mais il est de toute évidence que cette disposition vise, non pas l'hospitalisation *épisodique* pour soins, mais uniquement les cas de *placement en hospice*, où le malade est défrayé de la totalité des charges, auxquelles il aurait à faire face s'il vivait à son domicile. Cela paraît ressortir formellement du rapprochement avec l'article 64 d'une part, et, d'autre part, avec le fait que, à défaut de cette hospitalisation, une allocation spéciale s'ajouterait à la pension.

Enfin un régime spécial est prévu (art. 55) pour les *aliénés internés* dans un asile public ou dans un établissement privé faisant fonction d'asile public; les frais sont alors prélevés sur la pension. Toute-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 93, p. 1525.

(2) Cette somme de base monte à 8.400 francs pour un colonel et à 12.690 francs pour un général de division.

(3) Ces allocations, qui allaient d'abord de 500 francs à 6.000 francs selon qu'il s'agissait de pensionnés de 85, de 90, de 95 ou de 100 p. 100, ou des bénéficiaires, en outre, des articles 10 et 12, ont subi des augmentations successives et ont finalement été fixées, par la loi du 19 décembre 1926, à 700 francs pour la plus basse et à 10.000 francs pour la plus haute.

(1) Pour les officiers, ces majorations ne portent pas sur l'ensemble de la pension : celle-ci ne s'accroît que de l'augmentation que subit la pension de soldat correspondant à la même invalidité.

(2) Quidet. *Les Soins gratuits aux victimes de la guerre.*

(3) Cette allocation, subordonnée dans son attribution à un contrôle sévère, avait été fixée à 5.000 francs, elle vient d'être portée à 7.000 francs.

fois l'administrateur des biens des aliénés doit sauvegarder les droits des ayants cause du pensionné en prélevant sur le montant de la pension les majorations pour enfants et une somme égale au montant d'une pension de veuve, pour les remettre à la femme de l'interné. Dans le cas d'internement dans un établissement privé ordinaire ces dispositions ne jouent pas et c'est l'article 64, qui entre en jeu sous les seules réserves habituelles concernant les remboursements de frais de maison de santé.

***D.* Durée des pensions de la loi du 31 mars 1919. Révisions de ces pensions.** — Les pensions de l'ancien régime avaient un caractère définitif. Quant aux gratifications accordées en principe pour deux ans, elles comportaient des visites et contre-visites répétées (1). Avec la loi actuelle les infirmités reconnues *incurables en tous leurs éléments* bénéficient toujours d'emblée d'une pension définitive, mais les autres n'entraînent d'abord une pension que pour deux ans, sauf dans le cas de réforme temporaire, où la pension ne vaut que pour la durée de cette réforme, soit un an.

Le point de départ en est réglé, non plus comme autrefois par la date, parfois tardive de la décision ministérielle, mais par celle de la Commission de réforme, qui l'a proposée. Toutefois, pour remédier à de criantes inégalités de traitement, il a été spécifié que si une Commission avait déjà statué sur la situation militaire de l'intéressé pour la même infirmité sans qu'une pension eût été proposée — en raison par exemple, de la législation régnant à cette époque (2), — le point de départ des droits doit être fixé rétroactivement à la date de cette Commission.

Enfin au bout de quatre années à compter de ce point de départ la *situation du pensionné doit être définitivement fixée, soit par suppression de toute pension en cas de guérison, soit par transformation de la pension temporaire en pension définitive* (art. 7).

L'intéressé a donc à subir au plus quatre *visites réglementaires* (ordinairement deux seulement). Mais il peut en solliciter de *supplémentaires* en raison d'aggravation de son infirmité ou de complications. Sa situation se présente alors différemment suivant qu'il est titulaire à ce moment d'une pension définitive ou d'une pension temporaire.

Dans ce dernier cas la révision de la pension n'est subordonnée à aucune condition : la complication ou l'aggravation bénéficie de la présomption d'origine et toute augmentation de taux d'invalidité est opérante.

Le pensionné définitif doit, au contraire, établir que *le supplément d'invalidité est exclusivement imputable à la blessure ou à la maladie constitutive de l'infirmité, pour laquelle la pension a été accordée.* D'autre part un supplément d'invalidité inférieur à 10 p. 100 n'entraîne pas alors de modification de la pension.

Enfin cette demande de révision du pensionné définitif n'était primitivement recevable que si elle était formulée avant l'expiration de la cinquième année suivant la date de la concession de la pension définitive. Le dommage supplémentaire résultant, par exemple, de l'apparition tardive d'une névrite ascendante chez un amputé ou d'une suppuration grave en rapport avec une inclusion de projectile ou une ancienne ostéite devait donc rester sans compensation s'il ne se révélait qu'après l'expiration de ce délai fatidique! De même pour une bronchectasie grave ou pour une tuberculose pulmonaire chez un ancien gazé. La *loi du 9 janvier 1926* a abrogé cette partie de l'article 68, dont les autres dispositions suffisent pour mettre l'Etat à l'abri de prétentions abusives.

Révisions contentieuses. — La révision des pensions peut être demandée pour des motifs contentieux, tels que contestations sur la fixation du point de départ, sur l'évaluation de l'invalidité ou sur le droit à pension lui-même, soit qu'il ait été refusé, soit qu'il paraisse au contraire avoir été indûment admis. Deux voies s'ouvrent alors : la *voie administrative* et la *voie judiciaire* (1).

La première n'est guère prévue légalement que pour les erreurs matérielles de liquidation ou les inexactitudes relevées dans les pièces militaires ou d'état civil. Aucune limitation de délai n'est alors prévue.

Tous les autres cas relèvent de la voie judiciaire, qui comporte trois degrés : le Tribunal départemental, la Cour régionale et le Conseil d'Etat. Ce dernier ne peut connaître que *des recours pour excès ou détournement de pouvoir, vice de forme ou violation de la loi.* Pour le reste nous nous bornerons à signaler que le pourvoi devant le Tribunal doit être formé dans les six mois suivant la *notification de la décision* attaquée et l'appel dans les deux mois suivant la *signification du jugement.*

III. Les droits des ayants causes : veuves, orphelins, ascendants. — *A.* Droits des veuves. — Avec l'ancienne législation, si un militaire était pensionné, sa veuve avait droit à une partie des arrérages de la pension : c'est ce qu'on appelle le *droit de réversion.* Hors ce cas elle ne pouvait prétendre à pension qu'en quelque sorte à titre de récompense posthume indirecte accordée à son mari : il fallait donc que la mort « *fût survenue soit sur le*

(1) *Elles ne pouvaient devenir permanentes en cas d'incurabilité que si l'invalidité était inférieure à 60 p. 100, sinon elles devaient être transformées en pension, ce qui n'était possible légalement que si moins de cinq ans s'étaient écoulés depuis l'ouverture des droits. Si un temps plus long s'était écoulé la gratification demeurait soumise aux formalités de renouvellement.*

(2) *Tel était le cas des réformés n° 2, dont, il est vrai, un certain nombre avaient été admis au bénéfice d'allocations spéciales par application du décret du 9 décembre 1916 comportant, en particulier, comme condition permettant d'y prétendre pour maladie, soixante jours de front.*

(1) Cette question est réglée en particulier par *l'article 67*, dont le texte originel a été modifié sur deux points par une *loi du 28 juillet 1921 :* 1° suppression de la limitation des revisions administratives pour erreur matérielle aux seuls cas où elle aurait été commise au préjudice du pensionné ; 2° prévision d'une procédure pour les cas où *une enquête viendrait à établir que la concession a été faite à la suite de substitution, fraude, simulation ou en raison d'infirmités, dont l'intéressé n'est pas atteint.* Cette disposition, qui ne figurait pas dans le texte primitif, est ignorée de trop de commentateurs bénévoles de la loi des pensions.

champ de bataille, soit en service à l'armée ou hors de France par suite d'événement de guerre » (ces circonstances entraînant le droit à un taux spécial, dit *taux exceptionnel*), « *soit par le fait de maladie contagieuse ou endémique résultant du service* » (la pension, moindre que dans le cas précédent, était dite du *taux normal*). La procédure d'instruction obéissait, comme on le conçoit d'après ces conditions, aux mêmes directives que pour la détermination des droits à pension d'invalidité.

La nouvelle loi, comme pour les pensions d'invalidité, procède de l'idée de réparation du dommage et non plus de celle de récompense. Vivant, le militaire avait des obligations alimentaires légales envers sa femme; mort, l'Etat se substituera à lui pour les remplir. A cet effet tous les droits consacrés par la tradition sont conservés, mais élargis. Ainsi ouvrent actuellement droit à pension de veuve, d'une part, les pensions acquises au mari (conservation du principe de réversion) et d'autre part tout décès survenu dans des conditions, qui auraient pu ouvrir droit au militaire, s'il avait vécu, à une pension d'invalidité par application des dispositions, sur lesquelles nous nous sommes étendus dans les précédents chapitres.

Au premier plan viennent les décès survenus pendant le service ou dans les six mois suivant la rentrée dans les foyers. La date en est-elle plus tardive, mais postérieure de moins d'un an au retour définitif dans les foyers (1), s'il y a eu constatation de blessures, accidents ou maladies pendant le service, le décès sera de droit rapporté à la diminution de capacité physiologique présumée en résulter.

Est-il postérieur à ce délai, il pourra encore ouvrir droit à pension, mais à condition que la veuve établisse la filiation entre les constatations faites pendant le service et la maladie cause du décès. Primitivement il était prévu à cet effet le recours éventuel à des constatations renouvelées d'année en année, puis la loi du 28 juillet 1921 a simplifié la procédure en prescrivant seulement la production, lors de l'instance, d'un « *Rapport médico-légal détaillé établi par le médecin, qui a soigné l'ancien militaire pendant sa dernière maladie ou, à défaut de soins donnés pendant la dernière maladie, par le médecin qui a constaté le décès* ». On conçoit quelle importance présente la bonne rédaction de ce document, qui doit reproduire une véritable histoire de la maladie avec discussion médico-légale et non pas procéder, comme il arrive trop souvent, par voie de brèves affirmations.

Toutes ces dispositions s'appliquent aussi bien au décès des non-pensionnés qu'à celui des titulaires de pensions correspondant à une invalidité inférieure à celle qui aurait comporté une pension sous l'ancien régime (60 p. 100, par équivalence avec la sixième classe de l'échelle de gravité).

S'agit-il, au contraire, du titulaire d'une pension au moins égale à ce taux, le droit à réversion entre en jeu. Le genre de mort est alors sans importance (1). Mais il faut que le mariage ait été antérieur *soit à la blessure, soit à l'origine ou à l'aggravation de la maladie, qui avait motivé la pension.*

Il est toutefois prévu une dérogation à cette disposition destinée à éviter toute spéculation éventuelle sur la mort prochaine du pensionné; c'est lorsqu'il s'agit « *de femmes qui ont épousé un mutilé de la présente guerre atteint d'une invalidité égale ou supérieure à 80 p. 100* ». Il suffit alors que le mariage ait été contracté dans les deux ans suivant la réforme ou la cessation des hostilités et que l'union ait duré au moins un an, à moins que le décès ne soit survenu du fait d'un accident. Il importe, pour répondre à une critique aussi courante qu'injustifiée, d'insister sur le fait que cette disposition s'applique exclusivement aux *mutilés de la guerre de 1914-1919* et que ce mot MUTILÉ doit être pris dans son sens strict (ainsi la pension de 100 p. 100 d'un tuberculeux ne saurait y donner droit).

LIMITES DE L'EXERCICE DU DROIT A PENSION DE VEUVE. — Tout d'abord un délai de cinq ans est prévu pour la recevabilité de la demande de pension de veuve (avec prorogation jusqu'au 31 décembre 1928, comme pour les pensions d'invalidité, si le décédé a été mobilisé). Il est, d'autre part, de toute évidence qu'il ne saurait lui être donné suite si une instance en divorce ou en séparation était en cours au moment du décès. De même une veuve ne saurait être mise en possession d'une pension du fait du décès de son mari dans les cas où elle serait inhabile à recevoir une succession. Enfin l'administration de la preuve contraire peut faire obstacle à la présomption d'origine dans les mêmes conditions que pour la pension d'invalidité.

On a souvent demandé que le remariage entraîne la suppression de la pension : le dommage auquel elle correspondait n'a-t-il pas disparu, du fait qu'un autre a remplacé le mari défunt dans les obligations, pour lesquelles l'Etat s'était substitué à lui? Certes, mais il est de notion constante que la suppression d'un droit acquis en matière de pension a un caractère de pénalité et on aurait peine à l'admettre envers celles qui ont préféré le mariage à une union libre. D'autre part, on a fait également remarquer que la pension de veuve a comme contre-partie, à l'instar de toute rente viagère, l'affectation d'un capital; or, si ce capital, au lieu d'être aliéné, avait été versé à la veuve, il n'aurait pas été question de le lui reprendre (2).

---

(1) A titre transitoire et en raison du retard survenu dans la mise au point des textes, la présomption a été étendue aux décès survenus plus d'un an après le retour dans les foyers, dans tous les cas où ils se trouvaient antérieurs en date à l'expiration du trimestre suivant le règlement d'administration publique réglant l'application de la loi (3 septembre 1919). Tout décès survenu entre le 2 août 1914 et le 4 décembre 1919 bénéficie donc de la présomption légale sous réserves de preuve contraire.

(1) Le genre de mort n'est, à proprement parler, jamais complètement indifférent, puisqu'il peut, le cas échéant, ouvrir des droits à des pensions de taux supérieurs au taux de réversion : *taux normal* attribuable aux maladies et suites de maladies, ou *taux exceptionnel* réservé aux blessures et accidents et à leurs suites.

(2) La veuve, en se remariant, peut opter, dans le délai d'un an, pour le versement immédiat de trois annuités de sa pension, celle-ci étant alors reversée sur la tête des enfants orphelins (art. 17).

Toutefois, si le remariage ne peut entraîner une révision des droits acquis, rien ne s'oppose à ce qu'il comporte l'exclusion de nouvelles dispositions légales demandant un effort supplémentaire à la collectivité en vue de la réparation des dommages nés du service militaire et c'est ce qu'ont fait les dernières lois prorogeant les délais de recevabilité des instances et majorant les pensions.

Taux des pensions de veuves. — L'ancienne législation comportait trois taux : *taux de réversion* variant avec la pension de retraite, dont elle était la suite; *taux normal* fixé au quart de la pension d'ancienneté minimum du grade et *taux exceptionnel* fixé à son tiers.

La nouvelle loi a, comme pour les pensions d'invalidité, admis une sorte de compromis entre les anciens usages et les nouveaux principes. On avait d'abord suggéré que, pour être équitable, la réparation attribuée à la veuve devrait être représentée par la somme minimum nécessaire à la vie : la pension de veuve aurait donc dû être égale à celle de l'invalide de 100 p. 100.

En même temps s'était posée la question de l'unification des taux, mais on a fait valoir qu'une différence devait être maintenue entre les cas où le décès est le fait du service (blessures ou accidents) et ceux (maladies), où il lui est rapporté par voie de pure présomption (un taux moindre constitue donc la contre-partie forfaitaire de cet avantage). De même, a été conservée la tradition attribuant des différences de pension selon la place occupée par le mari dans la hiérarchie militaire.

Pour la veuve d'un simple soldat le taux normal et le taux exceptionnel ont été finalement fixés à 800 francs (le taux de réversion étant de 500 fr.); pour la veuve d'un caporal ces taux montent respectivement à 900, 875 et 600 fr.; enfin ils atteignent 3.000, 2.000 et 1.850 fr. pour la veuve d'un colonel. Il est, en outre, prévu une majoration de 300 fr. par enfant de moins de dix-huit ans. Tous ces chiffres ont, d'ailleurs, subi les mêmes augmentations récentes que les pensions d'invalidité, les portant actuellement à 110 p. 100 du taux primitif.

B. **Droit des orphelins.** — L'orphelin de père et de mère ne pouvait autrefois prétendre qu'à des secours. Sous le régime actuel il jouit d'un droit qui est la suite directe de celui de ses parents décédés. Il suffit, pour le lui ouvrir, que soient réalisées les conditions que nous avons signalées pour les pensions de veuves. D'autre part, les enfants de mère privée de ses droits à pension (divorce, séparation, inhabileté à hériter) sont assimilés aux orphelins (1).

La pension est égale à celle qu'aurait touchée la mère, toutefois la première majoration pour enfant est supprimée. En cas de décès d'un des orphelins, la pension proprement dite reste inchangée pour ne cesser que lorsque le dernier enfant aura atteint vingt et un ans (sauf s'il est atteint d'une infirmité incurable le mettant hors d'état de gagner sa vie). Au contraire, les majorations tombent avec l'arrivée de chaque enfant à l'âge de dix-huit ans.

(1) Les enfants naturels reconnus sont également admis à pension d'orphelin, à condition que la reconnaissance ait eu lieu dans les deux mois de la naissance.

C. **Droit des ascendants.** — Ce droit, essentiellement nouveau en matière de pensions, repose comme celui des veuves sur la substitution de la collectivité au décédé pour la satisfaction aux obligations, qu'il aurait eues de son vivant. Mais les obligations alimentaires n'ont pas, quand il s'agit des ascendants, le caractère constant et absolu qu'elles ont quand il s'agit de l'épouse; elles sont subordonnées à certaines circonstances, dont l'appréciation est laissée au magistrat. Pour éviter toute procédure de cet ordre dans le cas du militaire décédé, il a été spécifié que la collectivité aurait à intervenir chaque fois que l'ascendant (père, mère ou, à défaut, grands-parents), ne serait pas assujetti à l'impôt général sur les revenus et aurait atteint soixante ans, s'il s'agit d'un homme ou cinquante-cinq ans, s'il s'agit d'une femme. Une infirmité incurable ou une maladie comportant une invalidité d'au moins 60 p. 100 peut remplacer cette dernière condition. Quant aux invalidités moindres, elles ne peuvent entrer en ligne de compte que si elles atteignent au moins 25 p. 100 et présentent avec l'âge une proportionalité spéciale prévue dans des tables dites de vieillissement (1).

Ceci posé, il faut encore que les intéressés soient français et que le décès soit survenu dans des conditions susceptibles d'ouvrir droit à une pension de veuve. Enfin certaines conditions (degré d'invalidité, ressources) étant susceptibles de variations, *il n'est pas prévu de pension comme pour les veuves, mais seulement des allocations soumises à révision tous les deux ans.*

Le taux en avait été fixé primitivement à 400 fr. pour le père et 800 pour la mère veuve (à 400 fr. seulement si elle était remariée), à 800 fr. pour le père et la mère conjointement, à 300 et 600 fr. pour les grands parents. En outre, si le bénéficiaire de l'allocation a perdu plusieurs enfants dans des conditions propres à ouvrir droit à cette allocation, elle est augmentée de 100 fr. par enfant à partir du second. Tous ces taux viennent, d'ailleurs, comme tous les autres, d'être relevés à 110 p. 100.

*
* *

Tels sont les points essentiels d'une loi, dont l'application comporte à chaque instant la collaboration convaincue et avertie du médecin. Lors de son apparition, il a fallu improviser un organisme énorme et procéder d'emblée à la solution accélérée de centaines de milliers d'affaires. Il était donc inévitable que quelques erreurs fussent commises. Mais en fait combien rares sont-elles par rapport à l'immense quantité des cas, où il y a eu simplement mise au point équitable de droits douloureusement acquis!

On a reproché parfois à cette loi de tenir exagérément compte des intérêts de l'individu contre ceux

(1) Par exemple, une invalidité de 30 p. 100 ouvre droit à pension pour un ascendant mâle à cinquante-huit ans au lieu de soixante, alors que de cinquante-deux à cinquante-quatre ans il faudrait une invalidité de 50 p. 100.

de la collectivité ; mais les précédentes tombaient dans l'excès inverse et, en somme, pour la juger équitablement, on ne saurait perdre de vue qu'une même évolution s'est imposée, à de faibles différences près, tant chez nos alliés que chez nos anciens adversaires.

Nous n'entendons, d'ailleurs, pas dire que quelques retouches ne pourront être utiles pour l'adaptation des textes à des circonstances spéciales, qui pourront se révéler dans l'avenir, mais il ne faudra procéder dans cette voie qu'avec une infinie prudence si on veut éviter de retomber dans les errements d'un passé, dont l'expérience avait montré les rigueurs excessives, fautrices d'injustices regrettables.

En somme, ce qu'il importe, pour résoudre au mieux tous les problèmes, qui peuvent se poser, c'est d'apporter à l'application de la loi, telle qu'elle est, chaque jour une connaissance plus réfléchie de ses dispositions, une sagacité plus avertie et une impartialité plus objective.

XVIIe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

(Paris, du 4 au 8 octobre 1927.)

QUESTION A L'ORDRE DU JOUR

État actuel des explorations radiologiques pour le diagnostic des affections rénales.

MM. Belot et Pasteau, rapporteurs.

Un bref historique expose l'évolution des explorations radiologiques appliquées au diagnostic des affections rénales. Limitée d'abord à la recherche des calculs, le radiognostic étendit peu à peu son champ d'investigation et montra d'abord le contour du rein, sa forme, son volume, sa position, puis la forme, la dimension et les particularités de ses cavités grâce à la pyélographie. Enfin, récemment on put observer sur l'écran le fonctionnement du bassinet et des calices remplis de liquide opaque, méthode qui porte le nom de pyéloscopie.

I. **Technique radiologique.** — Conditions dans lesquelles s'effectue l'exploration du rein : ces conditions sont particulièrement complexes, puisque le rein est un organe mobile, profondément situé, entouré de corps présentant à peu près la même opacité que lui.

Procédés d'exploration. — Deux procédés s'offrent pour l'examen du rein : la radioscopie et la radiographie; les deux méthodes, loin de s'opposer, se complètent mutuellement.

Appareillage. — Pour l'examen radiologique du rein, il est important de disposer d'un matériel électrique puissant pour réduire au minimum la durée de la pose, et d'appareils destinés à assurer une parfaite netteté aux images radiographiques (cylindres compresseurs, grilles antidiffusantes).

Technique radiologique. — Pour vaincre les difficultés particulières que présente l'examen du rein, il faut, avec un matériel parfait, appliquer une technique appropriée.

Examen sans artifice. — On utilise la méthode courante de radioscopie et radiographie sans artifice de préparation du sujet. Toutefois il est bon de faire prendre au sujet certaines précautions telles que purgation, lavement, diète, etc. A moins de la nécessité d'une vue d'ensemble, les radiographies sont limitées, avec compression et grille antidiffusante, procédé dont la valeur était encore discutée il y a peu de temps.

Association de la Pressemédicale française.

Examen avec contraste artificiel. — Parmi les procédés extérieurs aux reins, destinés à augmenter la valeur des contrastes, il faut noter d'abord l'insufflation colique, l'insufflation péritonéale, le pneumo-péritoine et le pneumo-rein, trois procédés destinés à rendre plus apparents les contours du rein : leur valeur est discutable et leur emploi, non sans inconvénient, paraît limité à des cas spéciaux. Parmi les procédés s'appliquant au rein et à ses cavités, il faut citer l'emploi de mandrins et sondes opaques, la pyélographie, la pyéloscopie, la pneumopyélographie et l'opacification du rein.

Ce dernier artifice laisse entrevoir la possibilité d'opacifier le tissu rénal lui-même, par l'absorption de certaines substances à poids atomique élevé, méthode analogue à celle couramment utilisée aujourd'hui pour l'examen du foie et de la vésicule biliaire.

II. **Radiologie clinique.** — Configuration extérieure du rein. Situation. Forme. Direction. Volume.

En dehors de toute calcification, l'ombre du rein, voire celle du bassin et exceptionnellement du début de l'uretère, peut être obtenue dans la très grande majorité des cas, alors même qu'il s'agit d'un rein petit et non purulent, d'un rein normal.

L'image d'un rein est toujours incomparablement plus nette sur les clichés.

L'examen radiologique permet normalement de fixer l'image du rein, de renseigner sur son existence, sur sa situation, sa forme, sa direction et jusqu'à un certain point sur son volume même.

Mesure de la surface rénale. — Les modifications de volume apparent du rein peuvent être appréciées par la mensuration de la surface rénale obtenue au moyen de la radiographie. Il devient même possible d'apprécier l'augmentation de volume d'un rein restant sans radiographie antérieure, en rapportant la surface rénale au poids actuel du corps (Hirtz).

Configuration intérieure du rein (bassin et calices). Forme, situation, dimensions. — Des renseignements très précis sont obtenus après injection des cavités rénales avec un liquide opaque aux rayons, par la pyélographie, et surtout par des pyélographies multiples répétées en série ou mieux encore par des pyélographies choisies par simple pyéloscopie (Legueu, Fey, Truchot). L'association par principe de la radioscopie et de la radiographie a marqué une étape considérable dans l'étude des cavités rénales normales et pathologiques; elle permet de suivre la forme du bassinet et des calices au cours de leur évacuation, d'étudier leur motricité, c'est-à-dire d'étudier la fonction excrétrice du rein.

Anomalies de développement. Rein en fer à cheval. — Une bonne épreuve radiographique peut déjà faire soupçonner l'existence d'une anomalie du rein, mais le plus souvent, c'est par la radiographie de sondes urétérales opaques et par la pyélographie qu'on doit arriver à connaître l'existence de l'anomalie rénale, symphyse rénale unilatérale, rein ectopique croisé, rein en fer à cheval.

Anomalies de situation. Rein mobile. — Une seule radiographie donne trop peu de renseignements. Il convient de prendre l'image du rein dans différentes positions du sujet : décubitus dorsal horizontal ou avec obliquité du tronc en bas et en arrière ou en haut et en arrière (position renversée), station verticale, décubitus latéral.

L'étude du rein mobile a beaucoup gagné à l'introduction de sondes opaques dans l'uretère ou de substances opaques dans le bassinet, dont on connaît ainsi la place, la forme, la capacité, la sensibilité.

Les pyélographies en séries ou sélectionnées par la pyéloscopie doivent être placés au premier rang des explorations instrumentales pour l'étude du rein mobile.

Infections et rétentions rénales. — Les infections et les ré-

tentions rénales sont normalement liées intimement dans leur évolution anatomique, physiologiques et cliniques.

I. L'étude des différents temps de l'évacuation rénale donne des précisions de la plus grande netteté. A côté des rétentions d'origine congénitale, on trouve des rétentions « imparfaites », se manifestant par une augmentation de la durée de l'évacuation pyélique, soit par des troubles fonctionnels passagers, sans lésions anatomiques constituées.

II. Il existe, au moins au début, avant la période de distension et de rétention chronique marquée, un rapport étroit entre le degré d'infection du bassinet et sa motricité.

Plus tard, au fur et à mesure que la sclérose se développe, le bassinet se contracte moins bien et s'évacue moins complètement. D'où l'importance de la pyéloscopie pour l'étude des infections rénales, des pyélonéphrites, quel que soit leur microbe originel.

Aujourd'hui, on s'attache surtout à agir sur les agents infectieux. Demain, on s'attachera d'abord à supprimer les conditions anatomiques ou physiologiques qui président à la rétention et permettent à l'infection de s'établir et de persister.

Tuberculose rénale. — Les résultats de l'examen radiologique dépendent du volume du rein et du degré d'altération de la substance rénale.

Les abcès du parenchyme peuvent être marqués par une zone de plus grande transparence au niveau des poches purulentes. Si la paroi de la cavité abcédée est incrustée de substances calcaires ou revêtue d'une couche de pus très épais, il existe, au contraire, une zone moins transparente à ce niveau que sur le reste de la surface rénale; il en est de même pour les poches mastic.

Lithiase rénale. — I. Etude du calcul. — Il n'est pas possible d'affirmer encore que la radiographie permet de découvrir tous les calculs du rein, mais dans la très grande majorité des cas, il est possible d'obtenir, sinon par la radioscopie, du moins par la radiographie, des images suffisantes pour établir un diagnostic précis de l'existence, de la forme, du volume, du nombre de la situation, de la mobilité, voire de la composition et même du poids de calcul.

II. L'étude du rein calculeux fait connaître la mobilité d'ensemble de la masse rénale; l'existence de dilatations rénales plus ou moins étendues, de rétentions par obstruction de l'orifice urétéral, ou par simple spasme. Mais chez les calculeux du rein, il est préférable de s'abstenir autant que possible de la pyélographie, étant donnée le facilité avec laquelle peut s'installer l'infection.

Tumeur du rein. — La radiographie permet de voir les contours et de faire l'étude extérieure du rein.

L'étude de l'intérieur des cavités rénales par pyélographie peut montrer une tumeur épaisse et pédiculée se détachant en plus clair sur l'ombre pyélique ou une ombre pyélique caractéristique avec déformation, écartement et élongation des calices.

La pyéloscopie montre une sorte de rigidité fragmentaire de l'ombre dans la zone tumorale (Legueu, Fez et Truchot).

De tout cela, il résulte que l'examen radiologique à lui seul est parfois susceptible, dans l'étude des affections rénales, d'assurer un diagnostic précis.

Dans d'autres cas, il éclaire un diagnostic douteux.

Dans d'autres, enfin, il apporte de véritables surprises.

Mais si un résultat positif permet de préciser le diagnostic et de décider ou non une intervention opératoire, un résultat négatif ne doit pas encore être considéré comme apportant toujours une certitude absolue.

De toute façon, ce n'est que par l'union intime de la clinique et du laboratoire, par la collaboration directe et continue du chirurgien et du radiologue, que l'exploration radiologique peut fournir, avec toute la précision désirable, les renseignements dont elle est capable.

Ce rapport est accompagné d'une série de 75 planches originales donnant les types caractéristiques auxquels peuvent être comparées les images radiologiques obtenues dans la pratique urologique journalière.

O. PASTEAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1927)

Influence de la nature des glucides alimentaires sur la production d'états polynévritiques aigus, récidivants ou chroniques, obtenus malgré la présence de levures ou d'extraits de levure. — Mme L. Randoin et M. R. Lecoq.

Contribution à l'étude du processus de neutralisation entre toxines et antitoxines (diphtérie et tétanos). — M. S. Schmidt.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1927)

Notice nécrologique sur M. Gross. — M. Auvray lit une notice sur Gross, associé national depuis 1918, décédé au mois d'août dernier. Gross appartenait à cette grande Ecole de Strasbourg d'avant 1870. Il fut l'élève des Sédillot, Kœberlé, Stolz, Hergott, Schutzenberger et Eugène Bœckel.

Agrégé en 1869 il se signala pendant le siège de Strasbourg, puis à l'armée de l'Est.

Après nos revers il se fixa à Nancy et devint dans la suite doyen de la Faculté de médecine.

M. Auvray, après avoir loué dans d'excellents termes le grand patriote, a fait un remarquable exposé de l'œuvre chirurgicale si étendue de Gross qui fut à la fois un éminent gynécologue et un parfait chirurgien.

Congrès d'anthropologie d'Amsterdam. — M. Capitan lit un compte rendu de ce Congrès où il avait été délégué par l'Académie.

Rapport général sur les vaccinations pratiquées en France et au Maroc en 1926 et aux Colonies en 1925. — M. Lucien Camus. Le rapport général annuel sur les vaccinations comprend : l'analyse des opérations vaccinales pratiquées en France et au Maroc pendant l'année 1926 et aux Colonies pendant l'année 1925 et aussi le relevé des épidémies de variole signalées pendant les périodes correspondantes.

Aux Colonies, les vaccinations sont plus nombreuses que les années précédentes et la variole presque partout subit un recul marqué.

Au Maroc, l'organisation vaccinale comprend : un service de postes fixes et un service de postes mobiles qui permettent de propager la vaccination jusqu'aux limites externes des régions accessibles à notre influence qui fait reculer la variole un peu plus chaque année. On a signalé en 1926 seulement 973 cas de variole et il a été pratiqué 451.541 vaccinations.

En France, les comptes rendus des départements montrent que les opérations vaccinales vont en diminuant dans beaucoup de circonscriptions; les augmentations importantes ne sont constatées que passagèrement et dans les seules régions où des menaces d'épidémie se produisent.

La cause principale du fonctionnement défectueux du service tient à l'absence de préparation des listes des assujettis. Cette négligence administrative est très générale et il s'ensuit : que les convocations individuelles ne se font qu'exceptionnellement, que les rappels n'ont pas lieu, qu'il n'y a ni procès-verbaux, ni condamnations. Il importe donc pour obtenir une amélioration du service de faire l'effort nécessaire

pour que les listes des assujettis soient dressées régulièrement. Dans les bureaux municipaux d'hygiène où ce travail est consciencieusement fait comme à Lille et à Marseille, et à la Préfecture de la Seine-Inférieure, où est centralisée la partie administrative du service vaccinal du département, le service fonctionne d'une façon très satisfaisante.

La variole en 1926 a été signalée seulement dans une dizaine de départements. Les principaux foyers sont ceux des Alpes-Maritimes, 15 cas et 4 morts; de la Drôme, 15 cas et 5 morts; du Nord, 35 cas et 8 morts; de la Seine-et-Marne, 19 cas et 6 morts; de la Seine, 170 cas et 21 morts.

Rapport sur un projet de règlement d'administration publique concernant l'hygiène en Algérie. — M. Brouardel rappelle que la loi du 17 juin 1915 a modifié l'article 18 de la loi du 15 février 1902, sur la santé publique relatif à l'expropriation pour cause d'insalubrité publique. Un règlement d'administration publique a été préparé en vue d'étendre à l'Algérie le bénéfice des nouvelles dispositions.

Le rapport de M. Brouardel indique qu'elles s'appliqueront aux communes de plein exercice et aux communes mixtes mais non aux territoires militaires du Sud, dans lesquels l'autorité militaire a tous pouvoirs pour prendre toutes les décisions nécessaires.

L'Académie approuve ce rapport.

La protection du Maroc contre la fièvre jaune. — M. Remlinger apporte une très remarquable étude d'ensemble, dans laquelle il montre que le Maroc a toujours été particulièrement exposé à la fièvre jaune, pendant les épidémies successives que l'on a observées de 1730 à 1830, dans la partie occidentale de la Méditerranée, en particulier à Cadix et, en 1828, à Gibraltar, où Louis et Trousseau furent atteints par la maladie au cours d'une mission ordonnée par l'Académie de médecine.

Tout se trouve encore réuni au Maroc pour favoriser le développement de la fièvre jaune, si un cas venait à y être importé de la côte d'Afrique.

La voie de propagation, qui serait à redouter entre le Sénégal et le Maroc, est la voie maritime. Il ne semble pas, en effet, que les avions postaux, en raison du froid du voyage, et à cause surtout de l'escale de Port-Etienne, où les pilotes et les appareils sont relayés, puissent importer des moustiques dangereux.

En revanche, les bateaux mettent cinq jours de Dakar à Casablanca. La période d'incubation de la fièvre jaune étant de deux à six jours, un passager parti bien portant de Dakar peut très bien arriver malade et dangereux au Maroc. De plus, des stegomyas peuvent très bien arriver au Maroc dans les marchandises.

M. Remlinger pense qu'à Dakar il faudrait faire stationner les paquebots dans l'avant-port où ne vont pas les moustiques et qu'un examen minutieux des passagers au départ s'impose.

De plus, la lutte contre le stegomya (larves et adultes) doit être entreprise dès la saison froide; enfin, à bord des bateaux mieux vaut traiter en *cabines grillagées* plusieurs cas de spirochétose ictéro-hémorragique ou de fièvre bilieuse hémoglobinurique que de laisser piquer la nuit par des stegomyas un seul malade atteint de fièvre jaune.

Le 95e anniversaire de M. Guéniot. — M. le Président annonce à l'Académie que M. Guéniot vient d'entrer dans sa 96e année. En adressant au vénéré doyen de la Compagnie les félicitations et les vœux de ses confrères, il souhaite au plus grand nombre d'entre eux d'atteindre un si grand âge avec autant de solidité et d'aménité.

Election d'un membre titulaire dans la troisième section (hygiène) en remplacement de M. Méry. Classement des candidats : en première ligne, M. Lesné; en deuxième ligne, *ex æquo* et par lettre alphabétique, MM. Debré, Lesage, Pottevin, Sacquépée et Tanon; adjoints par l'Académie à la liste de présentation : MM. Armand-Delille, Weill-Hallé et Zoeller.

Au premier tour de scrutin, sur 77 votants, M. Lesage obtient 45 voix; M. Lesné, 28; M. Tanon, 2; M. Sacquépée, 2. M. Lesage, médecin de l'hôpital Hérold, ayant obtenu la majorité absolue, est proclamé élu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1927)

Gangrène symétrique des extrémités au cours d'une broncho-pneumonie aiguë. — M. Lion, à propos de la communication de M. Georges Isaac, rapporte une observation suivie de guérison.

Un cas de tétanos aigu guéri par des injections de sérum antitétanique. — MM. B. Desplas et M. Poumailloux rapportent un cas de tétanos survenu huit jours après une plaie du pouce, avec contractures permanentes des muscles de la mâchoire, de la nuque et du tronc, et parésie faciale, mais sans grandes crises paroxystiques. Du sérum préventif n'avait pas été fait en raison d'injections antérieures. Pendant les quatre premiers jours, malgré une sérothérapie intensive, sous-cutanée et intraveineuse (sérum non purifié), l'état du malade ne s'améliore pas. Les contractures ne commencent à s'atténuer qu'après désarticulation du pouce, qui paraît avoir supprimé un foyer de production de toxines. La dose totale de sérum injecté dépasse 4 litres. Les raideurs n'ont complètement disparu que plus de trois mois après le début des accidents.

Purpura rhumatoïde. Présence de bacilles acido-résistants présentant les caractères de l'ultravirus tuberculeux. — MM. Paisseau et Vialard rapportent l'observation et présentent les pièces d'autopsie d'une malade atteinte de purpura rhumatoïde survenu au cours d'une broncho-pneumonie avec abcès miliaires caractérisée histologiquement par des lésions inflammatoires et suppurées de type banal mais avec prédominance des éléments mononucléés.

Les inoculations pratiquées avec les lésions pulmonaires et la sérosité d'une articulation atteinte d'arthrite ont provoqué chez le cobaye l'apparition dans les ganglions inguinaux et trachéobronchiques de nombreux bacilles acido-résistants sans lésions ganglionnaires. Ces bacilles n'ont pas tuberculisé les cobayes auxquels ils ont été réinoculés.

Ces caractères les distinguent seulement de l'ultravirus tuberculeux par cette particularité qu'ils n'ont pas été obtenus par filtration. Mais ils permettent de les identifier au virus tuberculeux isolé par MM. Calmette, Valtis et Lacomme dans les ganglions et les viscères de fœtus et de nouveau-nés issus de mères tuberculeuses, réserves faites de la filtration placentaire qui a été assimilée à la filtration sur bougies.

A propos de la communication de M. Reh sur la désensibilisation par des cuti-réactions répétées. — M. Pasteur Vallery-Radot rappelle qu'il a proposé pour la première fois avec M. Haguenau, en 1921, la méthode de désensibilisation par cuti-réactions répétées. Jusque-là on utilisait la méthode américaine de désensibilisation par injections sous-cutanées de doses progressivement croissantes de la substance spécifique. Cette méthode par injections peut être dangereuse. La méthode des cuti-réactions répétées est, au contraire, sans danger et d'application facile.

M. Pasteur Vallery-Radot rapporte les cas où cette méthode a été utilisée avec succès.

MOUVEMENT SYNDICAL

ASSEMBLÉE CONSTITUTIVE DE L'UNION SYNDICALE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE. — La récente décision du Syndicat des médecins de la Seine de quitter l'Union des Syndicats médicaux de France et les conditions dans lesquelles cette décision a été prise, ont incité un certain nombre de confrères de la région parisienne à envisager les conséquences de la dissidence du S. M. S.

Il leur est apparu que cette dissidence créait à l'Union une situation à laquelle il importait de parer. Pour que notre Grand groupement national puisse fonctionner, il importe, en effet, qu'un certain nombre de membres de son Bureau soient sur place, au centre même de l'organisation, et puissent, par conséquent, être pris dans un Syndicat parisien adhérent à l'Union.

Enfin, nombre de médecins ne veulent pas laisser péricliter le syndicalisme médical dans la région parisienne, et estiment que la situation actuelle du Corps médical nécessite plus que jamais l'union de toutes les forces du Corps médical organisé, en face du danger qui menace tous les médecins.

Le 29 octobre 1927, ces confrères se sont réunis à Paris à l'effet de créer l'organisme syndical rendu nécessaire par les événements récents.

Bien qu'organisée à la hâte (la dissidence du S. M. S. date du 23 octobre, et il n'avait pu être envoyé que 80 convocations à l'Assemblée constitutive du nouveau Groupement) cette Assemblée réunissait cependant une cinquantaine de membres, les adhésions au groupement approchant, par ailleurs, de la centaine.

Parmi les adhérents de la première heure, citons les docteurs Balthazard, Descomps, Jayle, Lafontaine, Lenglet, Noir, Philippeau, Vimont, etc.

L'Assemblée générale constitutive a décidé de donner au nouveau syndicat le nom de « Union syndicale des médecins de la région parisienne », laquelle — d'après les statuts adoptés — a, notamment, pour objet « de soutenir l'Union des syndicats médicaux de France et de consacrer ses efforts à la reconstitution du front syndical unique ».

Les membres présents ont, en effet, insisté sur ce point : qu'il s'agit non pas de créer une scission nouvelle, mais de s'opposer à la destruction de l'Union des syndicats médicaux et de faciliter, par une propagande véridique, auprès des confrères de la région parisienne, la reconstitution de l'unité du syndicalisme médical dans cette région, et même, s'il est possible, dans toute la France. En conséquence, les confrères présents ont décidé de ne pas démissionner du S. M. S., mais d'intensifier au sein de ce syndicat, comme en dehors de lui, la propagande en faveur du syndicalisme médical.

L'Union syndicale a élu son Conseil, lequel a ainsi constitué son bureau : président, docteur Mille, Paris (Ier) ; vice-président, docteur Boissou, Suresnes ; secrétaire, docteur Drouet, Paris (XIIIe) ; trésorier, docteur Savatier, Paris (Ve).

L'Assemblée générale délibérative, qui suit l'Assemblée constitutive, a décidé de demander immédiatement l'adhésion du nouveau syndicat à l'Union des syndicats médicaux de France. Elle a fixé, pour le prochain exercice annuel, à 60 fr. la cotisation à l'Union syndicale des médecins de la région parisienne.

Le docteur Drouet, secrétaire général 5, boulevard Arago,

Paris (XIIIe) et le docteur Savatier, trésorier, 81, rue Lagarde, Paris (Ve), recevront la correspondance et les cotisations.

CONGRÈS DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE. — [Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, Paris (VIe)]. — *30 novembre 1927.* — Le 13 novembre 1927, se sont réunis les représentants de l'Union des syndicats médicaux de France, de la Fédération nationale des syndicats médicaux de France, du Groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés.

Ils se sont mis d'accord, à l'unanimité, pour la rédaction d'un programme de revendications pour l'exercice de la médecine dans le cadre de la loi d'assurance sociale.

Le Parlement veut couvrir le risque-maladie. C'est son droit, mais le Corps médical a le devoir de le prévenir de certains dangers. Toute police d'assurance comporte, en cas de sinistre, un paiement d'après une somme déterminée à l'avance et après expertise de la valeur réelle de l'objet sinistré ou de ce qu'il en reste. Elle ne se préoccupe nullement de payer l'architecte qui reconstruira la maison s'il s'agit de la destruction d'un immeuble.

La loi manque donc d'une base financière solide en voulant indemniser les salariés des frais médicaux nécessités par une maladie, frais qu'il est impossible de déterminer à l'avance (les tables de morbidité n'ayant aucune valeur).

De plus, toutes les statistiques le prouvent. « qui ne paie pas abuse »; il y a à peine le quart des bénéficiaires qui soit réellement malade. Le Corps médical tient à protester à ce propos contre la généralisation par laquelle on tend à le rendre responsable des abus de la médecine sociale. Dans l'immense majorité des cas, c'est le malade qui abuse des soins.

Que le Parlement veuille couvrir la totalité des frais de maladie ou seulement y participer, c'est son affaire. Ceci ne nous regarde pas; mais ce qui importe, *c'est de pouvoir soigner nos malades en toute liberté, en respectant le secret professionnel et en nous faisant honorer suivant nos habitudes locales.*

PROGRAMME. — Pour la défense des intérêts médicaux, il est nécessaire que chaque Syndicat local ou spécial *contracte avec les Caisses.*

Seuls peuvent contracter les Syndicats *habilités par un organisme central unique* (cet organisme étant actuellement un organisme fédératif comprenant les trois groupements existants : Union des Syndicats médicaux; Fédération nationale; Groupement des Syndicats généraux de médecins spécialisés, tout en laissant subsister leur autonomie.

Ce contrat devra comporter comme modalités essentielles :

1° *Le libre choix absolu* étant entendu, que tous les médecins, syndiqués ou non, peuvent participer aux soins à condition qu'ils acceptent les clauses du contrat et qu'ils soient agréés par les deux parties contractantes;

2° *Le respect du Secret professionnel;*

3° *Le droit à des honoraires pour tout malade soigné,* soit à domicile, soit à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins;

4° Le droit pour les médecins de se faire honorer suivant leurs habitudes ou leurs tarifs locaux ou spéciaux, ce qui implique le *paiement direct par le malade;*

5° *La liberté de thérapeutique et de prescription;* l'intérêt technique du traitement devant primer le facteur économique;

6° Contrôle des malades par la Caisse, du médecin par le Syndicat, et Commission d'arbitrage en cas de désaccord;

7° Nécessité de représentation du Syndicat dans les Commissions techniques organisées par les Caisses.

LIVRES NOUVEAUX

Souvenirs anecdotiques et médicaux [1856-1871] (1), par M. A. GUÉNIOT, membre et ancien président de l'Académie de médecine.

M. Guéniot vient d'entrer dans sa 96e année; il porte allègrement son âge, peut-être parce qu'il n'a jamais renoncé au travail.

On doit le remercier de nous apporter aujourd'hui les souvenirs de sa vie.

En faisant revivre une des périodes les plus actives de son passé, celle d'étudiant, d'interne des hôpitaux, de chef de clinique, puis de chirurgien du Bureau central et d'agrégé de la Faculté, l'auteur évoque naturellement les questions d'enseignement de concours et de pratique médicale; de même que celles qui concernent les ambulances, les épidémies et la mortalité parisienne pendant la guerre de 1870 et la Commune. Mais il n'envisage pas que ces seuls sujets.

Chemin faisant, il jette aussi son regard sur les choses extramédicales. C'est ainsi qu'au cours de ses descriptions et de ses récits, on trouve curieusement notés : l'exploitation d'un savant par un habile faussaire; l'attentat d'Orsini contre l'Empereur; des épisodes se rattachant à l'exposition universelle de 1867; la grande revue militaire de Longchamp; les travaux d'embellissement de Paris; çà et là des anecdotes piquantes, etc.

On lira ce livre avec un véritable intérêt, on le lira aussi avec le respect que l'on doit à un homme dont toute la carrière est faite de travail et d'honneur. L. G.

Métabolisme de l'eau. Œdèmes. Diurèse. Thérapeutiques. Hydriques (2), par Marcel LABBÉ, professeur à la Faculté de médecine, médecin de la Pitié, et P.-L. VIOLLE, chef de laboratoire à l'Institut d'hydrologie (Faculté de médecine), médecin consultant à Vittel.

C'est un ouvrage de biologie qui, non seulement, intéressera le physiologiste mais le médecin lui-même, en raison de toutes les questions que touche le métabolisme de l'eau (*œdèmes, polyuries, hydrémie, diarrhée*).

Les auteurs n'abordent pas toutes les questions; de la diurèse, ils n'envisagent que la diurèse aqueuse. Ils exposent l'évolution générale de l'eau dans l'organisme en montrant au cours du volume, les embranchements, les points de jonction avec les autres mécanismes physiologiques.

« Nous rapportons, disent-ils, nos expériences avec des détails suffisants pour qu'elles puissent servir de point de départ pour les recherches nouvelles «. L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 28 novembre. — Jury : MM. Couvelaire, président; Lemierre, Ecalle et Vallery-Radot. — M. ABRAMOVICI. Traitement des infections puerpérales. — M. BOUREAU. A propos d'un cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë.

Samedi 3 décembre. — Jury : MM. Widal, président; Jeannin, Chabrol et Vaudescal. — M. TCHOU. Des réactions asthmatiformes. — M. AZALBERT. Etude sur les infections mammaires.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président Robin et Maignon. — M. CHAUSSÉE. Injections intraveineuses chez le cheval.

(1) In-8. — Paris 1927, J.-B. Baillière.

(2) Un volume de 256 pages. — Prix (France et Etranger) : 28 fr. sans majoration. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 96. — MERCREDI 30 NOVEMBRE 1927. 100e ANNÉE. MERCREDI 30 NOVEMBRE 1927. — N° 96.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25 francs par an.**

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50.** — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 23 novembre. — Questions données : « Accidents de la sérothérapie. Symptômes, diagnostic, prophylaxie, sans la pathogénie. — Signes, formes cliniques et diagnostic du cancer de la langue. »

Mlle Bizou, 19; MM. Bénassy, 21; Gabriel, 22; Milhit, 25; Horowitz, 22; Deslandes, 19; Le Baron, 27; Marie, 21; Gaudin, 10; Bompart, 22.

Séance du 25 novembre. — Questions données : « Myxœdème. Symptômes, formes cliniques, évolution. — Lésions et signes du mal de Pott sous-occipital. »

MM. Ho Dac Du, 23; Merger, 21; Asselin, 25; Mlle Heimann, 28; MM. Séguinot, 20; Saingerey, 26; Megnin, 23; Ardin et Schwartz, 15; Gaudin, 24.

— PRIX CIVIALE. — Le jury est définitivement composé de MM. Aviragnet, Tessier, Hudelo, Marion et Riche.

HOSPICE DES QUINZE-VINGTS. — A la suite du concours des 7-8 novembre 1927, ont été, par arrêté ministériel du 21 novembre 1927, déclarés aptes à remplir les fonctions d'aides de Clinique à l'Hospice national des Quinze-Vingts :

MM. les docteurs Bidault et Fil; M. Mastagli; M. le docteur Jourdy; M. Tillé.

Par arrêté ministériel du 22 novembre 1927, ont été nommés aides de clinique titulaires à la Clinique nationale de l'hospice des Quinze-Vingts, avec allocation de l'indemnité fixée au décret du 3 septembre 1927, MM. les docteurs Bidault et Fil et M. Mastagli.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — TOURS. — Le *concours de l'internat* s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Poulain, Trillot et Guignier, titulaires; MM. Vassor, Lieffring et Barbot, provisoires.

Le *concours de l'externat* s'est terminé par la nomination de M. Chautemps, Mlle Delaroche, MM. Chevé, Champault, Mlle Bénard, MM. Perrin, Decourt, Couléon, Boissonnet, Mlle Cadéras, MM. Proust, Giroud, Cadillac et Houssay.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Après concours, ont été nommés :

Prosecteur à l'Ecole de médecine : M. Lieffring.

Aides d'anatomie : MM. Vassor et Gohier.

M. Roy est délégué, jusqu'au prochain concours, dans les fonctions de professeur suppléant d'anatomie.

CONSEIL DE L'ORDRE NATIONAL DE LA LÉGION D'HONNEUR. — M. le médecin inspecteur Polin, grand officier de la Légion d'honneur, est nommé membre du Conseil de l'ordre. (*J. O.*, 27 nov. 1927.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Damian (de Nîmes); Firmin Méplain (de Moulins), Pézard (du Collège de France), Pierre Ménière (de Paris); le médecin inspecteur Emery Desbrousses, ancien chef supérieur du Service de santé pendant l'expédition de Madagascar en 1895, décédé au Val-de-Grâce dans sa 89e année.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — *Cours pratique et complet de thérapeutique dermato-vénéréologique*, du 28 novembre au 20 décembre 1927, sous la direction de M. le professeur Jeanselme.

Le cours aura lieu du lundi 28 novembre au mardi 20 décembre 1927, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi, à 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 h., à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée ou au laboratoire.

Les cours seront accompagnés de démonstrations de thérapeutique (radiothérapie, radiumthérapie, photothérapie, électrolyse, haute fréquence, neige carbonique, scarifications, frotte, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le Musée des moulages, les Musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Le droit à verser est de 250 francs.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard.

THÉRAPEUTIQUE. (Professeur : M. Maurice LOEPER.) — *Six conférences sur les régimes fondamentaux*, à 17 h., au grand amphithéâtre de la Faculté :

Samedi 3 décembre. — Aliments et équivalents nutritifs : M. Léon Binet, agrégé.

Samedi 10 décembre. — Régimes de suralimentation : M. Charles Richet, agrégé.

Samedi 17 décembre. — Régimes des cancers alimentaires : docteur Lesné, médecin de l'hôpital Trousseau.

Samedi 24 décembre. — Régime déchloruré : docteur Marchal, médecin des hôpitaux.

Samedi 7 janvier. — Régime hyposucré : M. A. Baudouin, agrégé.

Samedi 14 janvier. — Régime hypoazoté : docteur Paisseau, médecin de l'hôpital Tenon.

CHAIRE DE PHYSIQUE MÉDICALE. (Professeur : M. André Strohl.) — INSTITUT DU RADIUM. (Directeurs : Mme P. Curie et docteur Cl. Regaud.) — ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE ET DE L'ÉLECTROLOGIE MÉDICALES, organisé avec la collaboration des médecins électro-radiologistes des hôpitaux de Paris. — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du radium, sous la direction des professeurs Regaud et Strohl et de MM. Zimmern, agrégé à la Faculté de médecine; Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine, et J. Belot, électro-radiologiste des hôpitaux.

Son but est de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques de radiologie et d'électrologie. Il comprend :

1° Un enseignement constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des hôpitaux de Paris en vue du certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales.

2° Un stage de perfectionnement ultérieur donnant droit, après examen, au diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

I. *Certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales.* — Cet enseignement, d'une durée totale d'environ six mois, est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine munis de 16 inscriptions. Il est divisé en trois parties :

Première partie : Physique des rayons X. Technologie. Radioactivité. Radiodiagnostic.

Deuxième partie : Radiophysiologie. Rœntgenthérapie. Curiethérapie.

Troisième partie : Electrologie. Photothérapie.

Pour chacune des trois parties de l'enseignement, une affiche ultérieure fera connaître le programme détaillé, l'horaire et le nombre des leçons, ainsi que l'organisation des stages et des travaux pratiques.

Les élèves qui auront suivi assidûment une ou plusieurs parties du cours, participé régulièrement aux travaux pratiques et accompli un stage hospitalier, pourront subir, en partie ou en totalité, un examen à matières multiples. Le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales sera délivré aux candidats reçus aux trois parties de cet examen.

Le cours commencera le 1er décembre 1927, à 18 h., à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine.

Il aura lieu tous les jours, à la même heure.

Les leçons orales sont publiques. Les exercices pratiques et stages sont réservés à ceux qui se seront fait inscrire en vue de l'obtention du certificat.

Les droits à verser sont de : un droit d'immatriculation, 60 fr.; un droit de bibliothèque, 40 fr.; un droit de laboratoire pour chacune des parties du cours, 250 fr.; un droit d'examen, 250 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Le nombre des places est limité.

II. *Diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris* (durée : deux ans). — Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine ayant passé le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales.

Il comprend quatre stages, d'un semestre chacun, passés dans certains services désignés spécialement. Deux de ces stages pourront, après demande adressée à M. le Doyen de la Faculté de médecine, être faits dans certains services de province ou de l'étranger.

A la suite de cette période de stage, les candidats présenteront un mémoire (dactylographié en sept exemplaires) sur un sujet de radiologie ou d'électrologie médicales.

Ils seront interrogés sur ce travail et sur l'ensemble de la radiologie et de l'électrologie médicales.

Les candidats ayant satisfait à ces épreuves recevront le diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

A titre transitoire, les docteurs en médecine ayant passé leur thèse avant 1918 pourront, en justifiant de trois ans de pratique radiologique et électrologique, être autorisés à subir l'examen du diplôme de radiologie et d'électrologie médicales en présentant un mémoire.

Les candidats au diplôme sont priés de bien vouloir s'inscrire au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 h., avant le 1er novembre 1927.

En s'inscrivant, ils devront déposer une demande indiquant les services où ils désirent accomplir leurs stages.

Les droits à verser sont de : deux droits annuels d'immatriculation à 60 fr., 120 fr.; deux droits annuels de bibliothèque à 40 fr., 80 fr.; un droit d'examen, 250 fr.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Par MM. CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

THYMUS. — POUMON

L'anatomo-physiologie du thymus. Son rôle en chirurgie. (H. Godard. *Revue de chir.*, 1926, n° 8.) — Les données classiques sur l'anatomie du thymus sont erronées. Elles sont basées sur des constatations faites dans les pavillons de dissection, c'est-à-dire sur des individus morts de maladies chroniques ou de misères physiologiques, toutes conditions capables de modifier le volume, le poids, l'aspect de la glande normale.

Pour éviter ces causes d'erreur il faut, à la manière de Hammar, ne considérer que des thymus de sujets morts subitement. L'étude doit également porter sur les deux sexes et sur des individus de tous les âges.

Dans ces conditions le poids du thymus oscille entre 7 et 31 grammes avec une moyenne de 15g68. Quand la nutrition a été troublée profondément, le thymus est toujours atrophié.

L'involution de la glande fixée classiquement à la troisième année, se produit en réalité plus tard, vers la puberté. Quoi qu'il en soit, à quinze ans le volume du thymus est toujours considérablement réduit; à vingt-cinq ans il n'existe plus qu'à l'état de vestige; à quarante ans il disparaît presque complètement. Mais un examen attentif permet d'en retrouver des traces même dans la vieillesse la plus avancée.

Du point de vue de l'anatomie topographique les auteurs n'ajoutent que peu de renseignements aux données anciennes. Ils insistent sur ce fait que le pôle inférieur de la glande repose sur la base du cœur et s'insinue entre l'aorte, l'artère pulmonaire et la veine cave supérieure. Son pôle supérieur est dans 20 p. 100 des cas en contact avec le bord inférieur du corps thyroïde.

Le système lymphatique établirait des communications intimes entre le thymus et la thyroïde au point que le thymus pourrait accumuler un excès des sécrétions thyroïdiennes.

L'histo-physiologie s'est enrichie de quelques notions nouvelles concernant les « petites cellules thymiques » que certains considèrent comme des thymocytes, d'autres comme des lymphocytes.

Les corpuscules de Hassal seraient des centres d'involution ayant la même signification que les globes épidermiques des tumeurs épithéliales. A côté de ces formations existent des éléments d'inclusion de tissu parathyroïdien.

Un ferment thymique a été isolé, sorte de nucléose capable de modifier l'hydrolyse des nucléoprotéides. Ce ferment n'est pas spécifique; on le rencontre dans le foie et la rate.

Les phénomènes d'involution sont souvent troublés par l'existence d'un thymus accessoire, du moins chez certains animaux.

Les maladies chroniques, le jeûne, les rayons X, la grossesse produiraient une involution accidentelle qui cesserait dès que l'alimentation redevient riche en nucléines. La glande se transforme dans ces conditions en un organe purement épithélial.

Pour Regaud et Crémieu, le thymus est un tissu lympho-épithélial et conjonctif particulier, myélogène, présentant parfois une fonction hématopoiétique discrète.

Sous l'action de la radiothérapie dans le traitement de la maladie de Basedow une involution thymique se produit avec excrétion exagérée d'acide urique. La castration, même après la puberté entraîne l'hyperplasie du thymus et certains auteurs considèrent qu'une lésion de la glande interstitielle testiculaire ou ovarienne s'accompagne toujours d'une excitation fonctionnelle du thymus.

Les recherches sur la physiologie ont été entreprises à l'aide des procédés habituels :

I. Étude sur des animaux thymectomisés;

II. Étude sur des animaux greffés ou hyperthymisés;

III. Étude des extraits thymiques et des sérums thymotoxiques.

Il convient de s'adresser à des animaux jeunes pour anihiler les synergies glandulaires toujours possibles.

L'insuffisance thymoprive se traduit par de l'amaigrissement, de la voracité, un arrêt de développement du squelette, des troubles cutanés, une déchéance psychique et somatique aboutissant à la cachexie et à la mort.

La thymectomie s'accompagne des mêmes phénomènes. Elle est donc, quoi qu'on en ait dit incompatible avec l'existence.

Du côté du squelette on constate un gonflement des épiphyses, l'apparition du chapelet rachitique, une moindre calcification due à un trouble du métabolisme calcique ou comme le pense Launois, à une intoxication acide. Les nucléines du thymus neutralisent normalement l'acide phosphorique circulant; chez les animaux éthymiés l'acide reste libre et solubilise les sels de calcium, d'où l'élimination excessive de ces sels.

Ceci explique les quelques succès obtenus dans le traitement du rachitisme par l'opothérapie thymique.

L'hypertrophie du thymus fréquemment observée au cours des leucémies et des lymphadénies porte à croire que le rôle de la glande est important dans l'hématopoïèse. L'ablation de la rate chez les animaux éthymiés entraîne la mort, or la rate est le principal organe compensateur du thymus.

Les extraits aqueux ont une action hypotensive nette, mais il en est de même des extraits de beaucoup d'autres organes. Pour Parisot, Schwartz et Lederer, cette action serait due peut-être à la présence de choline. Les propriétés diurétiques et galactogènes sont purement hypothétiques.

La sécrétion thymique aurait une influence élective déprimante sur le centre respiratoire cérébral et Wensel pense que l'extrait contient une hormone vagotonique autagoniste de l'adrénaline.

L'injection d'extraits thymiques d'athrepsiques ne produit pas d'hypotension; c'est donc la partie lymphocytaire (qui manque chez ces individus) qui donne à l'extrait son rôle hypotenseur.

L'hyperthymisation ne s'obtient que difficilement avec les extraits. Avec les greffes, surtout si elles sont jeunes, on arrive à quelques résultats : adiposité, accroissement net de la taille. La greffe de thymus à des animaux antérieurement éthymiés arrête l'évolution des troubles trophiques sans cependant empêcher la mort.

Chez l'homme, l'emploi des extraits donne des résultats favorables dans le traitement du psoriasis grave, et la radio-

Un Progrès dans le Traitement de la Constipation



LE LORAGA est la première Emulsion d'huile de paraffine et d'agar-agar employée ; elle possède les avantages suivants : homogénéité et stabilité parfaites ; goût agréable malgré l'absence de tout arome artificiel ; absence de sucre, d'alcalis et d'alcool; pas de contre-indications; pas d'écoulement d'huile; pas de coliques ni de douleurs intestinales ; pas de nausées ni de troubles gastriques ; pas d'accoutumance.

¶*MM. les Médecins qui en feront la demande recevront gracieusement un échantillonnage suffisant de ce produit, pour leurs essais cliniques.*

DE toutes les affections susceptibles de frapper l'espèce humaine aucune n'a bénéficié d'une thérapeutique en progrès aussi sensible que le traitement de la constipation. Et s'il en faut une preuve elle nous est certainement fournie par le

LORAGA

Ce produit a une composition qui s'inspire directement des études et des recherches les plus récentes relatives aux moyens de conserver à l'intestin son fonctionnement normal. La pratique montre d'ailleurs qu'il corrige les troubles fonctionnels de l'intestin avec une rapidité et une efficacité qui ne peuvent laisser aucun doute quant à sa supériorité sur les laxatifs et cathartiques courants.

Préparé avec de l'huile de paraffine et de l'agar-agar, sélectionnés avec le plus grand soin, émulsionnés par un procédé spécial qui permet une division très fine des globules d'huile en même temps qu'une stabilité exceptionnelle de la préparation combinés enfin dans des proportions que des études cliniques très poussées ont démontré qu'elles correspondent de fort près à l'état de l'intestin, tout explique que le Loraga ait une action aussi puissante, aussi persistante et aussi importante par ses répercussions sur l'état général.

Plus nombreux de jour en jour sont les médecins qui s'adressent au Loraga et l'emploient de préférence aux évacuants classiques. Ils constatent, en effet, après une expérimentation clinique sur plus de 400 cas de constipation, que ce produit " ramène à son état normal la fonction de l'intestin au moyen de procédés uniquement physiologiques " et qu'il marque un pas en avant dans le traitement rationnel de la stase intestinale.

LABORATOIRES SUBSTANTIA
GUILLEMOTEAU & CIE, PHARMACIEN
70, RUE DE STRASBOURG, VINCENNES (Seine)

thérapie du thymus est à conseiller dans la myosthénie pseudo-paralytique, le lichen plan et l'ichtyose.

Le thymus est-il une glande endocrine? Si l'on s'en réfère aux idées de Gley sur les sécrétions internes, il est impossible d'admettre qu'il en soit ainsi..

Ni l'histophysiologie, ni l'expérimentation n'ont permis d'isoler une hormozone thymique. Cependant, étant donné le rôle du thymus dans la morphogenèse, il est logique d'admettre l'existence d'une sécrétion spéciale d'autant que des travaux récents ont démontré la présence d'hormones dans la sous-maxillaire, le rein et le cœur.

Certains auteurs vont plus loin et pensent que le thymus fabrique la toxine responsable des accidents tétaniques.

Mais tout le monde est d'accord pour affirmer que le thymus est l'organe de réserve des nucléoprotéides. Ces dernières seraient libérées sous l'influence d'une modification brusque du pH.

Le thymus serait aussi une glande hypervagotonique. Cette opinion semblerait confirmée par l'action favorable des extraits thymiques sur le pneumogastrique dans les formes vagotoniques du Basedow,

Quoi qu'il en soit, la multiplicité des fonctions de cet organe force à admettre qu'il ne s'agit pas là d'une formation transitoire. Les mots de reviviscence et de persistance du thymus doivent être abandonnés.

La pathologie est assez complexe.

Sous le nom d' « état thymolymphatique », on désigne une hyperplasie lymphoïde avec ou sans aplasie vasculaire, accompagnée de troubles osseux. On note de la pâleur de la peau, une bouffissure adipeuse des téguments, un développement insuffisant des glandes génitales, de la splénomégalie, une légère hypertrophie thyroïdienne et une exagération de l'émotivité.

Il s'agit là d'une entité morbide contestable, vraisemblablement d'une forme rare du rachitisme.

Le goitre thymique, fréquent chez l'enfant donne des troubles respiratoires connus sous le nom d'asthme thymique ou de stridor congénital.

La compression des voies aériennes ou des vaisseaux de la base du cœur explique souvent, mais non toujours, les phénomènes observés. L'affection releva longtemps de la chirurgie. Actuellement, dans bon nombre de cas, la radiothérapie tend à la suppléer.

Les tumeurs du médiastin antérieur ont souvent une origine thymique. En 1890, Letulle rapportait 7 observations cliniques et histologiques de lymphosarcomes typiques et atypiques.

On sait depuis, qu'à côté des thymomes purs, lymphosarcomes ou épithéliomes, il existe aussi des tumeurs donnant des réactions sanguines du type leucémique.

Wenglovski considère que toutes les fistules et les kystes latéraux du cou sont dus à la persistance partielle du canal thymo-pharyngien reliant l'extrémité postérieure de la troisième fente branchiale au thymus. 21 fois sur 65, il a retrouvé sur des coupes sériées d'adultes et d'enfants des vestiges de ce canal, vestiges dont la structure était identique à celle des fistules et kystes congénitaux.

Depuis les travaux de Martham remontant à 1858, on ne saurait douter des relations qui existent entre la maladie de Basedow et l'hypertrophie du thymus. Ces constatations ont suscité une théorie thymique du goitre exophtalmique dont l'interprétation demeure difficile.

Ce qui est incontestable, c'est la fréquence des morts subites dans les jours qui suivent l'ablation de la thyroïde. Ces accidents relèvent peut-être de l'hyperthymisation, peut-être aussi de troubles mécaniques réflexes. Il est impossible actuellement de répondre avec certitude.

En dehors de la coexistence d'un goitre exophtalmique, la « mort thymique » est encore possible », et pour l'expliquer, deux théories ont été proposées : l'une mécanique, l'autre constitutionnelle.

On a prétendu que la cause devait en être cherchée dans le volume exagéré du thymus. Or, sur 14 cas, Hammar n'a trouvé des chiffres au-dessus de la normale que sur deux cadavres.

Sous l'influence des idées actuelles, on a décrit une théorie anaphylactique.

La mort serait la conséquence d'une hypersécrétion thymique. On a invoqué enfin une théorie vagotonique par dysfonctionnement thymique; mais aucun argument ne permet de confirmer ou d'infirmer ces théories.

Action du poumon sur la coagulation du sang et sur le métabolisme des hydrates de carbone et des graisses. (Roger et Binet, *Journ. méd. franç.*, n° 17, juillet 1927.) — Etudiant l'action du poumon sur le sang circulant, les auteurs ont recueilli le sang du cœur droit et celui du cœur gauche, en utilisant la technique suivante :

Une sonde introduite par la jugulaire externe et poussée jusqu'au ventricule droit permet de recevoir le sang du cœur droit. Celui du cœur gauche est prélevé dans la carotide, mais pour que les résultats soient comparables, on lui fait traverser une sonde identique à celle qui a servi à recueillir le sang veineux.

Exécutée sur un chien normal, cette technique a permis les conclusions que voici :

1° Le sang artériel se coagule plus lentement que le sang veineux, mais le caillot est plus rétractile.

2° Le sang asphyxique se coagule plus rapidement que le sang normal.

3° Le sang artériel est moins riche en calcium que le sang veineux.

D'autre part, Doyon a montré que l'injection intra-veineuse de peptone entraîne un retard de la coagulation et que le caillot, une fois formé, se redissout facilement. Ainsi, il semble que le poumon réponde à l'injection de peptone par l'élaboration d'une antithrombine.

Mais l'action du poumon sur le sang est plus complexe; elle se fait sentir encore sur sa teneur en sucre.

On sait, depuis les travaux de Chauveau, que le sang veineux contient moins de sucre que le sang artériel. Les auteurs ont repris ces travaux en dosant comparativement le sucre libre et le sucre protéidique. Comme Chauveau, ils ont trouvé le sang du cœur gauche plus riche en sucre libre; par contre, il contiendrait moins de sucre protéidique; durant la traversée du poumon, ce sucre serait attaqué, et du glucose mis en liberté.

Le poumon diminuerait également la quantité d'acide lactique du sang dans des proportions appréciables.

Enfin, les auteurs ont dosé les graisses suivant la méthode de Kumagawa sur les deux échantillons de sang. Ils ont trouvé 0g480 pour le sang du cœur gauche et 0g413 pour celui du cœur droit en opérant sur 100 centimètres cubes. Les résultats sont les mêmes que l'on opère sur le sang total ou seulement sur le sérum.

Les graisses qui réussissent à traverser le parenchyme pulmonaire se modifient ensuite dans le courant circulatoire par un phénomène comparable à la glycolyse.

Il semble que le rôle du poumon vis-à-vis des graisses soit identique à celui du foie vis-à-vis des autres substances alimentaires : il les arrête, les modifie, permet leur attaque ultérieure dans le sang circulant.

APPAREIL DIGESTIF. — RATE

L'acidité gastrique après la gastro-entérostomie et la gastrectomie. (Einar Perman. *Acta chir. Scandinavica*, mai 1927, vol. LXI, f. 5 et 6.) — La création d'une fistule gastrique est considérée par bon nombre de chirurgiens comme un adjuvant précieux dans toutes les opérations sur l'estomac

notamment si la clinique a révélé la dilatation habituelle de cet organe.

Une gastrostomie faite dans ces circonstances limite le danger d'une insuffisance des sutures, car elle permet d'éviter toute tension exagérée causée par la rétention du contenu gastrique. Grâce à elle, le malade peut boire à sa soif sans nausées ni vomissement. On lui évite aussi la manœuvre pénible du lavage de l'estomac.

La gastrostomie a été accusée de diminuer notablement l'acidité gastrique.

L'auteur a déterminé cette acidité sur vingt malades dans les jours qui ont suivi immédiatement l'intervention. Treize avaient subi une gastro-entérostomie et sept une résection plus ou moins étendue.

Chez les premiers le taux d'acidité fut trouvé toujours élevé, parfois même plus élevé que chez des sujets non opérés.

Chez les seconds les résultats furent variables. Il semble qu'une résection portant sur la zone prépylorique ou sur le bas-fond gastrique laisse subsister une production normale d'acide chlorhydrique. Mais si la résection supprime une partie importante de la grosse tubérosité on note de l'anachlorhydrie, voire même de l'hypochlorhydrie.

La perte d'HCl par la fistule crée le danger de la « tétanie gastrique ». Pour lutter contre cette complication il est nécessaire d'administrer aux malades des solutions sucrées et salées par la voie rectale ou veineuse.

L'absorption digestive des matières alimentaires, en particulier des albumines et des graisses. (COMBEMALE. *Écho méd. du Nord*, juin 1927.) — Pour que la bouillie alimentaire franchisse la barrière intestinale, il faut que les aliments qui la composent soient solubilisés. Cette condition nécessaire, n'est pas toujours suffisante.

On conçoit que l'eau, les sels, la glycérine soient absorbés directement; il n'en saurait être de même des hydrates de carbone et des albumines.

Ces dernières, à moins de provenir de la chair d'un individu de même espèce, sont nocives pour l'organisme. Absorbées « en nature » elles donnent fatalement naissance à des troubles graves d'anaphylaxie.

Quel mécanisme préside donc à leur absorption?

Les sucs digestifs désagrègent la molécule protéique en ses éléments; les acides aminés. Ceux-ci traversent l'intestin et pénètrent dans le courant circulatoire.

Leur présence dans le sang a été maintes fois démontrée.

Abderhalden, opérant sur des masses de 50 à 100 litres a pu isoler le glycocolle, l'alanine, la valine à l'état d'acides aminés libres.

Abel, réalisant la dialyse du sang vivant, a retrouvé les mêmes substances dans le torrent circulatoire d'un animal en digestion.

Le sang fournit ainsi à tous les tissus de l'organisme les éléments constitutifs de la molécule d'albumine, et c'est au sein de ces tissus que se reforme cette molécule, comme l'avait entrevu Conheim.

Les graisses étant insolubles dans l'eau, ne peuvent pas davantage franchir « en nature » la barrière digestive; elles la franchissent cependant puisqu'on a démontré leur présence dans les chylifères sous forme de fines gouttelettes. La graisse s'y trouve en réalité à l'état d'émulsion stable. Il semble donc naturel de penser que c'est sous cette forme que se fait le passage des corps gras à travers la muqueuse, d'autant que l'action combinée du suc pancréatique et de la bile crée justement cet état d'émulsion.

L'hypothèse de fins canalicules puisant l'émulsion à la surface des cellules épithéliales n'a pu résister à l'observation microscopique.

On a supposé que, sous l'influence de la pression s'exerçant sur le chyme intestinal, l'émulsion pénétrait par l'interstice des cellules, à la façon d'un liquide traversant la paroi d'un filtre.

On a supposé même, que les leucocytes se chargeaient d'émulsion et la transportaient avec eux.

Ce sont là autant d'hypothèses que l'observation directe n'a jamais confirmées.

La théorie la plus acceptable est celle de Pflüger. Les graisses étant émulsionnées, offrent une surface considérable à l'action d'une diastase saponifiante qui les hydrolyse.

La glycérine est absorbée telle qu'elle. Les acides gras se combinent aux carbonates alcalins de la bile et donnent des savons, corps solubles et directement absorbables.

La reconstitution se produit très vite, non plus au sein des tissus comme pour les hydrates de carbone, mais dans la paroi intestinale elle-même.

Physiologie de la rate. — M. L. BINET (Publications Chahine, 1927.) — Il n'est pas un organe dont le rôle physiologique soit plus considérable que celui de la rate.

Elle élabore les éléments figurés du sang et participe à l'hémolyse.

Elle fabrique la cholestérine et intervient dans le métabolisme des albuminoïdes, des graisses et des hydrates de carbone.

Elle maintient en réserve les globules rouges et les dispense à l'organisme en cas d'hémorragies ou d'asphyxie.

Etant données la multiplicité et l'importance de la physiologie splénique, l'auteur accepte difficilement, pour expliquer la survie des sujets splénectomisés, l'hypothèse de phénomènes de suppléances au niveau du foie, des ganglions, de la moelle osseuse, etc. Il se demande s'il n'est pas plus logique de croire au développement de rates supplémentaires assurant rapidement la vicariance splénique.

APPAREIL GÉNITAL SYMPATHIQUE PELVIEN

Un cas de vagin et d'utérus double. (FAVREAUX, communication à la *Soc. de méd. et de chir.* de Bordeaux, séance du 27 mai 1927.) — Une femme de trente-cinq ans, dont les règles ont toujours été normales présente deux vagins perforés sans communication l'un avec l'autre.

Au fond de chacun des vagins existe un col utérin bien conformé. Le toucher rectal permet de sentir en avant deux masses accolées mais distinctes ayant chacune la forme d'un utérus.

Action des extraits thymiques sur le développement des organes génitaux. LEREBOULLET et GOURNAY (communication à la *Soc. de pédiatrie*, 5 juillet 1927.) — Les auteurs ont étudié l'action opothérapique de l'extrait thymique sur le développement sexuel. Reprenant les expériences déjà anciennes de J. Camus et Gournay, ils ont fait ingérer à des chiens atteints d'atrophie génitale par lésion de la région infundibulo-tubérienne de grosses quantités de ris de veau crus.

Mais les résultats les plus intéressants ont été obtenus à la suite d'injections sous-cutanées d'un extrait perthymique.

Dans quatre cas de cryptorchidie uni ou bilatérales avec atrophie du testicule, ils ont observé la descente des glandes ectopiées et leur augmentation de volume.

Les symptômes secondaires : obésité, polyurie, altérations de l'état général ont été parfois sensiblement améliorés. Mais, à ce point de vue, l'action de l'extrait perthymique a paru moins accusée et moins constante.

Contribution à l'étude de l'action du sympathique sur le régime circulatoire de l'utérus. (L. MICHON et H. QUINCIEN. *Lyon chir.*, n° 5, 1926.) — Cet article s'ouvre par une étude des poussées congestives intermenstruelles. Un certain nombre de travaux ont été publiés sur cette question, mais il semble qu'on ait souvent confondu des phénomènes fort diffé-

rents : les uns vaso-moteurs physiologiques, les autres congestifs, pathologiques.

A Stapfer revient le mérite d'avoir mis en évidence ces phénomènes et d'en avoir déterminé le rythme physiologique.

Au début des règles, l'utérus d'une femme adulte et bien portante présente le volume d'un œuf de poule. Ce volume augmente très peu tout d'abord, puis brusquement, vers le huitième jour, l'augmentation est rapide et l'utérus présente du dixième au douzième jour l'aspect d'un bel œuf de dinde. L'organe est alors mollasse et congestionné par la stase sanguine.

A cette période de trois jours, Stapfer a donné le nom de « premier Molimens ».

Au treizième jour, on constate une diminution très rapide du volume de la matrice qui, au quinzième, est redevenue normale. Il n'existe plus de stase veineuse, mais, au contraire une accélération du courant artériel.

Enfin, autour du vingt et unième jour et pendant trois autres jours, se produit une nouvelle congestion passive : le « deuxième Molimens ». Puis le volume de l'utérus diminue progressivement. A l'arrivée des nouvelles règles, l'organe présente son maximum de décongestion et de tonus musculaire avec un minimum de volume.

Le même cycle recommence pour le mois suivant.

Le premier molimens est constant dans sa date d'apparition ; le deuxième l'est moins. Il semble que la production du premier soit liée aux règles passées, celle du second aux règles qui vont suivre.

Ces phénomènes de congestion ne sont pas localisés au seul utérus; tout le contenu du pelvis y participe : annexes, ligaments, muscles.

Stapfer croit que « l'engorgement » du premier molimens répond à la maturation du follicule de de Graaf, et celui du deuxième à la maturation du corps jaune.

Quel que soit le « primum movens » de ces phénomènes on est d'accord pour admettre que les variations de volume de l'utérus se font par l'intermédiaire du sympathique.

Les auteurs rapportent l'observation d'une malade qu'ils ont pu suivre de très près et qui présentait à chaque période congestive des phénomènes douloureux intenses avec sensation de pesanteur abdominale.

Cette femme, âgée de vingt-huit ans ne portait aucune lésion génitale; l'utérus semblait pourtant rétrofléchi légèrement de temps à autre.

Une sympathectomie hypogastrique bilatérale fut réalisée dans des conditions satisfaisantes : on réséqua la gaine périartérielle sur 4 centimètres à partir de la bifurcation iliaque; la contraction du vaisseau fut observée très nettement. Du même coup on pratiqua une ligamentopexie par le procédé de Pellanda.

On constata rapidement une amélioration fonctionnelle considérable.

Le volume de l'utérus, qui à chaque période congestive dépassait de beaucoup la moyenne physiologique se modifia et les douleurs disparurent.

C'est bien à la sympathectomie qu'est dû ce résultat. La ligamentopexie faite comme temps complémentaire a pu mettre l'utérus dans de meilleures conditions circulatoires, mais les auteurs rappellent que la rétroversion n'était que passagère et fonctionnelle.

A ce travail sont annexés de nombreux graphiques tracés avant et après l'intervention; ingénieusement imaginés ils facilitent la lecture du texte.

Constitution, forme et rapports du nerf présacré. (J. Delmas et Laux. *Montpellier méd.*, 1927, n° 9.) — Le nerf présacré ou plexus hypogastrique supérieur, a été étudié par les auteurs sur cinquante cadavres d'âge et de sexe différents.

C'est un « complexe nerveux » impair et médian, situé au voisinage de la bifurcation de l'aorte. Avec la chaîne sympathique latéro-vertébrale, il constitue l'origine principale du sympathique pelvien.

On lui distingue trois portions : les racines, qui convergent à sa partie supérieure, le nerf proprement dit, ses branches de terminaison.

Les racines se différencient en droite, moyenne et gauche.

La droite a pour point de départ trois filets qui se réunissent à un centimètre au-dessous de l'artère rénale droite. De ces filets, le plus interne provient d'une anse nerveuse croisant l'aorte au niveau de l'émergence de la mésentérique supérieure, le moyen sort du ganglion semi-lunaire et du plexus du tronc cœliaque; l'externe enfin prend naissance dans le plexus rénal péri-artériel droit.

La racine moyenne, variable dans sa forme et son importance est formée par un ensemble de très minces filets. Partis du plexus mésentérique inférieur, ils vont se perdre dans le nerf présacré qu'ils abordent exactement dans l'angle de convergence des racines droite et gauche.

La racine gauche résulte de la réunion de deux branches nerveuses issues du premier et du deuxième ganglions de la chaîne sympathique lombaire gauche. Elle descend d'abord sur le bord gauche de l'aorte, passe ensuite sur sa face antérieure et marche à la rencontre de la racine droite.

Une étude approfondie des racines droite et gauche révèle une différence de structure profonde.

La droite est formée de fibres externes, blanches, claires et nombreuses, et de fibres internes grises et rares. Seules les fibres blanches participent à la formation du nerf présacré.

La gauche présente les mêmes variétés de fibres, mais à son niveau elles ne sont plus accolées aussi intimement; elles descendent côte à côte gardant habituellement jusqu'au bout une individualité complète. Là encore, seules les fibres blanches aboutissent au nerf présacré.

Le *nerf proprement dit* résulte de l'union des trois racines. Son aspect est variable. Dans 20 p. 100 des cas les racines se confondent pendant quelques centimètres. Cette fusion cependant n'est qu'apparente. Une dissection minutieuse montre que les racines extrêmes sont seulement juxtaposées, sans pénétration réciproque de leurs éléments. Les fibres de la racine moyenne se perdent dans leur masse.

Mais le plus souvent, racines droite et gauche n'arrivent pas en contact. Elles se rapprochent surtout au voisinage de la bifurcation de l'aorte et presque aussitôt s'écartent de plus en plus, au fur et à mesure qu'elles descendent vers le détroit supérieur.

L'espace triangulaire qu'elles délimitent est rempli par des anastomoses et surtout par l'épanouissement des filets de la racine moyenne.

Ainsi constitué le nerf reçoit au cours de son trajet d'autres branches de volume moindre, toutes ont la même signification que les racines droite et gauche.

Les *branches de terminaison* sont au nombre de deux. Elles ne sont que la continuation des racines extrêmes.

Dans son ensemble ce « complexus nerveux » rappelle la structure des nerfs grand et petit splanchniques, aussi les auteurs proposent-ils de le nommer « nerf splanchnique pelvien ».

Rapports. — Leur étude n'a été le plus souvent que la confirmation des descriptions classiques.

Il convient cependant de faire les remarques suivantes :

Le nerf présacré se projette sur la Vᵉ vertèbre lombaire et ne se continue jamais au-dessous du promontoire.

Les rapports avec les troncs vasculaires sont variables du fait que la division de l'aorte se produit plus ou moins haut suivant l'âge du sujet.

Chez l'enfant, le nerf est accolé à la paroi aortique.

Chez l'adulte il répond à la veine iliaque primitive gauche et à la moitié inférieure de la Vᵉ lombaire.

Chez le vieillard il repose sur l'artère iliaque primitive gauche.

Le nerf est toujours plongé dans une atmosphère conjonctive dense qui le sépare du péritoine en avant, des vaisseaux et du squelette en arrière.

Vers la terminaison du nerf, cette lame conjonctive adhère intimement au périoste de la Ire vertèbre sacrée. A ce niveau, les tentatives de décollement doivent être prudentes, elles exposent à la déchirure de l'artère et de la veine sacrées moyennes.

SANG ET VAISSEAUX

Contribution à l'étude de l'action hémostatique de citrate de sodium. (GOIA et PÉTRI. *Paris méd.*, 1927, n° 34.) — Les propriétés hémostatiques du citrate de soude sont connues et mises à profit depuis les travaux des chirurgiens américains Neuhoff et Hirschfeld.

Si tous les cliniciens sont d'accord pour reconnaître le fait, leurs opinions varient considérablement quand il s'agit de l'expliquer.

Neuhoff et Hirschfeld pensent que le citrate détermine simplement une hypercoagulabilité sanguine.

Renaud incline à croire que le citrate influence le système nerveux végétatif, en particulier le système vaso-moteur, et que son action hémostatique se résume en une inhibition des vaso-dilatateurs des artérioles et capillaires.

Normet croit à une vaso-constriction déterminée par les ions du sodium qui sont mis en liberté peu de temps après l'injection de citrate.

En présence de cette incertitude sur le mécanisme du phénomène, Goia et Petri ont entrepris des recherches sur 40 malades, en utilisant une solution à 30 p. 100 dont ils injectent dans les veines de 3 à 6 grammes.

Pour chaque sujet, ils ont déterminé avant l'injection le nombre des hématies, des leucocytes et des thrombocytes, les temps de coagulation et de saignement. Après l'injection, toutes les dix minutes, ils ont suivi les modifications de ces épreuves et les variations du nombre des éléments figurés.

La coagulabilité diminue nettement pendant le quart d'heure qui suit l'injection, puis brusquement augmente pendant vingt-quatre heures.

Le temps de saignement reste le même, mais le saignement se produit d'une façon arythmique.

L'examen des éléments figurés ne montre aucune modification en ce qui concerne le nombre et la morphologie des hématies. Par contre, les leucocytes et les thrombocytes deviennent plus rares dans le sang périphérique et s'agglomèrent dans les organes internes. Vingt minutes après l'injection un nouveau déplacement s'opère dans le sens inverse. Il ne s'agit donc pas d'une destruction de cellules, mais exactement d'un changement dans leur distribution.

Tous ces phénomènes doivent être considérés comme les symptômes d'un choc anaphylactique consécutif à l'introduction brusque du citrate dans le sang circulant.

Le mécanisme qui détermine l'hémostase est donc fort complexe. Celle-ci semble être facilitée à la périphérie par la vaso-constriction des capillaires, et dans les régions splanchniques par l'agglomération des thrombocytes et des leucocytes.

Sur les origines de la veine jugulaire externe chez l'homme adulte. (VILLEMIN et SIMÉON. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1927, n° 33.) — La plupart des classiques font naître la jugulaire externe au voisinage du col du condyle du maxillaire inférieur par réunion de la temporale superficielle et de la maxillaire interne. Elle traverse la parotide, croise le sterno-mastoïdien, descend vers le creux sus-claviculaire et se jette dans la sous-clavière, parfois dans la jugulaire interne. Dans son trajet elle reçoit de nombreuses veines : auriculaire postérieure, occipitale, scapulaire postérieure.

Au sein du tissu parotidien, la jugulaire externe communique avec l'interne par une grosse veine transversale qui, passant tantôt au-dessus, tantôt au-dessous du digastrique, se jette dans la veine faciale ou directement dans la jugulaire interne. C'est la veine carotide externe.

Pour d'autres anatomistes, la jugulaire externe résulte de la jonction, en arrière de la parotide, de la veine occipitale et des veines superficielles du cou. Elle gagne le creux sus-claviculaire en cheminant parallèlement au sterno-mastoïdien et aboutit à la jugulaire interne ou à la sous-clavière.

Un tronc anastomotique superficiel unit la jugulaire externe à la faciale postérieure ou à la faciale commune.

Ces deux façons de considérer les origines de cette veine ne sont pas aussi différentes qu'elles le paraissent. Il suffit pour s'en convaincre de comparer les schémas. On constate qu'ils sont superposables et que seule diffère l'interprétation donnée aux troncs anastomotiques.

Des recherches faites par les auteurs sur plus de 40 sujets permettent de conclure que les origines de la jugulaire externe sont en réalité fort variables et qu'il n'est pas possible de simplifier à ce point leur description. Tout au plus peut-on réduire les schémas à trois types principaux :

Premier type. — La temporale superficielle et la maxillaire interne se rejoignent au niveau du col du condyle et donnent le tronc de la jugulaire externe. Il n'existe ni communicante intraparotidienne, ni faciale postérieure.

Conséquemment, le vaisseau draine à son origine le sang veineux de la paroi cranienne et celui des régions profondes de la face. Il peut même dans certains cas recevoir le sang de la faciale antérieure.

Une telle disposition se rencontre 36 fois sur 100.

Deuxième type. — La jugulaire externe n'est que la continuation de la veine occipitale. A des niveaux variables elle reçoit les veines superficielles de la partie postérieure du cou. Souvent elle ne se forme qu'au tiers inférieur du triangle sus-claviculaire. En aucun cas elle ne présente de connexions avec la temporale superficielle ou la maxillaire interne. La communicante intraparotidienne est toujours très volumineuse.

Cette disposition s'observe 32 fois sur 100.

Troisième type. — Il répond aux descriptions des classiques et comprend tous les cas dans lesquels il y a coexistence de la jugulaire externe et de la veine communicante intraparotidienne.

Ces deux veines naissent de la confluence de la maxillaire interne et de la temporale superficielle.

Ce troisième type est aussi fréquent que le type précédent.

Anatomie schématique du tronc cœliaque et son importance en chirurgie. (ALCALA SANTAELLA. *La Medicina ibera*, 4 déc. 1926, t. XX, vol. II, p. 499.) — Cette étude est basée sur 50 dissections cadavériques. Elle se divise en trois parties qui concernent respectivement l'origine du tronc cœliaque, ses branches et les anomalies de l'artère hépatique.

I. *Origine du tronc cœliaque.* — Il naît presque toujours de la face antérieure de l'aorte. Dans deux ou trois cas seulement, son origine siégeait sur la face gauche. Il arrive que l'hépatique et le coronaire stomachique partent directement de l'aorte, le tronc cœliaque proprement dit étant alors au-dessus ou au-dessous de ces vaisseaux. La longueur du tronc est très variable et va de 1 à 5 centimètres. Son mode de division comporte trois types principaux :

Dans le premier type les trois branches principales, hépatique, splénique et coronaire se séparent au même point;

Dans le deuxième type le coronaire se détache du tronc avant les deux autres et semble n'être qu'une collatérale;

Dans le troisième type on a deux troncs dont l'un donne la coronaire et l'hépatique et l'autre la splénique.

Le tronc cœliaque n'a que rarement de petites collatérales qui vont au pancréas et au diaphragme. Son émergence est au

centre de la petite courbure gastrique, généralement à 4 centimètres au-dessus du bord supérieur du pancréas.

II. *Étude des branches du tronc cœliaque.* — 1° *La coronaire stomachique* naît tantôt du tronc cœliaque, tantôt de l'aorte, tantôt d'un tronc voisin. La direction est tantôt ascendante, horizontale ou descendante, le plus souvent ascendante. Son mode de terminaison est le plus souvent conforme à la description classique dans laquelle on la voit distribuer ses branches à l'estomac à partir du moment où elle aborde la petite courbure. Quelquefois elle émet une hépatique accessoire dont l'importance est très grande en chirurgie gastrique.

2° La *splénique* dont l'origine est variable comme on l'a vu précédemment passe tantôt en avant, tantôt en arrière du pancréas et parmi les collatérales, une des plus intéressantes, est une hépatique accessoire que l'auteur a rencontré dix fois.

3° L'*hépatique* commune naît soit du tronc cœliaque, soit de l'aorte, soit de la mésentérique supérieure. Elle se divise en deux ou trois branches qui sont tantôt une, tantôt deux artères hépatiques et une gastro-duodénale et cette division peut être en rapport avec la face antérieure, le bord droit ou le bord gauche de la veine porte.

4° Les variations de l'*artère hépatique propre* dépendent de celles de l'hépatique commune.

5° Sur la *gastroduodénale*, l'auteur ne note rien comme rapports qui n'ait déjà été observé.

6° La *pylorique* peut se détacher de l'hépatique propre, de ses branches ou de l'hépatique commune. Elle s'anastomose avec la coronaire stomachique ou s'épanouit en plusieurs branches qui se distribuent à la région pylorique. Contrairement aux données classiques, c'est, d'après l'auteur, ce deuxième type qui est le plus souvent rencontré.

III. *Anomalies de l'artère hépatique.* — Elles peuvent être ramenées à trois types : l'artère hépatique naît de la mésentérique et pour se rendre au foie passe à droite de la veine porte; elle se divise, à peine née, en plusieurs branches terminales si bien qu'il n'y a pas alors d'hépatique propre; enfin elle peut être double l'une venant de la mésentérique supérieure, l'autre du tronc cœliaque, celle-ci suivant jusqu'au foie un trajet oblique qui passe en arrière de la veine porte. Quant aux branches de division de l'artère hépatique propre, elles ont avec les voies biliaires des rapports variables passant tantôt par parties en avant et en arrière de ces voies, tantôt toutes en arrière d'elles.

Division anormale de l'artère poplitée. (H. Fischer. Communication à la *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux*, 26 juin 1927.) — Sur un homme de cinquante ans l'artère poplitée, après un trajet de 13 centimètres, se divise en trois branches terminales :

A. Une branche interne, la plus volumineuse, descend obliquement en dedans sur le plan musculaire de la jambe ; c'est la tibiale postérieure.

B. Une branche moyenne, grêle, appliquée sur le jambier postérieur, s'enfonce ensuite entre ce muscle et le fléchisseur du gros orteil pour gagner la face postérieure du ligament interosseux, c'est la péronière.

C. Une branche externe, de calibre intermédiaire, se porte en avant, descend entre le tibia et le péroné, c'est la tibiale antérieure.

Quelques collatérales présentent aussi des anomalies :

L'articulaire supérieure interne naît plus haut que l'externe.

Les jumelles s'échappent un peu au-dessous de l'articulation par un tronc commun.

Les articulaires inférieures naissent également par un tronc commun; l'externe est plus volumineuse que l'interne.

Toutes ces malformations sont relativement rares, mais l'absence du tronc tibio-péronier est vraiment exceptionnelle. Sur 153 sujets, Dubreuil-Chambardel ne l'a jamais observée. Sur 227, Quérain ne l'a rencontrée qu'une seule fois. Theile cite cependant un cas de ce genre dans son *Traité d'angéiologie.*

MEMBRES

Anomalie du muscle adducteur du petit doigt. (H. Fischer. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1927, n° 11.) — Ce muscle, très volumineux, descendait du tiers inférieur du tendon du cubital antérieur et du ligament péri-unciformien.

Un faisceau surnuméraire externe, obliquement dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, naissait sur le tendon du long supinateur par des fibres en éventail dont les plus élevées atteignaient le tiers moyen de ce muscle. Ces fibres se résumaient en un tendon qui se jetait à la face externe et inférieure de l'adducteur, en passant au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe.

L'innervation était assurée par deux filets venus du cubital.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 18 novembre 1927)

A propos de l'immunité antitétanique conférée par la sérothérapie. — M. Ch. Zœller expose les résultats qu'il a obtenus en examinant des sujets antérieurement traités par la sérothérapie antitétanique à l'occasion d'un traumatisme infecté. Il ne semble pas qu'une sérothérapie antérieure ou que le traumatisme à l'occasion duquel elle a été pratiquée, puissent modifier la réceptivité d'un sujet à l'égard de la toxi-infection tétanique.

Un cas de péritonite vraisemblablement syphilitique. Guérison. — M. Milian montre une jeune femme qui présenta un ascite avec anémie, ayant fait penser, au point de vue clinique, à une péritonite tuberculeuse ou à une cirrhose. La malade avait été soignée, deux ans auparavant, pour syphilis secondaire, mais elle n'avait suivi un traitement que pendant six mois. Etant donné ces antécédents, un traitement par le cyanure de mercure fut institué et la malade est aujourd'hui complètement guérie.

Résultats éloignés du pneumothorax artificiel. — M. Pissavy a constaté qu'au bout de trois ans, 42 p. 100 des malades succombent et au bout de quatre ans, environ 50 p. 100. L'auteur insiste sur ce fait que les complications sont d'autant moins fréquentes que le pneumothorax est pratiqué plus tôt.
M. Léon Bernard dit que sa statistique personnelle se rapproche de celle de M. Pissavy, mais pour lui, il y a intérêt à diviser les malades suivants qui sont porteurs de lésions avancées ou de lésions évolutives précoces. Dans cette dernière catégorie, il estime 55 p. 100 de guérisons et en prenant la statistique globale, une guérison complète de 24 p. 100.

M. Rist rapporte les résultats de sa statistique personnelle qui se rapproche de celle de M. Pissavy. Du 1er juillet 1919 au 1er juillet 1921, il a noté, après un recul de six ans, 33 p. 100 de décès globaux et chez les malades non traités, environ 90 p. 100 de décès.

L'abus des médicaments antisyphilitiques dans le traitement des affections cardio-vasculaires. — M. Donzelot estime que cet abus provient de deux causes :

1° Du fait que l'on considère *a priori* comme syphilitiques des syndromes cardio-vasculaires qui reconnaissent fréquemment une toute autre étiologie.

2° Du fait que les syndromes cardio-vasculaires authentiquement syphilitiques ne sont pas traités comme ils devraient l'être, mais

Pratiquement, les différentes éventualités peuvent se ramener à trois :

a. L'aptitude fonctionnelle cardiaque est suffisante et le bilan réno-hépatique satisfaisant. On doit faire un traitement par les sels de mercure.

b. L'aptitude fonctionnelle cardiaque est légèrement déficiente, le bilan réno-hépatique médiocre. Il faut commencer par un traitement cardiaque et diurétique, le traitement antisyphilitique doit seulement suivre et être encore plus prudent que précédemment.

c. L'aptitude fonctionnelle cardiaque est nettement déficiente et le bilan réno-hépatique mauvais. Il faut s'abstenir complètement de tout traitement antisyphilitique.

Sclérose nodulaire du poumon à type miliaire. Images radiologiques. — MM. Macaigne et Ricaud publient un cas de sclérose nodulaire du poumon, offrant l'aspect macroscopique de tuberculose miliaire fibreuse, généralisée, dont la cause n'a pu être formellement précisée. L'étude de MM. Macaigne et Ricaud montre que ces images peuvent se voir aussi dans certaines formes de sclérose nodulaire de type miliaire, qu'on ne peut attribuer formellement à la tuberculose.

L'épreuve du rose bengale dans la fièvre typhoïde. — MM. Fiessinger et Robert Castéran concluent de leurs recherches :

1° L'existence incontestable d'un trouble de la fonction chromagogue du foie d'autant plus marqué que la maladie est plus grave.

2° L'inocuité parfaite de cette méthode d'exploration même chez les septicémies.

3° L'inefficacité thérapeutique du rose bengale comme agent anti-infectieux et comme agent modificateur du milieu intestinal.

Infections micosiques méconnues. — M. G. Durante. L'auteur a observé 4 cas de mycoses : 1. chez une femme morte d'éclampsie dans le stroma du rein où ils ne déterminaient aucune réaction de voisinage; 2. chez une femme ayant fait de la température et ayant succombé à un œdème aigu du poumon. Les mycéliums étaient abondants dans l'utérus et surtout les poumons; 3. enfin deux tumeurs, considérées comme des sarcomes, n'étaient que des néoformations inflammatoires subaiguës relevant de ces parasites que nous avons pu mettre en évidence.

Les mycoses, moins virulents que les bactéries, entraînent moins de réactions locales et générales et sont plus difficiles à dépister.

Les observations précédentes représentent les trois formes principales :

1° *Forme latente.*
2° *Forme septicémique.*
3° *Forme pseudo-néoplasique.*

Le nodule mycosique, avec des volumineuses cellules géantes, a des caractères dépendant de la moindre virulence de ce parasite. Il a moins l'apparence du nodule tuberculeux que du pseudo-tubercule développé autour d'un corps étranger (épine, fil de soie).

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 3 novembre 1927)

Dyskinésie volitionnelle d'attitude d'un membre supérieur (mouvements involontaires, de caractères intermédiaires à ceux des myoclonies et des bradycinésies, nuls au repos, déclenchés par la contraction volontaire des muscles de l'épaule et du bras). — MM. Crouzon, Alajouanine et de Sèze montrent un malade qui présente un type très particulier de mouvements involontaires localisés à un membre supérieur. Nuls au repos, ces mouvements apparaissent lors de l'abduction et de l'élévation du bras; ils portent sur les muscles périscapulaires et sur les supino-fléchisseurs de l'avant-bras; ils sont brusques, cloniques, et d'assez grande amplitude. Ils n'existent que dans la contraction volontaire. Une attitude identique à celle qui donne lieu aux mouvements, si elle est réalisée d'une façon passive, n'entraîne rien d'anormal. Enfin la contraction forcée des mêmes groupes musculaires supprime le mouvement, qui n'existe donc que dans la contraction volitionnelle moyenne. Les auteurs discutent les différences qui séparent ce type de mouvements involontaires, des mouvements choréiques, des myoclonies, des bradycinésies, des torticolis convulsifs, et proposent, pour ce groupe de mouvements, qui naissent dans des attitudes déterminées à l'occasion de la contraction volontaire, le terme de dyskinésie volitionnelle d'attitude.

Dégénérescence hépato-lenticulaire à type de pseudo-sclérose de Westphal. — MM. J. Cathala et H.-R. Olivier présentent une fillette de quatorze ans, qui est atteinte d'un syndrome neurologique caractérisé :

1° Par une hypertonie de posture et d'action, qui disparaît totalement au repos;

2° Par des spasmes toniques d'action qui intéressent les mouvements d'élévation et d'abduction des globes oculaires;

3° Par un tremblement intentionnel très marqué sans tremblement au repos;

4° Par des éléments de la série pseudo-bulbaire : troubles de la phonation, de la déglutition, salivation, abolition de la mimique expressive.

Par contre, tous les symptômes de la série pyramidale font défaut, de même que les signes de participation des nerfs craniens.

L'exploration du foie par le rose bengale montre un taux rétentionnel très considérable (8,8), malgré l'absence d'autres symptômes cliniques d'altération hépatique.

La prédominance franchement intentionnelle de l'hypertonie et du tremblement justifient dans ce cas, comme le fait remarquer M. Alajouanine, le terme de « pseudo-sclérose », mieux encore que celui de « syndrome wilsonien »,

Encéphalite épidémique à syndromes polymorphes et successifs variés avec signe d'Argyll-Robertson. — MM. H. Schæfer, Dumansky et Thiébaut montrent une jeune femme de trente-cinq ans, sans antécédents spécifiques, qui a présenté une infection diffuse du névraxe à tableaux successifs. Ce fut d'abord un syndrome d'hypertension intracranienne, avec céphalée, vomissements et signe d'Argyll-Robertson; puis survint un syndrome cérébello-pyramidal, avec troubles des sphincters, quelques troubles psychiques, et un mauvais état général. Ensuite se constitua une aréflexie tendineuse totale, avec abolition des réflexes abdominaux, qui ne tarda pas à s'accompagner d'algies périphériques, avec douleur à la pression des nerfs et des masses musculaires. Enfin, on assista à la constitution d'un syndrome extrapyramidal, au cours duquel on nota d'abord l'exagération très marquée des réflexes de posture, puis la réapparition des réflexes tendineux. Le liquide céphalo-rachidien et le sang sont entièrement normaux.

Les auteurs insistent sur trois points : le caractère kaléidoscopique des syndromes successifs si variés, présentés par cette malade en quelques mois; la coexistence d'un syndrome extrapyramidal avec une hypotonie et avec une passivité très marquées; l'existence d'un signe d'Argyll-Robertson. L'origine de ce signe d'Argyll-Robertson est manifestement centrale, puisqu'il ne s'accompagne pas de l'atrophie irienne qui l'accompagne habituellement et qui a permis à Dupuy-Dutemps de soutenir son origine ciliaire habituelle.

M. Sicard, d'accord avec Schæfer, estime qu'il s'agit,

dans ce cas, assurément, d'une névraxite infectieuse non syphilitique, mais il n'est nullement prouvé que cette névraxite soit de l'espèce léthargique ni algomyoclonique.

Pseudo-paralysie générale par sclérose en plaques. — MM. Targowla et Ombrédanne présentent une malade, chez laquelle le diagnostic de paralysie générale semblait s'imposer par tous les traits du tableau clinique : syndrome démentiel pur, sans délire, dysarthrie caractéristique. Cependant, le liquide céphalo-rachidien, qui était très hyperalbumineux, ne contenait pas de lymphocyte; la réaction de Bordet-Wassermann y était négative de même que dans le sang, alors que la réaction du benjoin colloïdal était subpositive. avec déviation vers la droite. Loin de s'atténuer sous l'influence du traitement spécifique, ces altérations humorales n'ont fait que s'accentuer. Une poussée évolutive récente, accompagnée de symptômes cérébello-pyramidaux, est venue étayer encore davantage le diagnostic de sclérose en plaques.

Sur le radio-diagnostic rachidien par le lipiodol. — M. Christophe (de Liége) rapporte deux observations dans lesquelles le lipiodolo-diagnostic rachidien indiquait un arrêt du lipiodol, sans que la laminectomie exploratrice, très largement pratiquée, ait permis de découvrir aucune lésion. L'arrêt du lipiodol avait cependant été vérifié à l'écran radioscopique et sur la radiographie au bout de six heures.

Ces faits n'empêchent pas l'auteur de recourir systématiquement au lipiodolo-diagnostic de Sicard, qui lui a rendu les plus grands services dans le diagnostic des compressions médullaires.

M. Sicard recherche les causes d'erreur qui peuvent expliquer le faux arrêt du lipiodol dans les observations de M. Christophe. Pour sa part, depuis qu'il se sert du contrôle radioscopique dans l'épreuve du lipiodol, il n'a jamais eu de déception ; partout où il a observé un arrêt nettement pathologique du lipiodol, il a trouvé une cause de compression médullaire et de blocage sous-arachnoïdien.

M. Babinski fait remarquer que toute compression ne détermine pas le blocage sous-arachnoïdien. Si précieux que soit le lipiodolo-diagnostic, il peut laisser passer des compressions médullaires et ne doit pas être considéré comme leur symptôme pathognomonique.

Deux cas de tumeurs de la queue de cheval. Extirpation. Evolution remarquablement favorable. — MM. P. Petit-Dutaillis, A. Thévenard et Schmite présentent deux malades chez lesquelles s'est développé, en quelques mois, un syndrome de compression des nerfs de la queue de cheval. Très fruste chez la première malade, il ne comportait que des algies lombaires et crurales unilatérales et une aréflexie rotulienne du même côté. Beaucoup plus typique dans le second cas, il comportait une paraplégie, des troubles sensitifs à distribution radiculaire, de l'incontinence des sphincters et des escarres fessières. Dans les deux cas, le diagnostic fut affirmé par la ponction sous-arachnoïdienne qui a ramené un liquide xanthochromique au lieu d'élection, et un liquide normal dans la région dorsale. L'épreuve du lipiodol permit de situer exactement le siège des tumeurs qui furent enlevées chirurgicalement. L'évolution postopératoire fut remarquablement simple et rapide, en particulier dans le second cas où les symptômes régressèrent dès le lendemain de l'intervention et avaient presque totalement disparu trois semaines après. Dans les statistiques d'opérations de Cushing et d'Ayer pour compressions des nerfs de la queue de cheval, la proportion des succès est faible, et les bons résultats sont généralement moins rapides.

Traitement de la sclérose en plaques par le phlogétan. Nouveaux résultats. — M. J.-A. Barré (de Strasbourg), sur une nouvelle série de vingt-deux cas de scléroses en plaques récentes ou anciennes, légères ou graves, traitées par le phlogétan, a obtenu, depuis deux ans, quatorze très grandes améliorations (dans l'équilibre, dans la sensibilité et dans la force des membres supérieurs, dans la marche, dans le fonctionnement des sphincters), deux améliorations légères. Cinq cas n'ont été modifiés en aucune façon. Les doses employées ont varié entre 2 et 20 centimètres cubes, injectés profondément à deux ou trois jours d'intervalle. L'amélioration apparaissait d'ordinaire pendant le traitement ; plusieurs fois elle a été plus tardive. Ordinairement, elle s'est accentuée après le départ des malades. Dans deux cas seulement elle n'a été que passagère. La réaction thermique a atteint le plus souvent 39 degrés et a quelquefois dépassé 40 degrés. Aucun accident n'a été constaté.

M. Sicard a essayé la pyrétothérapie par le dmelcos. Il n'a obtenu aucun résultat dans les cas anciens. Dans les cas récents, au contraire, toutes les thérapeutiques peuvent réussir.

Rachicentèse capillaire. — M. A. Baudouin, s'inspirant des recherches d'Antoni (de Stockholm), pratique, depuis un an, des ponctions lombaires à l'aide d'une fine aiguille engainée dans une aiguille de plus fort calibre. L'aiguille fine reste masquée à l'intérieur de la grosse aiguille qui la protège pendant la traversée de la peau et du ligament interépineux. Une fois qu'on a pénétré à l'intérieur du rachis, on dégage au contraire cette aiguille fine qui sert à ponctionner la dure-mère. L'aiguille capillaire est elle-même munie d'un mandrin. Son calibre n'excède pas six dixièmes de millimètres. Il est un peu supérieur à celui de l'aiguille d'Antoni, qui est de quarante-cinq centièmes de millimètre.

Cette méthode a l'inconvénient d'exiger de la patience, car le liquide s'écoule avec retard et avec lenteur. D'autre part, il est impossible de mesurer la tension du liquide céphalo-rachidien. Mais les accidents d'intolérance à la ponction se réduisent au minimum : sur trente ponctions pratiquées avec cette instrumentation, et en l'absence de toutes les précautions habituelles, il n'y a eu aucun cas de malaise appréciable. Cette méthode est précieuse pour le contrôle ambulatoire du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques.

Démence pseudo-bulbaire syphilitique. — MM. Jules Dereux et Pierre Porcher (de Lille) relatent l'observation d'une malade atteinte d'une affection que Foix et Chavany ont isolée et décrivent sous le nom de « démence pseudo-bulbaire syphilitique », et qui est caractérisée par l'association d'un syndrome pseudo-bulbaire et d'un syndrome mental spécial, les deux ordres de signes, d'apparence précoce, étant sous la dépendance de la syphilis cérébrale.

Sur un cas de radiculo-névrite curable (syndrome de Guillain et Barré) apparue au cours d'une ostéomyélite du bras. — MM. Draganesco et Claudian relatent l'observation d'une malade qui, quinze jours après un furoncle de la main, fit une ostéomyélite du bras, puis, deux semaines après, un état méningé, et enfin, vingt jours plus tard, une tétraplégie douloureuse avec abolition des réflexes ostéo-tendineux, signe de Lasègue, atrophie musculaire. La paralysie prédominait aux membres inférieurs. A l'examen du liquide céphalo-rachidien, on notait une dissociation albumino-cytologique.

Après l'opération du foyer d'ostéomyélite, la tétraplégie s'améliora progressivement, et, actuellement, c'est-à-dire au bout de quelques mois, la malade est presque guérie.

Ce cas, qui correspond à une atteinte simultanée des racines et des nerfs périphériques, est analogue à ceux qu'a décrits M. Guillain avec M. Barré en 1916, avec MM. Alajouanine et Périsson en 1925, et représente donc un syndrome particulier que ces auteurs ont isolé sous le nom de « radiculo-névrite aiguë curable ». Il s'agit fort probablement presque toujours d'une lésion toxique ou infectieuse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1927)

Xanthochromie avec coagulation massive du liquide d'un ventricule latéral coexistant avec un liquide spinal de composition normale, dans un cas de tumeur cérébrale paraventriculaire. La dissociation des liquides ventriculaire et spinal et sa valeur topographique dans les syndromes d'hypertension intracranienne. — MM. Th. ALAJOUANINE et H. BARUK ont observé dans un cas de gliome paraventriculaire la dissociation suivante entre le liquide spinal et le liquide ventriculaire. Le liquide spinal était absolument limpide, hypertendu (100 au manomètre de Claude) mais de composition normale (0g22 d'albumine, 0,4 cellules, réaction de Wassermann et du benjoin négatives). Le liquide ventriculaire retiré par ponction du ventricule latéral droit, présentait un *aspect xanthochromique* caractéristique, et coagulait spontanément en quelques minutes.

Anatomiquement, il existait un vaste gliome paraventriculaire avec un blocage au niveau de l'aqueduc de Sylvius et du IVe ventricule par suite de la compression du tronc cérébral par les hémisphères cérébraux hypertendus et infiltrés.

Les auteurs insistent sur l'intérêt de la dissociation du liquide spinal et ventriculaire dans le diagnostic topographique de certaines tumeurs paraventriculaires; ils soulignent également le caractère exceptionnel de la xanthochromie du liquide ventriculaire qui dans leur observation s'expliquait à la fois par un mécanisme d'exsudation locale, et par le blocage mésencéphalique.

Action des injections intraveineuses hypertoniques sur la pression ventriculaire cérébrale mesurée manométriquement. — MM. Th. ALAJOUANINE, D. PETIT-DUTAILLIS, et H. BARUK, dans le but de préciser l'action des injections intraveineuses hypertoniques sur la pression du liquide céphalo-rachidien, ont mesuré manométriquement dans un cas d'hypertension intracranienne, la pression du liquide ventriculaire au cours et à la suite d'une injection intraveineuse hypertonique de 45 centimètres cubes de sérum glucosé à 300 p. 1000. Trois minutes après l'injection, la pression commença à baisser, et tomba de 100 à 75 à la huitième minute.

Ce fait montre que les modifications de pression à la suite d'injections veineuses hypertoniques déjà démontrées expérimentalement pour le liquide spinal et sous-arachnoïdien, est également certain pour le liquide ventriculaire.

Recherches sur l'hydrastine. — MM. HAMET et MERCIER.

Formes filtrantes des streptocoques. — MM. Paul HAUDUROY et LESBRE ont réussi à obtenir des formes filtrantes des streptocoques hémolytiques ou non hémolytiques. Ils décrivent l'évolution macroscopique et microscopique des cultures, les formes anormales par lesquelles on passe et la technique qui leur permet de revenir au streptocoque typique.

Technique de culture des formes filtrantes des bactéries. — M. Paul HAUDUROY indique quelle technique particulière il faut suivre pour arriver à partir de la forme filtrante d'une bactérie à reconstituer celle-ci. Il insiste sur les aspects anormaux des cultures obtenues au début, aspects qui, peu à peu, se modifient, se régularisent et finissent par aboutir aux aspects classiques. C'est par cette technique qu'il a pu reconstituer en partant des formes filtrantes, des bactéries telles que le bacille d'Eberth, les bacilles dysentériques, le colibacille, le streptocoque.

La Bactériologie en 30 pages et 2 tableaux synoptiques, par E. JACQUEMIN. — Brochure de 29 pages. — Paris, Le François.

REVUE DES THÈSES

Le Rythme du cœur au cours de l'activité musculaire, et notamment des exercices sportifs. *Recherches critiques et expérimentales sur le mécanisme et les modalités de ses vibrations*, par le docteur Louis MERKLEN, préparateur des travaux de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy (1).

Voici une Thèse très importante dont les conclusions sont à citer en entier :

I. L'accélération du rythme du cœur au cours et à la suite du travail musculaire volontaire n'est pas une réaction simple, mais la résultante de la collaboration de facteurs *multiples* et *complexes*.

II. Il existe des différences fondamentales dans les réactions du rythme cardiaque au travail musculaire, suivant que celui-ci a été volontairement effectué ou artificiellement provoqué. *Seul, le travail musculaire volontaire — chez l'homme ou chez l'animal — peut réellement servir de base correcte à l'étude de la question*; il est toutefois difficile, dans les conditions ordinaires, d'obtenir chez l'animal une accélération cardiaque notable et durable à la suite d'un travail musculaire volontaire.

III. Dans l'accélération cardiaque provoquée par l'exercice ou le travail musculaire volontaire, on peut distinguer deux stades :

a. L'un, d'*accélération initiale*, immédiatement consécutif au début de l'exercice.

b. L'autre, d'*accélération persistante*, occupant les phases ultérieures de l'exercice et, après cessation de celui-ci, une période plus ou moins prolongée (dite « *retour au calme* »), au bout de laquelle le cœur reprend son rythme initial de repos.

IV. *a.* La précocité de l'apparition de l'*accélération initiale* rend peu vraisemblable l'intervention de facteurs de production transmis par voie humorale. Il semble également difficile de retenir l'idée d'un rôle éventuel d'excitations nerveuses à point de départ périphérique : l'accélération initiale semble due à une *corrélation intercentrale entre les centres psychomoteurs corticaux et les centres des nerfs extracardiaques.*

b. En ce qui concerne l'accélération persistante, l'existence de certains des facteurs invoqués pour son explication n'est pas démontrée.

Certains autres facteurs présentent des variations indépendantes de celles du rythme cardiaque. En dehors du *facteur psychique*, les *modifications de composition du milieu intérieur* paraissent devoir être retenues.

c. Les facteurs de l'accélération cardiaque agissent, semble-t-il, surtout et en premier lieu sur les *centres nerveux cardio-inhibiteurs*. Les *centres cardio-accélérateurs* ne seraient intéressés que d'une façon inconstante, et en tout cas peu importante.

L'idée d'une *action directe sur le cœur* des agents modificateurs du rythme de cet organe ne s'impose aucunement, du moins dans les conditions normales de l'activité musculaire.

V. *Chez l'homme*, au cours et à la suite du travail musculaire :

a. Pour un même exercice exécuté par des sujets différents, il existe des *variations individuelles considérables dans les réactions du rythme cardiaque.*

b. *L'intensité de l'accélération cardiaque* est commandée moins par la durée du travail effectué ou sa quantité totale que par sa *grandeur momentanée* ou la *rapidité de son exécution*, c'est-à-dire par la puissance développée. Par contre, la *durée de cette accélération cardiaque* — ou période de « *retour au calme* » — est beaucoup plus sous l'influence des premiers de ces facteurs que des deux derniers.

c. Parmi les facteurs susceptibles de modifier l'intensité, et

---

(1) *Th. de Nancy*, 1926. — Paris, Amédée Legrand.

surtout la durée, de l'accélération cardiaque, l'un des plus actifs est l'*état d'entraînement* du sujet.

d. Pratiquement — et notamment du point de vue sportif — la marge des variations individuelles dans l'intensité et la durée de l'accélération cardiaque au cours et à la suite d'un exercice donné est un obstacle à l'emploi *isolé* de ces deux éléments comme critères *absolus* de l'aptitude fonctionnelle d'un sujet à cet exercice.

La syphilis traumatique (1), par le docteur ELIOT.

Tout traumatisme, quel qu'il soit, peut dans certains cas, déterminer chez un sujet entaché de syphilis acquise ou héréditaire des lésions syphilitiques de tous les points de l'organisme et, en particulier, des téguments, des os, des articulations.

La syphilis traumatique des téguments, des os et des articulations s'observe dans les périodes secondaire et tertiaire de la syphilis et dans la syphilis héréditaire.

Elle réalise dans l'immense majorité des observations, des lésions spécifiques du type de la période dans laquelle se trouve le blessé.

Dans la syphilis traumatique des téguments, des os et des articulations, il faut distinguer plusieurs ordres de faits :

1. Cas où un traumatisme minime donne à des lésions syphilitiques d'une intensité ou des caractères morphologiques particuliers au point traumatisé. Ces cas s'observent surtout à la période secondaire.

(1) *Th. de Paris*, 1926. — A. Legrand.

2. Cas où un traumatisme, le plus souvent violent et unique détermine l'apparition de lésions syphilitiques.

Ces cas, les plus importants en pratique, s'observent surtout au cours de la syphilis tertiaire et de la syphilis héréditaire. Ils ressortissent souvent à la loi sur les accidents du travail.

3. Cas où un traumatisme léger, soit permanent, soit répété depuis longtemps (traumatismes professionnels, gestes rituels tics) ou encore une séquelle de traumatisme (cicatrice, col de fracture (servent de point de localisation à des lésions syphilitiques.

Avant de conclure à la relation de cause à effet, de cause occasionnelle s'entend entre un traumatisme et une lésion syphilitique, il convient d'acquérir la certitude de :

a. La réalité du trauma, sa date, son point d'application.

b. L'existence chez le sujet blessé d'une syphilis acquise ayant déjà atteint pour le moins la période sérologique ou d'une syphilis héréditaire.

c. La succession dans le temps du trauma et des accidents constatées, un délai plausible devant séparer l'application de l'un, de l'apparition de l'autre.

d. L'efficacité évidente et rapide d'un traitement antisyphilitique approprié et bien conduit sur les lésions constatées.

Un accident du travail peut être la cause occasionnelle d'une lésion de syphilis traumatique. Ce diagnostic entraîne l'application d'un traitement antisyphilitique.

Au point de vue légal pour l'ouvrier, tout se passe comme si l'accident était seul responsable de cette lésion.

Cependant, il y a des cas d'espèce qui ne sont pas encore résolus :

Il semble qu'il existe deux modes pathogéniques des lésion de la syphilis traumatique :

1. Les tréponèmes circulant dans le sang lors d'une poussée septicémique s'arrêtent et pullulent dans les régions traumatisées ou dans les cicatrices, là où il y a interruption, ralentissement ou remous de la circulation capillaire (Milian).

2. Plus rarement, les accidents sont dus au réveil local par le traumatisme de foyers latents de tréponèmes (Clément Simon).

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE NEURASTHÉNIQUE

1° Prendre v à x gouttes de Vanadarsine, dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas.

2° Une demi-heure après les repas, prendre, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à dessert de la poudre suivante :

Craie préparée.................	*ââ* 15 gr.
Magnésie calcinée...............	
Bicarbonate de soude...........	20 gr.

3° En cas de douleurs, gouttes de Gallard (II gouttes sur un morceau de sucre) ou eau chloroformée saturée (une cuillerée avec deux cuillerées d'eau).

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES & DIAGNOSTIC DE L'ENDOCARDITE MALIGNE A FORME PROLONGÉE D'OSSSLER

Mise au point par de nombreux travaux récents, elle occupe dans la grande classe des endocardites maligne une place très spéciale et pour de nombreuses raisons :

C'est une endocardite chronique, une septicémie chronique, d'origine cardiaque.

D'une symptomatologie essentiellement polymorphe, torpide, fruste, son diagnostic est difficile et centré sur une épreuve capitale : l'hémoculture.

Elle atteint avec prédilection les cœurs antérieurement lésés par le rhumatisme,

Un caractère la réunit cependant aux autres endocardites malignes : son pronostic fatal.

I. CLINIQUE

A. **Début.** — On se trouve en présence, le plus souvent, d'un adulte jeune, dans les antécédents éloignés duquel, on relève une cardiopathie valvulaire, rhumatismale et qui, récemment, a pu faire une infection légère banale : une pharyngite, une infection buccale, une bronchite.

Cette période de début présente trois grands caractères :

Insidieuse,
Torpide,
Prolongée : des semaines.

Tableau très flou du cardiaque qui va mal sans décompensation :

Asthénie progressive, rebelle,
Fatigue croissante.
Sujet pâle qui perd l'appétit.

De temps à autre, de façon irrégulière, sans cause apparente : une petite poussée de température à 38-38°5, avec un frissonnement léger. Aucune courbe typique à ce moment.

Quelquefois, des algies musculaires ou articulaires vagues.

Souvent, étant donné le caractère très banal des symptômes accusés, on ne porte pas le diagnostic à ce moment. On pense au poumon, à un état grippal léger, ou mieux, à une poussée rhumatismale articulaire ou endocardidique subaiguë du cardiaque.

Mais les signes persistent, s'accusent et se précisent, le cœur reste silencieux, la température ébauche une courbe qui, d'emblée, éveillera l'attention.

D'autres fois, ce début est plus flou encore, n'amenant pas le malade à consulter et c'est l'interrogatoire seul qui le reconstitue.

B. **Etat.** — C'est donc souvent à cette période seulement que l'on voit le malade.

1° *Les signes généraux sont plus accusés* :

Asthénie marquée,
Inappétence,
Teint pâle : attire tout de suite l'attention,
Amaigrissement prononcé : c'est le signe qui frappe.
Aucun autre signe :
Pas de troubles gastro-intestinaux,
Pas de signes pulmonaires,
Aucun signe fonctionnel d'origine cardiaque dans la règle.

2° *En présence de ce tableau*, deux étapes :

a. *L'examen complet* du malade conduit au diagnostic; ses deux piliers étant : **la courbe thermique** et **la rate**.

b. **L'hémoculture** l'affirme.

Examen complet :

1. **La courbe thermique**

Faite de deux choses :

Un état subfébrile aux environs de 37°8 avec phases d'apyrexie.

De temps à autre, le soir, avec **un frisson, un clocher** à 38°5-39.

Plus tard, les oscillations sont plus nettes, plus rapprochées, plus élevées.

2. **Le cœur.** — *a.* On trouve une **lésion valvulaire :** Insuffisance mitrale, maladie mitrale, insuffisance aortique.

b. Le plus souvent, cela est important :

— Pas de signes de décompensation.
— Pas de signes d'endocardite rhumatismale, évolutive sur cette lésion ancienne.

On se trouve en présence d'une cardiopathie valvulaire compensée et **stabilisée** sans rien d'autre.

c. Chez certains malades, quelquefois

Tachycardie,
Eréthisme.

d. Ce n'est qu'à titre tout à fait exceptionnel que l'on peut ausculter les bruits d'une localisation sur la valve tricuspide ou pulmonaire.

3. **La rate.** — Capital : hypertrophie à peu près constante, mais :

Lente, progressive,
Petite : pas palpable, mais percutable,
Sans signes fonctionnels.

Chez ce cardiaque qui va mal, sans décompensation, sans signes de poussée d'endocardite rhumatismale, l'amaigrissement, la courbe thermique et la rate seront le trépied du diagnostic de l'endocardite d'Ossler et commanderont l'hémoculture de façon formelle.

4. **L'hémoculture.**

a. Trois notions essentielles :

— **Séjour** à l'étuve **prolongé**.
— La faire **au moment des clochers thermiques**.
— En faire **plusieurs**, car elles peuvent être négatives.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 28 novembre. — Questions données : « Pleurésie purulente interlobaire non tuberculeuse. Causes, symptômes et diagnostic. Anatomie pathologique. — Symptômes et complications sans luxations traumatiques de l'épaule en avant. »

M. Elbez, 22; Mlle Ronget, 26; MM. Limasset, 25; Lafitte, 29; Zagdoun, 24; Mlle Houzeau, 26; MM. Perrin et Durel, 22; Tavennec, 18; Peney, 16.

— Concours des prix de l'internat. — *Médecine.* — Juges : MM. Weissenbach, Vallery-Radot, Ribadeau-Dumas, Tzanck et Lion. — Censeurs : MM. Bénard (René), Bernard (Etienne), Léchelle et Léon-Kindberg.

Chirurgie et accouchements. — Juges : MM. de Gaudart d'Allaines, Chatellier, Hartmann, Desplas et Vignes. — Censeurs : MM. Madier, Gatellier, Brocq et Métivet.

— Répartition, dans les services hospitaliers, de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1928. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1928, savoir :

MM. les élèves internes pour entrer en fonctions le 5 janvier 1928. — Internes et internes provisoires, le vendredi 23 décembre 1927, à 14 h. 30.

MM. les élèves externes pour entrer en fonctions le 15 janvier 1928. — Ceux de 6e, 5e et 4e année, le mardi 3 janvier 1928, à 14 h. 30 ; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1925), le jeudi 5 janvier, à 14 h. 30; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1926), le samedi 7 janvier, à 14 h. 30; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1927), le mardi 10 janvier, à 14 h.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement au concours.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Prix décernés.* (Voir *Gaz. des hôpit.*, 16 nov. 1927, n° 92.) — Histologie. — Prix Montyon (1.500 fr.). — Le prix est décerné à M. Louis Merklen, préparateur à la Faculté de médecine de Nancy, pour son ouvrage intitulé : *Le Rythme du cœur au cours de l'activité musculaire et notamment des exercices sportifs.* (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, p. 1589.)

Prix Pourat (2.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Antoine Magnan, directeur à l'Ecole des Hautes Etudes, pour ses ouvrages intitulés : *Les Caractéristiques des oiseaux suivant le mode de vol, leur application à la construction des avions,* et *Le Vol à voile avec contribution à l'étude expérimentale de la physique et de la mécanique des fluides.*

Prix Philipeaux. — Un prix de 1.000 fr. est décerné à Mlle Eudoxie Bachrach, préparateur à la Faculté de médecine, pour l'ensemble de ses travaux de physiologie expérimentale. Une mention honorable à M. Marc Jacot, pour son ouvrage intitulé : *Glycogène, adrénaline et insuline.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Médaille de M. Ch. Achard. — Le professeur Achard, à l'occasion de sa cinquantième année d'études médicales, a offert à ses élèves une médaille, œuvre du sculpteur Dropsy.

Les amateurs pourront se procurer cette médaille en souscrivant pour la somme de 60 fr., plus les frais d'envoi s'il y a lieu, au secrétariat de l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte, Paris (VIe).

L'Académie bénéficiera pour ses collections des sommes ainsi recueillies. (*Voir la suite, p. 1606.*)

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DE M. LE PROFESSEUR MAURICE LOEPER

M. le professeur Loeper a pris possession mardi de la chaire de thérapeutique.

Le grand amphithéâtre était comble, M. le Recteur, M. le Doyen, tous les professeurs, les agrégés, d'innombrables amis et beaucoup de dames étaient venus entendre le nouveau professeur. On attendait beaucoup de sa grande érudition et de son talent d'orateur si fin et si étincelant. L'attente n'a pas été déçue.

M. Loeper a fait une des plus jolies leçons inaugurales que nous ayons entendues depuis longtemps, et il a conquis de suite son auditoire en débutant par un brillant historique de la chaire qu'il occupe aujourd'hui.

Cette chaire a un peu plus de cent ans.

Le premier titulaire en fut un botaniste : le baron Alibert, dont le blason portait trois coqs d'or « qui veillaient pour les malheureux, pour la médecine et pour ses élèves ». Alibert vibrait, en effet, à toutes les douleurs humaines, et avant d'être un grand dermatologiste il fut un excellent thérapeute. Ce furent ensuite Trousseau, Grisolle, Gübler, Germain Sée, Hayem, Landouzy, Marfan, le regretté Gilbert qui fit marcher de pair la clinique, la chimie et l'expérimentation, et enfin Paul Carnot.

L'hommage qu'il adresse à ses prédécesseurs ne lui fait pas oublier ses maîtres, et Loeper adresse l'expression de sa gratitude à M. le Recteur, à M. le Doyen, à M. Achard qui l'associa si souvent à ses travaux, à M. Brault, l'homme aux larges vues générales et au labeur silencieux. Ce fut un praticien, Ardouin, qui orienta Loeper vers la médecine en lui parlant avec enthousiasme de Dieulafoy et de Debove. Aussi, après avoir été l'élève de Würtz, Klippel, J.-L. Faure et Legueu, obéissant aux indications de son ami Ardouin, il devint l'interne de Dieulafoy et de Debove. En exprimant toute la reconnaissance qu'il doit à ces deux maîtres, Loeper fait un spirituel parallèle entre le premier, si vibrant et aimant le public qui l'applaudissait, et le second qui se plaisait surtout aux causeries péripatéticiennes.

Le nouveau professeur aborde alors le sujet de sa leçon et fait un large exposé des étapes de la thérapeutique. Il passe en revue les grands ancêtres : Empédocle et Hippocrate, Dioscoride, Andromaque le vieux et sa thériaque, Démocrate et son diacode, Alexandre le Trallien et son cynoglosse.

L'apparition de l'opium et de l'ellébore nous amène à la thérapeutique galénique qui règne bientôt sur la Grèce, sur les Arabes et les Egyptiens, sur Salerne, Bologne, Milan et Montpellier.

Jusqu'au moyen âge l'homme qui souffre appelle le sauveur et attend le miracle, il lève les mains vers les saints. Come et Damien héritent de la succession d'Esculape.

Puis c'est le règne des sorciers et des alchimistes, enfin arrivent les apothicaires. Voici le délicieux tableau que Loeper nous fait de leur officine.

« Elle est à l'enseigne de Saint-Pierre, de la « Pomecythrine », du Mortier d'argent ou de la Barbe d'or, toute parfumée de benjoin, de gingembre, de poivre et de girofle. Le plafond est bas, la porte intérieure est surmontée d'une salamandre, d'un pilon ou d'une colombe.

« Sur les étagères sont alignées des fioles de toutes sortes, trapues ou élancées, des pots, des aiguières au long col décorés de rubans, de motifs et de fleurs. Voici, les unes au-dessus des autres, les boîtes où l'on puisera la casse, le pavot, la myrrhe, l'absinthe, voici les pots d'opiats, les opodeldochs et les térébenthines, la conserve de roses, l'eau de la reine de Hongrie, les bonbonnes d'ammoniaque, de malvoisie et de vin d'Espagne. Voici les vases d'étain, les palettes à deux anses pour la saignée, les alambics de cuivre. Et dans un coin le famulus broie dans un mortier d'airain les soixante substances de la thériaque, de cette éternelle thériaque à la confection de laquelle Claude Bernard lui-même s'essaiera deux siècles plus tard comme préparateur de pharmacie.

« Et tout près de cette officine, là-bas, sur la place Dauphine, dans le décor édenté du vieux Paris, sur les rives boueuses de la Seine, Antoine Girard, dit Tabarin, vous débitera ses pots de pommade devant une foule bariolée de procureurs en quête de clients, de tire-laine en quête de manteaux et d'harengères à l'affut du mot salé. C'est l'origine de la spécialité. »

Des Amériques arrivent bientôt le quinquina ; des Indes, le café, le thé, le chocolat et l'ipéca.

Cependant, discrètement la chimie faisait son chemin, le mercure, l'antimoine, le sel de Glauber, l'arsenic avaient pris leur place en thérapeutique.

Le XIXe siècle nous apporte l'iode avec Courtois, le brome avec Balard, l'hydrate de bismuth avec Quesneville, puis tous les sels de mercure, d'arsenic, d'argent, etc., et enfin les travaux d'Armand Gautier et de Béchamp nous conduisent des arsenics organiques au cacodylate et aux arsenobenzènes.

M. Loeper expose ensuite les progrès de la chimie, de l'histochimie, et il nous montre l'intervention de la physiologie qui permet à la thérapeutique de ne plus agir en aveugle.

Un professeur de thérapeutique n'est pas seulement chargé de l'enseignement d'une science. Il a un rôle moral plus élevé à remplir vis-à-vis de ses élèves, il faut les convaincre que la thérapeutique doit être avant tout humaine. Aussi Loeper, dans des termes émouvants, leur recommande-t-il de se pencher « sur la souffrance comme se penchait Potain sur ses pauvres cardiaques, avec la même pitié et en ouvrant la porte à l'espérance comme on ouvrait au grand soleil la fenêtre de Gœthe mourant ».

La chaire de thérapeutique est dans de bonnes mains.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 7 décembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Achard, président; Gosset, Dechambre et Moussu. — M. Houdemer. Hygiène et pathologie animale du Tonkin. — M. Plantain. Considérations sur le trotteur normand.

Jeudi 8 décembre. — Jury : MM. Lejars, président; Carnot, Claude et Nobécourt. — M. Rebérol. Traitement des fractures. — M. Delarue. Etude sur différents syndromes vagotoniques. — M. Lichtenberger. Traitement par voie buccale des nourrissons hypotrophiques. — M. Vincent. Etude sur l'anémie pernicieuse gravidique. — M. Marot. La malariathérapie dans le tabes.

REVUE GÉNÉRALE

LES IDÉES ACTUELLES SUR LE TRAITEMENT DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

PAR MM.
FRANCIS BOURGEOIS et STANISLAS DE SEZE
Ancien interne Interne
des hôpitaux de Paris.

Il existe actuellement un certain malaise dans l'esprit du corps médical, au sujet du traitement de la méningite cérébro-spinale. Il faut le reconnaître : l'efficacité de la sérothérapie spécifique était autrefois reconnue par tous et proclamée avec enthousiasme. Un grand nombre d'auteurs ne l'admettent plus aujourd'hui qu'avec toutes sortes de réserves. Voilà le fait : il mérite quelques commentaires.

* * *

Lorsqu'en 1906, vingt ans après la découverte du méningocoque par Weichselbaum, Flexner eut préparé pour la première fois un sérum antiméningococcique actif, on eut bientôt lieu de croire que la méningite cérébro-spinale était vaincue. De 75 à 80 p. 100, la mortalité tombait vite à 19 p. 100, pour prendre la statistique de P. Teissier en 1908, puis à 12 p. 100, comme en témoigne une statistique du même auteur, établie pendant la guerre, à 11,77 p. 100, chiffre donné par Dopter à la même époque. C'est alors que P. Teissier estimait pouvoir attribuer au sérum antiméningococcique, pour son activité, non pas le premier, mais le deuxième rang, immédiatement au-dessous du sérum antidiphtérique.

On pouvait espérer mieux encore : des travaux, poursuivis par Dopter depuis 1909, tendaient à isoler, dans le groupe primitif des méningocoques, des races différentes, se distinguant précisément les unes des autres, par leurs réactions *spécifiques* vis-à-vis des divers anti-sérums. L'impossibilité où l'on était d'agglutiner tel méningocoque au moyen d'un sérum préparé à partir d'un méningocoque de race différente, semblait fournir l'explication des quelques échecs encore observés. Au sérum *monovalent* primitif, antiméningococcique, on substitue dès lors un sérum *polyvalent*, mélange de sérum « antiméningococcique » (Anti-A) et de sérum « antiparaméningococcique » (Anti-B); à la surprise générale, les premiers essais de ce sérum polyvalent, qui devait constituer un progrès, marquèrent plutôt *un recul :* c'était l'ère des déceptions qui commençait.

De Massary, en février 1917, rapporte à la Société médicale trois cas d'échec complet de la sérothérapie et se demande s'il faut incriminer une action moindre du sérum.

Netter, à ce propos, signale une résistance plus grande de la plupart des méningites cérébro-spinales à la sérothérapie.

Boidin et Weissenbach, de leur côté, présentent un cas de méningite cérébro-spinale, à méningocoque A ayant résisté complètement à l'action du sérum polyvalent; ils se demandent — comme déjà Netter se l'était demandé dès 1909 — si, dans les cas où on a reconnu précocement la nature exacte du germe responsable, il n'y aurait pas intérêt à substituer à la sérothérapie polyvalente initiale, une sérothérapie monovalente *spécifique*.

Conformément à ce vœu, apparaissaient, à la fin de 1917, les sérums monovalents rigoureusement spécifiques; il semblait que ce dût être le dernier coup porté à une maladie déjà bien plus qu'à demi terrassée. De très nombreuses communications, au cours de l'année 1917, et des années suivantes, vinrent encourager ces espoirs légitimes. On publia de nombreux cas de méningite qui, ayant résisté au sérum polyvalent, avaient cédé aux premières injections du sérum monovalent spécifique... Triomphe de courte durée : presque aussitôt, il fallut déchanter.

Une première notion pessimiste se fait jour : *celle de l'efficacité moindre du sérum anti-B*. Elle est signalée d'abord en Angleterre et dans l'armée anglaise, par Gordon et Hine, et malheureusement très vite confirmée par de nombreux travaux français. En même temps, par une fâcheuse coïncidence, ce méningocoque B, plus virulent, est signalé de plus en plus fréquemment en France, où il tend à se substituer au méningocoque A, le plus habituellement rencontré jusqu'alors.

Puis le recul s'accuse : après le sérum anti-B, c'est le sérum anti-A (Florent et Fiessinger), c'est finalement le sérum antiméningococcique, en général, qui donne, en maintes occasions, la preuve de son insuffisance.

A l'hôpital Claude Bernard, en particulier, P. Teissier observe « le retour aux taux désespérants de la période qui avait précédé toute intervention sérothérapique. En 1923, le coefficient de mortalité y atteignait 80 p. 100. En province, à l'étranger, notamment en Angleterre, c'est le même cri d'alarme. Si bien qu'en 1925, devant un résultat aussi décourageant, P. Teissier en arrive à se demander, en définitive, s'il ne faut pas cesser de croire à l'activité du sérum antiméningococcique.

C'est en juillet 1926, enfin, que l'assaut « officiel » est donné par Courtois-Suffit et Garnier, à la Société médicale des hôpitaux. Rapportant l'observation d'une méningite libre, non compliquée, qui fut traitée sans résultat aucun par 470 centimètres cubes de sérum par voie intra-rachidienne, ils croient pouvoir constater que « la méningite cérébro-spinale, autrefois si rapidement influencée par la sérothérapie, se montre de plus en plus réfractaire à ce mode de traitement; qu'il est devenu fréquent de voir les injections de sérum antiméningococcique rester sans effet sur l'évolution de cette affection, et cela même dans les cas où la sérothérapie a été appliquée suivant les règles classiques, à doses suffisantes et répétées ».

* * *

De tout ce qui précède, se dégage clairement cette notion, qu'il est prudent, sous peine de s'exposer à de cruelles déceptions, de ne pas attendre aujourd'hui, du sérum antiméningococcique, les résultats quasi-certains qu'on était en droit d'en attendre il y a une quinzaine d'années.

Toutefois, et nous voulons insister sur ce point, de ce que le sérum n'est plus aussi puissant qu'il le fut jadis, il ne faudrait pas conclure hâtivement à son inefficacité constante, et se priver d'une arme qui reste précieuse. Quelles hypothèses doit-on évoquer, en présence d'une méningite séro-résistante avant de renoncer à la sérothérapie spécifique? Si l'on a dû pourtant s'y résoudre, quelles ressources nouvelles la thérapeutique moderne mettra-t-elle entre nos mains? Tels seront les points sur lesquels portera particulièrement cette étude.

*
* *

Nous n'avons nullement l'intention, en effet, de rappeler les règles qui président à l'emploi de la sérothérapie. Ces règles, telles qu'elles ont été notamment précisées par Dopter, sont actuellement classiques et connues de tous. Il est entendu que la sérothérapie doit être *précoce*. Personne n'ignore que la dose initiale doit être suffisamment *élevée* : 20 à 30 centimètres cubes chez un enfant, 40 à 60 centimètres cubes chez un adulte. Il est admis que les injections doivent être *renouvelées* trois ou mieux quatre jours consécutifs, à dose égale à la dose initiale, tant qu'une sédation n'est pas obtenue, à doses progressivement décroissantes, au contraire, dès que les signes d'amélioration locale et générale apparaissent.

Mais si précisément aucune amélioration ne survient — ou si après une amélioration toute passagère, on assiste à un retour offensif de la maladie : quelle ligne de conduite convient-il d'adopter en pareille circonstance?

*
* *

Tout d'abord, il faut remarquer que les difficultés du diagnostic et les embarras de la thérapeutique ne sont pas les mêmes suivant qu'il s'agit de la persistance des symptômes infectieux ou au contraire d'un retour offensif de ces signes succédant à une rémission notable.

1° Une aggression nouvelle de la fièvre et des signes méningés, qu'on avait vus tout d'abord céder sous l'influence du traitement, n'est pas toujours liée à une rechute. Avant de reprendre et d'intensifier les injections de sérum, il convient d'éliminer l'hypothèse d'une méningite sérique.

Le tableau de la méningite sérique est d'ailleurs actuellement trop connu pour que nous y insistions : on sait que le diagnostic en est facile grâce à la ponction lombaire, qui retire un liquide jaune ambré, d'une teinte analogue à celle du sérum — visqueux, très albumineux, très riche en polynucléaires, mais en polynucléaires *intacts* — et surtout, ne *contenant pas de méningocoques*. Il est évident qu'en pareille occurence une nouvelle injection du sérum est formellement contre-indiquée. Il est bon, par contre, de pratiquer une soustraction simple de liquide céphalo-rachidien, qui diminue la tension du liquide et retire une partie du sérum mal supporté.

*
* *

Ce problème se pose différemment lorsqu'il s'agit d'un malade *dont l'état n'est pas amélioré par la sérothérapie*. C'est dans des cas semblables, qu'avant d'accuser le sérum, il convient de s'assurer qu'il ne s'est pas trouvé, pour s'opposer à son action, l'un ou l'autre de ces deux obstacles :

1° *Un cloisonnement méningé*;

2° *Une septicémie méningococcique* associée à la méningite.

Les cloisonnements méningés constituent l'obstacle majeur à l'action du sérum, en vertu du principe fondamental de la sérothérapie antiméningococcique : *le sérum n'agit que s'il est porté au contact des lésions*.

On songera à un cloisonnement :

a. Lorsque, *cliniquement*, les signes méningés persistent; et surtout, lorsqu'on voit survenir progressivement un amaigrissement, une cachexie progressive, avec tendance de plus en plus marquée à la somnolence;

b. Lorsque, à la ponction lombaire, après avoir constaté pendant quelques jours une amélioration progressive dans l'état du liquide céphalo-rachidien (éclaircissement, diminution de l'altération et du nombre des polynucléaires, disparition des méningocoques, on remarque que l'écoulement du liquide céphalo-rachidien devient pénible et parcimonieux, lorsque l'injection de sérum est poussée avec difficulté, lorsqu'on retrouve, à la ponction lombaire, une partie du sérum injecté la veille.

L'indication thérapeutique est théoriquement simple, mais pratiquement difficile à réaliser dans un grand nombre de cas : il faut porter le sérum au contact des lésions.

La technique à employer devra naturellement s'adapter au siège du cloisonnement, lequel précisément n'est pas toujours facile à préciser :

Pour résoudre ce problème, Teissier a suggéré l'emploi possible des injections intrarachidiennes de lipiodol.

En dehors de ce procédé, on a surtout cherché, jusqu'à présent, à atteindre directement, par des ponctions exploratrices les différents étages de la cavité méningée.

Envisageant d'abord l'hypothèse la plus simple, celle d'*un cloisonnement rachidien*, on fera des ponctions étagées à différents niveaux de la colonne cervicale, jusqu'à l'espace atloïdo-occipital compris : une intervention de cet ordre ne doit pas impressionner le médecin.

La ponction cervicale et la ponction atloïdo-occipitale sont d'une technique *facile*, plus facile que celle de la ponction lombaire; et avec un peu de prudence, c'est-à-dire en enfonçant l'aiguille très progressivement, elles ne sont *pas dangereuses*.

Si on arrive ainsi à retirer, à une hauteur donnée, du liquide plus trouble ou purulent, on injectera du sérum à ce niveau.

Lorsque ce procédé n'a pas donné de résultat, on pourrait tenter de reconnaître *un cloisonnement basilaire* par la méthode de Bériel, c'est-à-dire par la ponction sphénoïdale par voie trans-orbitaire. Cette technique a été employée avec succès par Cazanave, puis en 1924 par Vialard et Darleguy qui ont guéri par ce moyen des cas désespérés. Mais il

s'agit ici d'une technique trop délicate pour qu'on puisse en considérer l'emploi comme obligatoire pour le médecin non spécialisé.

Pratiquement, lorsque les ponctions rachidiennes étagées ont échoué, la ressource ultime est la *ponction ventriculaire* indispensable au diagnostic comme au traitement de la *méningo-épendymite ventriculaire cloisonnée*.

La ventriculite cloisonnée représente certainement une des causes les plus fréquentes de la résistance au sérum.

Le tableau clinique en est assez suggestif : tous les signes persistent, la céphalée devient atroce. Le malade s'amaigrit rapidement et tombe dans une somnolence invincible, dans une cachexie qui s'accuse chaque jour. Parfois, surviennent des paralysies craniennes, de l'amaurose, même des convulsions épileptiformes. Et malgré ces signes, chaque jour plus alarmants, une formule de guérison persiste dans le liquide de ponction lombaire, qui s'écoule difficilement, et prend la teinte jaune ambrée du sérum.

Il ne faut pas attendre : sans tarder, il faut *ponctionner le ventricule* pour y injecter directement le sérum.

Chez l'adulte et chez le grand enfant, cette entreprise nécessite une *trépanation* préalable. On ne se résoud généralement à une telle opération qu'à la dernière extrémité, alors que l'état du malade est déjà presque désespéré. Peut-être est-ce une des raisons de l'échec relativement fréquent de cette méthode : les observations de Vialard et Darléguy — entre bien d'autres — tendraient à le prouver : quatre malades subirent la trépano-ponction et l'injection ventriculaire de sérum, après échec de la sérothérapie due à une ventriculite fermée. Les deux premiers malades, pour qui l'intervention fut tardive, moururent. Instruits par l'expérience, les auteurs, chez les deux malades suivants, pratiquèrent la trépano-ponction *aussitôt le diagnostic porté* : les deux malades guérirent. La précocité de l'intervention est donc une des conditions du succès : peut-être conviendrait-il, de plus, en cas d'échec, de pratiquer une trépanation *bilatérale*, pour supprimer éventuellement l'obstacle dû à un cloisonnement interventriculaire.

Précoce, et au besoin bilatérale, la trépano-ponction ventriculaire a sauvé des malades qui paraissaient perdus. Elle mérite, semble-t-il, d'entrer dans la pratique courante.

A plus forte raison, l'emploi précoce de la ponction ventriculaire est-il justifié chez le nourrisson où elle est d'une technique particulièrement simple et facile, d'ailleurs actuellement classique. Après nettoyage et asepsie soigneuse de la région préalablement rasée, la piqûre sera faite au niveau de l'angle externe de la fontanelle, à 2 centimètres et demi de la ligne médiane, en enfonçant l'aiguille de haut en bas et de dehors en dedans jusqu'à une profondeur de 4 centimètres. Si le liquide qui s'échappe est louche ou purulent, on laisse couler une quantité un peu supérieure à la quantité de sérum que l'on désire injecter. L'injection faite, retirer brusquement l'aiguille. Nettoyer. Panser très aseptiquement.

Il ne semble pas qu'il soit exagéré, chez les nourrissons, de pratiquer la ponction ventriculaire, de façon précoce, *dans tous les cas* de méningite cérébro-spinale grave résistant à la sérothérapie intrarachidienne.

* * *

Dans d'autres cas de méningites, contre lesquelles le sérum est resté sans action, ce n'est pas vers l'hypothèse d'un cloisonnement que les signes cliniques tendent à incliner le diagnostic : la fièvre prend le type intermittent des grands accès pseudo-palustres. Des arthralgies surviennent, des éruptions polymorphes, à type pétéchial, à type *papulo-noueux* surtout, ces dernières très caractéristiques. Ces signes, joints à la persistance d'un mauvais état général malgré l'amélioration des signes nerveux, à l'amaigrissement progressif, ne laissent guère de doute sur l'existence d'une *septicémie méningococcique*, confirme le diagnostic, l'hémoculture ne laisse bientôt aucun doute. On se trouve alors dans un des cas les plus rebelles à la thérapeutique.

Classiquement, il conviendrait de substituer à la sérothérapie intrarachidienne, sous la réserve d'une surveillance journalière, la sérothérapie intramusculaire ou même intraveineuse, et de l'appliquer « avec persévérance et ténacité ».

En réalité, on s'exposerait à de cruelles déceptions si l'on fondait trop d'espérances sur ce mode de traitement. Peu d'auteurs se sont félicités de l'avoir employé. « Nous dirons avec netteté que la sérothérapie nous a paru totalement inefficace dans le traitement de la méningococcémie; jamais nous n'avons constaté la moindre preuve d'efficacité de cette méthode » (Lavergne et Carnot). On retrouve la même opinion exprimée dans nombre de communications récentes [Merle (de Nancy), Courtois-Suffit et Garnier, etc.]. Bien rares sont les cas où un traitement sérothérapique intramusculaire a triomphé d'une méningococcémie.

A ce propos, on sait qu'il a été recommandé, et qu'il est devenu presque classique, de pratiquer, parallèlement aux quatre injections intrarachidiennes quotidiennes, quatre injections intramusculaires aux mêmes doses en vue de prévenir ou plus exactement d'anéantir dès ses premières manifestations la « septicémie méningococcique » supposée constante à la période initiale de la méningite cérébro-spinale. Pour P. Teissier, il s'agit là d'une pratique illogique, résultant d'une confusion fâcheuse entre la « bactériémie », c'est-à-dire « la simple présence, accidentelle ou provisoire, du méningocoque dans le sang resté normal », et la « septicémie », c'est-à-dire « la pullulation du microbe dans le sang altéré » laquelle se décèle, non seulement par l'hémoculture, mais aussi par le syndrome clinique grave ou malin auquel elle donne lieu. Autant l'emploi de la voie sanguine lui paraît justifié, sinon efficace, dans les cas où la septicémie est réelle, autant cette méthode lui semble injustifiée, à priori, au cas de simple bactériémie; les quelques éléments microbiens

essaimés accidentellement dans la circulation générale ne seront-ils pas suffisamment combattus par le sang lui-même, et, en dépit de son extrême dilution, par la petite quantité de sérum qui passe très rapidement, comme on le sait, du liquide céphalo-rachidien dans la circulation générale?

Mais ceci est une parenthèse. L'important n'est pas que la sérothérapie par voie sanguine soit ou non qualifiée pour prévenir la méningococcémie. L'essentiel est qu'elle se montre, la septicémie une fois déclarée, inhabile à la juguler. Comme nous le verrons, la septicémie à méningocoques, indifférente à l'action du sérum, relève surtout des moyens thérapeutiques « adjuvants », vaccinothérapie et abcès de fixation, dont nous envisageons plus loin l'efficacité.

*
* *

Le cloisonnement, la septicémie associée sont donc responsables, dans un certain nombre de cas, de l'échec de la sérothérapie. Mais il y a d'autres cas, très nombreux, où il est manifestement impossible d'invoquer, à la décharge du sérum, l'influence empêchante de l'un ou de l'autre de ces deux obstacles.

Faut-il, dans des cas semblables, incriminer une insuffisance dans les doses employées, un retard dans la mise en œuvre du traitement, un manque de persévérance dans son application? Une telle éventualité n'est pas habituelle, si nous en croyons Teissier, pour qui les médecins, en pareille matière, pêcheraient plus souvent par excès que par défaut, et, loin de se montrer timides, auraient plutôt tendance « à exagérer les doses ou à prolonger la durée de la sérothérapie au delà des limites raisonnables et inoffensives ».

Faut-il donc accuser la gravité particulière à certaines épidémies? Ce serait contraire à la majorité des faits observés qui témoignent de la rareté actuelle des méningites issues de foyers épidémiques véritables. Incriminera-t-on l'existence d'infections associées? Elles sont exceptionnelles. Ou bien des tares antérieurement acquises, des maladies, des intoxications antérieures donneront-elles la raison de l'inefficacité du sérum? Sans doute, mais dans un nombre de cas bien limités. Accusera-t-on l'intervention de plus en plus fréquente du méningocoque B et la virulence plus grande de cette variété? Sans doute. Mais la séro-résistance n'est pas l'apanage du seul méningocoque B. D'ailleurs qu'on accuse la puissance trop grande du microbe ou que l'on reconnaisse la faiblesse du médicament, cela, nous semble-t-il, revient sensiblement au même. Il vaut mieux reconnaître qu'il existe des échecs purs et simples de la sérothérapie antiméningococcique, où l'inefficacité du traitement semble bien n'être imputable qu'à l'imperfection même du sérum tel qu'il est actuellement préparé par l'Institut Pasteur.

Où réside la raison profonde de cette imperfection. Faut-il la chercher, comme le pense Teissier, dans « la variabilité extrême et incessante des espèces microbiennes en jeu, variabilité qui déborde les cadres dans lesquels nous avons encore coutume de ranger les paraméningocoques »? Dans les différences qui existent trop souvent entre les types de méningocoques retrouvés sur les malades et ceux qui ont servi à la préparation du sérum? Si véritablement c'est dans l'instabilité excessive de l'antigène qu'il faut chercher la raison des défaillances de la sérothérapie, il est permis d'espérer voir le sérum retrouver dans quelque temps son ancienne vertu; il conviendrait sans doute d'introduire sans cesse dans la préparation du sérum de nouveaux antigènes, d'éliminer sans cesse les souches qui ont trop vieilli ou qui se sont écartées de leur type initial, en somme d'opérer incessamment un double travail de multiplication et de sélection dans les diverses souches de méningocoques utilisées pour la préparation des divers sérums antiméningococciques.

*
* *

Mais en attendant, quelle ligne de conduite convient-il de suivre lorsqu'on se trouve en face d'un cas semblable, où malgré le traitement, aucune amélioration totale ou générale ne se manifeste. Devra-t-on répéter indéfinitivement les injections, avec « la persévérance et la ténacité » que recommandent les traités classiques? On peut se demander avec Courtois-Suffit et Garnier, jusqu'à quel point il peut être inoffensif pour le malade de continuer à injecter, comme on le fait actuellement, de grosses doses de sérum, qui viennent troubler profondément la composition du liquide céphalo-rachidien sans influencer la marche de l'affection. On peut penser, avec P. Teissier, que toute méthode spécifique dont l'inefficacité se poursuit, ne saurait être continuée indéfiniment, et que, si le sérum n'a pas agi rapidement, il convient de l'écarter comme une médication inutile, puisque par ailleurs il n'est pas certain qu'elle soit absolument inoffensive.

C'est alors qu'il est infiniment préférable, au lieu de s'obstiner à réclamer du sérum ce qu'il se refuse à donner, de s'adresser aux méthodes thérapeutiques dites « adjuvantes », dont il nous reste à dire quelques mots.

*
* *

Les méthodes thérapeutiques adjuvantes. — I. **C'est avant tout la vaccinothérapie spécifique.** — L'emploi des vaccins dans la lutte contre le méningocoque n'est pas de date récente; déjà en 1917 et en 1918, Boidin et Weissenbach, Florand et Fiessinger, avaient employé la vaccinothérapie avec succès dans plusieurs cas où le sérum avait échoué, Méry et Girard, Léon Tixier, Lereboullet, Froment et Ravault (de Lyon), Etienne (de Nancy), ont signalé l'action heureuse de la bactériothérapie, employée seule ou associée à la sérothérapie. Sergent, Pruvost et Bordet, ont obtenu un beau résultat avec un stock-vaccin introduit par voie veineuse.

Mais parmi toutes les observations ayant trait à cette question, nous en retiendrons deux, qui nous semblent particulièrement suggestives.

L'une concerne un cas de méningite compliquée de méningococcémie, traitée par Merle (de Niort).

Le sérum avait eu raison des phénomènes ménin-

gés. Le sérum en injection locale avait obtenu la guérison d'une arthrite suppurée du genou gauche. Devant la persistance de la méningococcémie, on met en œuvre un auto-vaccin, à un milliard de germes par centimètre cube. En deux injections, d'un demi centimètre cube le premier jour, d'un centimètre cube le surlendemain, la défervescence est obtenue, la convalescence est rapide et le malade sort guéri.

La seconde concerne un cas de méningite cérébro-spinale simple, non cloisonnée, non compliquée de septicémie, mais opiniâtrement rebelle au sérum. Pour ce malade, Courtois-Suffit et Garnier ont préparé un auto-vaccin, en partant d'une culture de vingt-quatre heures, sur gélose ascite, du liquide céphalo-rachidien ensemencé largement. L'émulsion fut chauffée à 56 degrés une demi-heure et répartie en ampoules, contenant un milliard de germes par centimètre cube.

Ils injectent par voie intra-musculaire un demi-centimètre cube le premier jour, puis 1 centimètre cube tous les deux jours, montant bientôt à 1 centimètre cube et demi et 2 centimètres.

Les injections sont bien supportées, leur efficacité est remarquable : la température qui, depuis quatre semaines environ, décrivait de grandes oscillations quotidiennes, tombent presque immédiatement à 37 degrés et s'y maintient, sauf un léger clocher, à 38°4 à la quatrième injection. A la dixième injection, le sujet sort guéri. Il a été revu trois mois après en parfaite santé.

De tels résultats justifient amplement le conseil donné par René Bénard : il est utile de toujours mettre en préparation un vaccin, avec *les premières cultures obtenues au début de l'infection*. On ne saurait prévoir comment évoluera la maladie ni si l'on pourra ultérieurement obtenir, à la demande, une nouvelle culture positive.

*
* *

Cependant le vaccin n'est pas tout-puissant et n'enraye pas toujours l'évolution de la septicémie. Boidin, Courtois-Suffit ont vu les grands accès fébriles continuer leur marche régulière malgré le vaccin. Lavergne et Carnot ont eu — après plusieurs autres — un échec particulièrement piquant : la méningococcémie a éclaté chez un convalescent de méningite qui avait reçu, à sa convalescence, une série prolongée d'auto-vaccins.

On comprend, dès lors, que d'autres auteurs aient été amenés à pousser leurs recherches dans d'autres voies.

II. **La Protéinothérapie** non spécifique a été employée sous deux formes principales :

1° Les injections de lait qui ont donné de bons résultats et des échecs;

2° Surtout l'*abcès de fixation*, déjà utilisé avec succès par Boidin et Weissembach, en 1918, associé au vaccin. Pratiqué de nouveau en 1926, par Boidin, toujours avec succès, dans un cas de septicémie pure à méningocoque B. Employé de nouveau par Lesné, et tout dernièrement par Lavergne et Carnot, qui concluent à une influence heureuse de l'abcès de fixation dans la moitié des cas environ.

III. Il faut, en terminant, faire une place à une méthode essayée dans le service de P. Teissier, par son élève Luton, qui a consigné le résultat de ces essais dans sa thèse. Il a injecté à ses malades, par voie intra-rachidienne et par voie intra-musculaire, une « endoprotéine » préparée en partant de méningocoques. Il a pu guérir, en quelques jours, par deux et trois injections, des méningococcies graves, à forme pseudo-palustre.

*
* *

En résumé, il apparaît clairement qu'en matière de méningite cérébro-spinale, aucune méthode thérapeuthique n'est actuellement toute puissante. L'efficacité de la sérothérapie est inconstante, en particulier dans les cas de méningite cloisonnée, où il est nécessaire d'aller chercher le méningocoque là où il est, ce qui n'est pas toujours facile; dans le cas de méningococcémie associée, où l'échec du sérum est la règle; et trop souvent en dehors de l'un et l'autre de ces facteurs.

Les médications adjuvantes, en particulier l'auto-vaccinothérapie et l'abcès de fixation, sont en pareilles circonstances, d'un précieux secours; il faut procéder par des essais successifs de ces différentes méthodes.

EXTRAITS DE LA BIBLIOGRAPHIE

P. Teissier. A propos de la sérothérapie antiméningococcique, *Bull. méd.*, 22-25 juillet 1925.

Dopter. Art. LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE, in *Nouveau Traité de médecine* de Roger-Widal-Teissier.

Lavergne et Carnot. A propos d'un cas de septicémie méningococcique, *Soc. méd. des hôpit.*, 10 déc. 1926.

L. Merle. Méningococcémie guérie par l'auto-vaccin, *Soc. méd. des hôpit.*, 25 juin 1925.

Courtois-Suffit et Garnier. A propos de deux cas de méningite cérébro-spinale traités par l'autovaccinothérapie après échec de la sérothérapie, *Soc. méd. des hôpit.*, 2 juillet 1926.

Vialard et Darléguy. Sur quelques cas de méningo-épendymites cloisonnées traitées par injections intraventriculaires et basilaires de sérum antiméningococcique après trépanoponction, *Soc. méd. des hôpit.*, 8 janv. 1926.

Florand et Fiessinger. Méningite cérébro-spinale à méningocoques C. Guérison par la bactériothérapie. La bactériothérapie comme adjuvant de la sérothérapie dans le traitement de la méningite cérébro-spinale, *Soc. méd. des hôpit.*, 5 juillet 1918.

Froment et Ravault. Méningite cérébro-spinale. Sérothérapie et bactériothérapie, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 18 nov. 1924.

Etienne. *Revue méd. de l'Est*, mars 1925.

E. Lesné, R. Marquézy et A. Lambling. Deux cas de méningococcémie prolongée à forme pseudo-palustre. Guérison après abcès térébenthiné, *Soc. méd. des hôpit.*, 30 juillet 1926.

Boidin. Septicémie pure à méningocoques B. Abcès térébenthiné. Guérison, *Soc. méd. des hôpit.*, 21 mai 1926.

L'Immunité. Traitement actuel de la méningite cérébro-spinale, 1er mai 1926.

Dufourt et Sédaillan. De l'inefficacité du traitement sérothérapique dans certaines méningites cérébro-spinales, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 1er déc. 1925.

Boidin, Marquézy et Wolf. Méningite cérébro-spinale à méningocoques, forme pseudo-palustre, guérie par choc sérique, *Soc. méd. des hôpit.*, 6 juillet 1923.

M. BLUM. Méningococcémie, protéinothérapie et sérothérapie spécifique, *Soc. méd. des hôpit.*, 19 janv. 1923.

BOIDIN. Méningite cérébro-spinale. Bactériothérapie et abcès de fixation. Moyens adjuvants de la sérothérapie, *Soc. méd. des hôpit.*, 22 mars 1918.

MORICHAU-BEAUCHANT, BOIDIN et DUBOIS. Méningite grave à méningocoques B. Persistance des symptômes malgré la sérothérapie intensive. Guérison après trépano-ponction des deux ventricules latéraux, *Soc. méd. des hôpit.*, 10 mai 1918.

BOIDIN et WEISSENBACH. Méningite cérébro-spinale à méningocoques, bactériothérapie, *Soc. méd. des hôpit.*, 9 fév. 1917.

DE VERBIZIER et CLAUVEL. Méningite cloisonnée. Ventriculo-épendymite traitée par la trépano-ponction, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 avril 1917.

Marcel BLOCH et Pierre HÉBERT. Prédominance des paraméningocoques dans la région de l'Est, *Soc. méd. des hôpit.*, 7 déc. 1917.

NICOLLE, DEBAINS et JONAN. Méningocoques et sérums antiméningococciques, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 juillet 1917.

NETTER. Diversité des méningocoques. Prédominance de deux types. Importance de leur distinction, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 juillet 1917.

DOPTER. Méningocoques et paraméningocoques, *Soc. méd. des hôpit.*, 12 oct. 1917.

NETTER. Différenciation des méningocoques par l'agglutination. Efficacité du sérum bivalent, *Soc. méd. des hôpit.*, 7 déc. 1917.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1927)

La systole cardiaque. — M. F. HENRIJEAN.

Influence de la spartéine sur l'action cardiaque de l'adrénaline. Syncope adrénalino-spartéinique. — M. Fernand MERCIER.

Différenciation des protéides du sérum sanguin. — MM. A. VILA et R. ANCELLE.

Une nouvelle méthode de dosimétrie des bains de soleil. — M. P. S. MEZERNITZKY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1927)

S. E. M. de Gallardo, ministre des Affaires étrangères de la République argentine, membre correspondant de l'Académie, assiste à la séance. M. le Président lui souhaite la bienvenue.

Notice nécrologique. — M. LAPICQUE lit une excellente notice sur M. Laguesse, récemment décédé.

Typhus endémique bénin (maladie de Brill). — M. Léon BERNARD lit une note de M. Olmer (de Marseille) qui a observé de nouveaux cas de cette maladie infectieuse sur laquelle il attirait récemment l'attention de l'Académie. Comme M. Netter et MM. Plazy, Marçon et Carboni (de Saint-Mandrier) [*Acad. de méd.*, 15 nov. 1927]. M. Olmer se rallie au diagnostic de typhus endémique bénin.

Rapport sur les épidémies de 1926. — M. Léon BERNARD estime que l'Académie est mal renseignée au sujet des épidémies. Les informations dont elle dispose proviennent des préfets et des fonctionnaires sanitaires, mais ces informations n'offrent entre elles aucune coordination et ne peuvent permettre que des aperçus fragmentaires.

Les renseignements ne permettent pas d'établir de statistique sérieuse et font simplement ressortir l'insuffisance de la prophylaxie en ce qui concerne la variole, favorisée par l'immigration, la diphtérie, les épidémies typhoïdiques, etc.

Il résulte du rapport de M. Léon Bernard que la déclaration des maladies infectieuses est encore insuffisamment appliquée.

Le rapporteur insiste sur la nécessité d'instituer dans tous les services d'hygiène municipaux et départementaux, comme dans ceux de l'Administration centrale au Ministère, un service de renseignements épidémiologiques fonctionnant suivant les méthodes actuellement en usage dans les pays bien équipés. En effet, sans renseignements épidémiologiques complets et fidèles, il n'est pas de prophylaxie possible. Or, une prophylaxie efficace s'impose d'autant plus dans notre pays que la mortalité y est plus élevée qu'ailleurs et que son avenir, subordonné à sa santé, est lié à l'abaissement de la mortalité, que nous devons et pouvons réaliser.

Considérations cliniques sur l'épidémie de paralysie infantile qui a sévi en Roumanie pendant l'année 1927. — MM. G. MARINESCO, M. MANICATIDE et H. DRAGANESCO. Depuis 1920 on a hospitalisé chaque année à la Clinique infantile 3-6 cas de poliomyélite. En 1927, l'épidémie qui a sévi a atteint le maximum d'intensité au mois de juillet et août. Le nombre total des malades jusqu'au 20 octobre a été de 1.307, dont la plupart venus de la campagne. La mortalité a été de 7,3 p. 100. Pendant cette épidémie on n'observa qu'exceptionnellement des cas de contagion familiale ou d'hôpital. Les enfants atteints étaient surtout âgés de moins de deux ans. Il y avait aussi quelques adultes. La maladie débuta en général par des troubles gastro-intestinaux et des phénomènes méningés. La forme spinale existait dans 87 p. 100 des cas, surtout sous forme de paraplégie. Dans 25 cas sur 246, les troubles évoluèrent sous le syndrome de Landry et 17 des mêmes sont morts. La forme bulbo-protubérantielle présentait 1 cas foudroyant et 21 cas relativement légers. La paralysie faciale (8 fois pure, 11 fois associée à des paralysies des membres) était presque toujours d'un pronostic sévère. Les paralysies des autres nerfs craniens furent exceptionnelles. Un enfant âgé d'un an présentait un syndrome parkinsonien typique qui guérit deux mois plus tard (forme mésocéphalique de la paralysie infantile, non décrite encore). Les auteurs ont constaté très fréquemment des lésions du locus niger, analogues à celles de l'encéphalite épidémique. On a noté encore la forme algique, méningée et les formes abortives.

Urétrite et entérocoque. — M. HUSSEIN IBRAHIM apporte une observation qui montre que l'entérocoque est susceptible de provoquer des urétrites tout comme d'autres germes banals.

Quelques essais thérapeutiques au moyen des ondes galvaniques alternatives à longues périodes. — M. LAQUERRIÈRE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1927)

Le Président annonce la mort de M. F. GROSS (de Nancy).

Hernie spontanée de l'estomac dans le thorax à travers l'orifice œsophagien. — M. GRÉGOIRE apporte une observation de hernie avec sac de l'estomac produite dans le médiastin postérieur et passant à travers l'orifice de l'œsophage, chez une femme de cinquante ans; opération par voie transthoracique; résection du sac péritonéal et fermeture de l'orifice au catgut; guérison.

Invagination iléo-cæco-colique aiguë. — M. Hornus (de Montauban) [rapport de M. Descomps] a observé un cas d'invagination aiguë, chez un enfant de quatorze ans; il a opéré, pensant à une crise d'appendicite; le ventre ouvert, M. Hornus trouve une anse grêle pénétrant dans le côlon et arrive assez facilement à faire la désinvagination. Suites opératoires simples; guérison.

Récidives d'un ulcère de l'estomac. — M. Aigrot (de Lons-le-Saunier) [rapport de M. Basset] a opéré une malade ayant subi antérieurement une gastrectomie pour ulcère gastrique; Billroth II, puis en raison de vomissements huit jours après, jéjuno-jéjunostomie; deux ans après, M. Aigrot voit la malade, fait le diagnostic d'ulcère peptique et intervient à nouveau; à deux reprises différentes, résèque l'ulcère et fait une nouvelle bouche dans l'espace sous-mésocolique; il supprime la bouche de jéjuno-jéjunostomie. Guérison depuis dix-huit mois.

M. Cunéo rappelle que l'on doit éviter la gastro-entérostomie avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire ainsi que la gastro-entérostomie en Y dans le traitement de l'ulcère gastrique. Mais il existe des malades opérées par les meilleures techniques et qui font quand même des ulcères, sans qu'il soit possible d'en donner d'explication.

M. Lecène trouve que la pathogénie des ulcères gastriques est excessivement difficile, qu'on ne peut pas en trouver la solution par les explications mécaniques et qu'il y aurait lieu d'étudier la question sur un très grand nombre de faits.

M. Okinczyc, à propos d'une observation personnelle (malade ayant présenté deux ulcères peptiques en l'espace de sept ans et subi plusieurs interventions) discute sur le rôle du traumatisme opératoire, et croit plutôt que l'on rencontre chez ces malades des terrains favorables à l'apparition du processus ulcéreux.

Platyspondylie congénitale et traumatisme. — M. Mouchet fait un rapport sur un travail de M. Botreau-Roussel (de Marseille); un malade de vingt-huit ans, fait une chute, se plaint de douleurs lombaires; à la radiographie, on constate l'aplatissement d'une vertèbre et on l'hospitalise avec le diagnostic de mal de Pott; or il ne s'agissait chez ce malade que d'une platyspondylie congénitale affectant la Ire lombaire.

Orchite subaiguë de l'enfance. — M. Michel (de Marseille) [rapport de M. Mouchet] a observé chez un enfant de deux ans une orchite subaiguë qu'il a opérée et qu'il croit due à une torsion de l'organe de Giraldès.

M. Chevassu a observé deux fois des formations kystiques analogues et qu'il lui a semblé difficiles à rattacher à l'organe de Giraldès.

Tumeur cérébrale. — M. Robineau fait un rapport sur une intéressante opération pratiquée par MM. Rose et Dikansky (de Karkoff); extirpation d'une grosse tumeur de l'hémisphère cérébral gauche pesant 150 grammes, guérison sans incidents. Le rapporteur insiste sur l'extrême difficulté du diagnostic précis et de la localisation des tumeurs cérébrales et souhaite que d'ici peu on arrive à un procédé aussi parfait de localisation pour le crâne, que le lipiodol rachidien pour les tumeurs de la moelle.

M. Auvray est tout à fait de l'avis de M. Robineau au sujet des difficultés de diagnostic de localisation des tumeurs cérébrales dont la chirurgie reste très décevante.

MM. Mocquot et Auvray, apportent, en de longues communications leur contribution au sujet des anévrismes artério-veineux.

(Séance du 2 novembre 1927)

Kyste hydatique de la paroi abdominale. — M. Lecène rapporte une observation de MM. Négrier et Rolland (marine) qui ont extirpé, chez une petite fille, une tumeur kystique de la paroi abdominale; la question est de savoir si ces kystes hydatiques sont des tumeurs primitives de la paroi, ou si, nés dans le péritoine, ils se sont secondairement inclus dans la paroi par enrobement conjonctif.

Rupture traumatique de la rate chez un paludéen. — M. d'Allaines (rapport de M. Lecène) a observé un homme de vingt-cinq ans qui, après une chute à plat sur le ventre, ressentit des douleurs internes et fut hospitalisé quelques jours après avec de l'ictère, de la matité dans l'hypochondre gauche et de la rigidité musculaire; après diagnostic de rupture de rate palustre, l'intervention montra un hématome intra-abdominal énorme avec des fragments de rate détachés; splénectomie, suture sans drainage, guérison.

Pancréatite subaiguë après hystérectomie. — M. Vanlande (rapport de M. Cunéo). Après hystérectomie pour salpingite, une malade présenta de l'ictère, de l'intolérance gastrique, un état général inquiétant; M. Vanlande réintervint, trouva une vésicule hypertrophiée, et une induration de la tête du pancréas; il fit un tamponnement sous-hépatique et un drainage du cholédoque, ce qui, dans ces poussées de pancréatite aiguë, est la meilleure conduite à tenir.

A propos de la prostatectomie — M. Michon fait un rapport sur un travail de M. Latouche (d'Autun) qui, ayant examiné 65 prostatiques, en opéra 36; 6 étaient mourants, dans 7 cas, on ne fit que la cystostomie, les autres furent opérés avec succès. Presque tous furent opérés en 2 temps, sans aucune anesthésie et les soins post-opératoires furent très simplifiés.

Abcès osseux de l'extrémité inférieure du tibia. — M. J. Piqué (de Lille) [rapport de M. Martin] a observé un cas d'abcès osseux du tibia qu'il trépana; après plombage de la cavité par un mastic à la paraffine, le malade guérit.

Volvulus post-opératoire du grêle. — M. Robineau fait un rapport sur deux observations de volvulus du grêle, communiquées par M. Yves Delagenière; guérison dans les 2 cas après réopération; le mécanisme de ces volvulus reste inconnu; faut-il incriminer la position de Trendelenburg?

M. Chevrier, après les interventions abdominales replace la malade à plat avant de refermer le péritoine.

M. J.-L. Faure ne croit pas qu'il y ait lieu d'invoquer la position de Trendelenburg.

A propos des anévrismes artério-veineux. — M. Lecène conseille, d'après son expérience personnelle, d'aller directement après hémostase provisoire, sur la communication artério-veineuse, et de conserver l'artère si la communication est étroite; mais ces cas semblent rares et le mieux, lorsqu'on ne peut y arriver, est de faire des ligatures artérielles et veineuses saignées.

Hernie diaphragmatique de l'estomac. — M. Baumgartner présente un malade qu'il a opéré pour une hernie diaphragmatique de l'estomac, consécutive à une blessure de guerre, sept ans après la blessure.

Il fit une incision thoracique, réséqua les VIIe et VIIIe côtes et libéra avec difficulté l'estomac; il sutura au crin, par points séparés, l'orifice diaphragmatique et obtint une guérison parfaite.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(Octobre 1927)

Perforation intestinale typhique. Opération par fistulisation à la paroi. Guérison. — MM. J. Poucel et Ch. Brahic.

Perforation intestinale typhique. Intervention précoce. Entérostomie. Guérison. — MM. Cassoute, Camel et A. Raybaud.

Un anencéphale derencéphale. — MM. A. RATHELOT et SALMON.

Sur une cause rare d'abcès de la fosse iliaque chez l'enfant. — M. T. FERRAN.

Dilatation de l'aorte ascendante et de la crosse. Anévrisme du coude gauche et de l'aorte thoracique descendante avec compression trachéo-bronchique et parésie récurrentielle gauche. — M. BOINET.

Abcès du poumon droit consécutif à l'inhalation d'une vertèbre de Poulet. Extraction sous-trachéo-bronchoscopie. Guérison. — MM. OLMER, PARROCEL et POINSO.

Pleurésie rhumatismale d'emblée. — M. J. PONTHIEU.

LIVRES NOUVEAUX

Madame Charles pendant les Cent Jours. *Nouveaux documents inédits* (1), par le docteur L. BABONNEIX.

Comme tous les Lamartiniens, notre ami Babonneix a voué un tendre sentiment à « celle qui inspira la divine musique du *Lac* ». Depuis plusieurs années, il s'est fait l'historien de Julie, cette mystérieuse personne « aussi inconnue qu'illustre », suivant l'expression d'Anatole France. Il nous a montré Julie Bouchaud des Hérettes dans la maison de Coigny; il nous a fait assister à son mariage avec M. Charles, bibliothécaire de l'Institut. La santé des deux époux, leur logement, leur famille, leurs relations, rien n'a échappé à Babonneix.

(1) *Revue d'histoire littéraire de la France*, juillet 1927. Numéro consacré au Romantisme.

Aujourd'hui il pousse la sollicitude envers son héroïne jusqu'à l'indiscrétion en essayant de trouver la raison d'un voyage de Madame Charles à Gand en 1815. Est-elle allée rendre ses devoirs au Roi en exil? A-t-elle été poussée simplement par le désir d'être utile à l'un de ses neveux? A-t-elle eu enfin un autre motif sur lequel Babonneix préfère ne pas insister?

Voilà autant d'hypothèses assez vraisemblables, somme toute. Babonneix nous laisse le soin de choisir entre elles, et il termine en faisant cet exquis portrait de Madame Charles :

« Elle était naïve avec finesse, coquette, experte à l'intrigue, se faisant de la fidélité conjugale une idée assez particulière, d'ailleurs jeune, gracieuse, heureuse de vivre, plus heureuse encore d'obliger, et ne connaissant déjà qu'une forme d'amitié : l'amitié amoureuse. »

Telle était Julie lorsqu'elle rencontra Lamartine à Aix l'année suivante.

F. L. S.

Syphilis, paludisme, amibiase. Notes de thérapeutique pratique (1), par Paul RAVAUT, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Préface du professeur Fernand WIDAL.

Ce volume représente la troisième édition des fascicules que l'auteur consacra pour la première fois en 1918, puis en 1922 à l'étude pratique du traitement de la syphilis, du paludisme et de l'amibiase. Les événements ont démontré l'importance croissante de ces affections et la nécessité de savoir les traiter sans hésitation. C'est ce que le docteur Ravaut nous expose dans un véritable volume cette fois, totalement remanié, et tenu au courant des nombreuses acquisitions de ces dernières années.

L. G.

(1) Troisième édition refondue, 1 vol. de 284 p. — Prix (France et Etranger) : 22 fr. sans majoration. — Paris, Masson et Cie.

INFORMATIONS

(SUITE)

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. (Professeur : M. Henri CLAUDE.) — Un cours de psychiatrie élémentaire commencera le jeudi 15 décembre 1927, à 17 h., à l'amphithéâtre de la Clinique (Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis). Cours gratuit.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. Pierre DELBET.) — COURS COMPLÉMENTAIRE, du 5 au 16 décembre, de 5 à 7 h., à l'amphithéâtre de la Clinique. — *Traitement des fractures et luxations des membres.* — Cours sous la direction de M. le professeur Pierre Delbet, par MM. Jacques Leveuf, chirurgien des hôpitaux, assistant du service; Lascombe, Godard et Oberthur, chefs de clinique.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Chaque leçon comportera : 1° de 5 à 6 h., une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils; 2° de 6 à 7 h., des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils.

La onzième leçon aura lieu à l'Ecole pratique de la Faculté.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 fr.

Sont admis les médecins français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — PRATIQUE DERMATO-SYPHILIGRAPHIQUE. — M. le docteur Lortat-Jacob, médecin de l'hôpital Saint-Louis, fait chaque mardi et chaque samedi, à 10 h. 1/2, depuis le samedi 12 novembre, une conférence clinique, avec présentation de malades et démonstrations de laboratoire.

Rédaction d'ordonnances dermatologiques commentées.

Tous les lundis, à 11 h. : Leçon clinique sur un sujet de tuberculose cutanée ou des muqueuses, avec la collaboration de MM. Legrain, assistant de consultation; Roberti et Solente, assistant et assistant adjoint du dispensaire antisyphilitique; de M. Bréger, chef de laboratoire, et le concours de MM. Fernet, médecin de Saint-Lazare, et Gastinel, ancien chef de Clinique de la Faculté.

HÔPITAL TROUSSEAU. — A partir du 3 décembre 1927, M. Lesné fera tous les samedis, à 10 h. 30, une conférence de clinique et de thérapeutique infantiles, avec la collaboration de MM. de Gennes et Marquézy, médecins des hôpitaux, et de MM. Baruk, Blamoutier, Boutelier, Clément, Coffin, Lefèvre et Turpin, anciens internes du service.

COLLÈGE DE FRANCE. — CHAIRE DE PROTISTOLOGIE PATHOLOGIQUE. — M. Nattan-Larrier, professeur, commencera son cours le samedi 3 décembre, à 3 h. 3/4, salle 5, et le continuera les jeudis et samedis, à la même heure. Objet du cours : Les formes invisibles des protistes.

CONFÉRENCES HEBDOMADAIRES. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1927-1928, une série de Conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain) [entrée : 49, rue des Saints-Pères].

NÉCROLOGIE. — Un service sera célébré à Paris le lundi 5 décembre à 11 h. précises en l'Eglise Notre-Dame-des-Champs (91, boulevard Montparnasse), à la mémoire de notre confrère et ami Alfred Mirande, rédacteur en chef du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, récemment décédé à Saint-Simon (Cantal) où il a été inhumé.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

On nous prie de faire connaître qu'**UNE SITUATION EST ACTUELLEMENT VACANTE EN ÉGYPTE**, pour un jeune médecin français, instruit, de préférence hygiéniste et bactériologiste, parlant anglais. Les appointements de début sont d'environ 75 à 80.000 fr. La nomination sera faite d'après un concours sur titres. Toute clientèle est interdite. Il ne sera répondu qu'aux lettres auxquelles il sera joint une enveloppe timbrée portant l'adresse exacte et complète du destinataire. S'adresser, pour tous renseignements, au docteur Robert Pierret, médecin consultant à la Bourboule, 7 *bis*, rue Raynouard, Paris (XVIe).

On recherche, pour l'Angleterre, un médecin d'un certain âge, de préférence retraité de l'armée, parlant anglais, pour une **SITUATION DE MÉDECIN-RÉSIDENT**, dans une maison de convalescence et de retraite, dans une ville très connue du littoral méridional, sur la Manche. Les appointements sont de 20 à 25.000 fr. par an, avec en plus la nourriture, le logement, l'éclairage et le chauffage. Dans le cas où le médecin prendrait le diplôme anglais, les appointements seraient augmentés de 8 à 10.000 fr. Clientèle interdite. Il ne sera répondu qu'aux lettres auxquelles il sera joint une enveloppe timbrée portant l'adresse exacte et complète du destinataire. S'adresser, pour tous renseignements, au docteur Robert Pierret, médecin consultant à la Bourboule, 7 *bis*, rue Raynouard, Paris (XVIe).

MÉDECIN MUNICIPAL DE SAINT-LOUIS DU SÉNÉGAL. — La ville de Saint-Louis du Sénégal offre une place de médecin municipal avec contrat pour une durée de deux ans renouvelable.

Solde de congé en Europe, 20.000 fr,; solde à la colonie, 50.000 fr. (exclusive de toute indemnité).

Avantages en nature : logement meublé gratuit, éclairage gratuit, voyage payé aller et retour de France à la colonie en 1re classe pour le contractuel et sa famille.

Après un séjour de deux ans, le médecin aurait droit à un congé de six mois avec solde d'Europe et, éventuellement en cas de maladie, à un congé de convalescence qui ne pourrait excéder trois mois.

Adresser demande et références à M. le lieutenant-gouverneur du Sénégal, à Saint-Louis.

DACTYLO TRÈS AU COURANT TERMES MÉDICAUX demande travail chez elle. — Mme BONNETAIN, 13, rue Séguier (VIe).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 2 décembre. — Questions données : « Paralysies diphtériques. Formes cliniques, sans la pathogénie. — La tarsalgie des adolescents. Traitement excepté. »

MM. Tournand, 20; David (Pierre), 15; Bourguignon, 29; Postel, 8; Cheynet, 23; Illaire, 22; Louvet, 7; Brisard, 17; Mlle Begaud, 24; M. Mialaret, 23.

Séance du 3 décembre. — Questions données : « Formes cliniques et diagnostic du cancer du foie. — Le panaris du pouce et ses complications. »

MM. Racine, 26; Bufnoir, 25; Bénaerts, 23; Nicolas, 22; Rouart et Mlles L'Hoir, 21; Cahen, 24; MM. Chadourne, 25; Contiadès, 21.

— CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — *Médecine.* — Juges : MM. Weissenbach, Vallery-Radot, Tzanck, Lion, acceptent; Ribadeau-Dumas, n'a pas fait connaître son acceptation. — Censeurs : MM. Bénard (Etienne), Léon-Kindberg, acceptent; Bénard (René), Léchelle, n'ont pas fait connaître leur acceptation.

Chirurgie et accouchements. — Juges : MM. Hartmann, Desplas, Vignes, acceptent; de Gaudart d'Allaines, Chatellier, n'ont pas fait connaître leur acceptation. — Censeurs : MM. Madier, accepte; Gatellier, Brocq, Métivet, n'ont pas fait connaître leur acceptation.

AUX EXTERNES DES HÔPITAUX VICTIMES DU DEVOIR. — L'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris doit inaugurer une plaque commémorative des externes morts victimes de leur dévouement dans leur service hospitalier.

Commencée en 1919, cette liste comporte déjà quinze noms : Fabre, Baudet, Gallois, Girard, Mlle Masse, Mlle Croisier, Loeb, Soleillant, Mlle Courtine, Kyndinis, Kenkene, Caillet, van Neuville, Séglas, Bozonet..... Combien d'autres, hélas, viendront par la suite allonger encore cette trop longue énumération ?

La remise de la plaque sera faite par le docteur Belot, président d'honneur, entouré des membres du bureau de l'A. E. au docteur Louis Mourier, directeur général de l'Assistance publique, le vendredi 9 décembre, à 10 h., dans la cour de l'Hôtel-Dieu.

Dans l'impossibilité de prévenir individuellement la plupart des familles de ces malheureux camarades, le bureau de l'A. E. les prie de bien vouloir considérer cet avis comme une invitation très instante à assister à cette commémoration.

Tous les membres du Corps médical hospitalier sont invités également à cette cérémonie qui conservera cependant un caractère de stricte intimité.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LE HAVRE. — Un concours pour trois places d'interne titulaire dans les hôpitaux du Havre a eu lieu le 28 novembre dernier. Les questions posées ont été les suivantes :

Oral. — « Articulation coxo-fémorale. — Coxalgie. »

Ecrit. — « Configuration extérieure et rapports du foie. — Coliques hépatiques. »

Ont été nommés : MM. Vornièse, 37; Deschamps, 35; Robert, 32.

LYON. — *Le concours de l'internat en pharmacie* s'est terminé par la nomination de Mlles Delore, Augagneur, MM. Bès, Crevat, Vérillon, Mlle Prost, MM. Badinand, Arnaux, Bommel.

Suppléants : M. Ray, Mlles Sicard, Garitey, MM. Linard, Perrache, Delorme, Robert, Moreaux.

MARSEILLE. — *Concours de l'internat.* — Nominations :

Internes en médecine : titulaires, MM. Recordier, Buisson, Luccioni, Plasse, Gary, Cerati, Alliez, Lena, Galland, Bouet.

Provisoires : MM. Mathieu, Guillot, Jouglard, Mattei, Sanguy, Mlle Gayraud, MM. Commeret, Wahl, Llucia.

Concours de l'externat. — Nominations :

Externes en médecine : MM. Figarella, Achard, Dumon, Carbonel, Arnaud, Léna, Legrand, Mlle Piétri, MM. Gallian, Rouit, Gaujoux, Tissot, Roqueplo, Ardissone, Capus, Picaud, Morel, Beaucaire, Mlle Lamoureux, MM. Delafon, Pedat, Gilormini, Salme.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Chanot est nommé pour un an, à partir du 1er novembre 1927, préparateur de pharmacie et de chimie analytique, en remplacement de M. Cunaud.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 28 novembre 1927, les prix de la bourse et du trousseau pour les élèves admis à l'Ecole du service de santé militaire, à la suite du concours de 1927, ont été fixés ainsi qu'il suit :

1° Pension, 3.000 fr. ;

2° Trousseau : *a.* Pour les élèves admis à quatre inscriptions; 5.678 fr. ; *b.* Pour les élèves admis avec le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, 6.334 fr.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Boucher (de Rouen), Jean Mallet (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Chomé (de Paris), Tison (de Chauny).

GUERRE. — RÉCOMPENSES HONORIFIQUES. — La médaille d'argent pour soins gratuits donnés à la gendarmerie est décernée à M. le docteur Curel, médecin à Saint-Saturnin d'Apt (Vaucluse). (*J. O.*, 3 déc. 1927.)

PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN AFRIQUE OCCIDENTALE FRANÇAISE. — Le décret du 27 septembre 1927 sur la protection de la santé publique en Afrique occidentale française est abrogé et remplacé par le suivant :

« En cas d'épidémie ou de tout autre danger imminent pour la santé publique, déclaré par arrêté du gouverneur général ou des lieutenants-gouverneurs, les contrevenants aux prescriptions des règlements sanitaires prévues aux articles 1er, 4, 6 et 11 du décret du 14 avril 1904, modifié par le décret du 5 mai 1922, sur la protection de la santé publique en Afrique occidentale française et sanctionnées par l'article 18, alinéas 1er et 3, et à toutes autres dispositions arrêtées par les autorités administratives seront immédiatement appréhendés et jugés dans les conditions prévues par la loi du 20 mai 1863 sur l'instruction des flagrants délits et seront punis des peines suivantes :

Amende de 500 à 1.000 fr., et, en cas de récidive, de 1.000 à 5.000 fr.

Emprisonnement de trois mois à un an, et, s'il y a récidive, de un à deux ans.

L'amende et l'emprisonnement peuvent se cumuler.

Les infractions ci-dessus visées sont de la compétence des tribunaux de simple police.

Dans les mêmes cas les infractions à l'article 29 du décret du 14 avril 1904 seront punies des peines suivantes :

Amende de 500 à 1.000 fr., et, en cas de récidive, de 1.000 à 5.000 fr.

Emprisonnement de deux mois à un an, et, s'il y a récidive, de un à deux ans.

L'amende et l'emprisonnement peuvent se cumuler.

L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par le présent décret. »

Dans les mêmes cas d'épidémie ou d'autres dangers quelconques pour la santé publique, les étrangers contrevenants pourront être expulsés des territoires de la colonie par arrêté du gouverneur général pris en conseil du Gouvernement ou en dehors des sessions, en commission permanente.

Dans les mêmes cas, la contrainte par corps est applicable pour défaut de paiement de l'amende.

Les mesures prises par les autorités administratives pour la protection de la santé publique pourront être permanentes et les pénalités prévues à l'article 1er du présent décret prononcées même en dehors des périodes d'épidémie. (*J. O.*, 29 nov. 1927.)

MÉDECIN SPÉCIALISÉ EN TUBERCULOSE. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination, dans le département des Basses-Alpes, à Digne, d'un médecin spécialisé en tuberculose, qui sera chargé, en outre, de la direction du service départemental d'hygiène à la Préfecture.

Les candidats doivent être français, âgés d'au moins vingt-huit ans, et être pourvus : 1° du diplôme de docteur en médecine; 2° du diplôme supérieur d'hygiène.

Ils devront s'engager à ne pas faire de clientèle dans le département, dans les conditions prévues par le statut des médecins du Comité national.

Le traitement annuel sera de 34.000 fr., les frais de déplacement seront remboursés sur état, jusqu'à concurrence de 6.000 fr.

Adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, les demandes d'admission à ce concours, avec les titres de spécialisation pour chaque candidat, avant le 30 décembre.

FÊTE DE LA VICTOIRE. — Le 11 novembre une délégation de l'Association amicale des anciens médecins des Corps combattants et de l'Union des médecins mutilés de guerre, ayant à sa tête MM. Forestier, Schneider et Landrin, s'est rendue à la Faculté de médecine et a déposé une gerbe de fleurs au pied du bas-relief élevé à la mémoire des médecins et étudiants morts au Champ d'honneur.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Zitterer, ancien inspecteur général du Conseil international de santé de Turquie, décédé à Marseille à l'âge de quatre-vingt et un ans.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE PHYSIOLOGIE. — M. Léon Binet, agrégé, commencera le lundi 9 janvier 1928, à 17 h., à l'amphithéâtre des travaux pratiques de physiologie, une série de conférences sur des actualités physiologiques.

HÔPITAL BROUSSAIS. — M. le docteur Dufour fait tous les vendredis, à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques.

Tous les matins, enseignement des stagiaires.

La première conférence a eu lieu le vendredi 18 novembre 1927.

LE SYNDROME MALIN

DANS LES MALADIES DE L'ENFANCE

APERÇUS DE CLINIQUE ET DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE INFANTILE

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

Au cours d'un certain nombre d'états morbides observés dans l'enfance, on peut voir survenir divers symptômes : asthénie, souvent excessive : « inerte, immobile et effondré sur son lit, indifférent à tout, incapable non seulement d'un effort, mais des moindres mouvements, le petit malade semble ne rien voir, ne rien entendre, ne rien comprendre; il ne parle pas, ne demande rien, c'est à peine s'il gémit »; troubles circulatoires, dont le plus considérable, celui qui commande tous les autres, c'est l'hypotension, « constante, mais plus ou moins prononcée; il n'est pas rare qu'elle atteigne 4 ou 5 centimètres de mercure », avec insuffisance du myocarde; apparition de bruits de galop, droit ou gauche, disparition du premier bruit, embryocardie, cyanose ou asystolie suivant que l'insuffisance prédomine sur le ventricule droit ou sur le gauche; tendance au collapsus cardiaque (Hayem) et à la mort subite; érythèmes polymorphes, non prurigineux, prédominant toujours sur les régions articulaires, progressant de la périphérie vers le centre et d'ailleurs beaucoup moins importants que les précédents; variations de la courbe thermique, qui baisse rapidement pour se relever aux approches de la mort; troubles fonctionnels portant sur le foie, le rein, le pancréas, les surrénales; production de fissures labiales, d'ulcérations nécrotiques occupant les piliers, la luette, le voile du palais, d'escarres, intéressant la région sacrée.

Ces symptômes, ce sont les éléments constitutifs de ce que le professeur Hutinel appelle fort justement le *syndrome malin* (1), qui débute habituellement par des troubles digestifs : vomissements, diarrhée, réactions péritonéales, qui dure plus ou moins longtemps et qui, lorsqu'il ne se termine pas par la mort, est la cause de dystrophies apparaissant à la convalescence : chute de poids, altérations de la peau qui se dessèche, du derme, parfois zébré de vergetures, amaigrissement, troubles psychiques d'allures dépressives, etc. Au bout d'un temps assez long, reprise des fonctions vitales : la physionomie s'éclaire, la peau devient plus souple, les sécrétions réapparaissent, l'embonpoint se montre, commençant toujours par l'abdomen, les humeurs de l'organisme regagnent leur équilibre, depuis longtemps perdu. Dans quelques cas, à ces troubles éphémères de la convalescence se substituent des séquelles durables : tachycardie, hypotension artérielle, phénomènes d'insuffisance thyroïdienne ou tubéro-hypophysaire.

(1) In-8° de 363 pages. Prix : 32 fr. — Paris. Masson et Cie.

***

Ce syndrome malin, qui peut affecter toutes les formes, et dont la description se confond, en partie, avec celles des fièvres adynamiques des anciens auteurs, dans quelles maladies le voit-on?

Dans la *fièvre typhoïde*, où, dès 1889, il a été signalé par le professeur Hutinel, qui avait eu l'occasion d'observer aux Enfants-Malades, en 1889, une épidémie où, aux signes habituels de la dothiénentérie, s'associaient des manifestations « d'abord bénignes et non inquiétantes, du moins en apparence, et qui ne tardèrent pas à révéler une forme maligne et rapidement mortelle. Dans ces cas, une éruption cutanée semblait être le symptôme prédominant ». Fait curieux : ces manifestations se produisaient en séries. La principale d'entre elles, l'*érythème*, survint à des périodes variables; sans doute, avait-il été signalé par quelques auteurs, mais, jusqu'à 1889, personne n'avait vu qu'il faisait partie d'un syndrome malin et rapidement mortel, que par suite, sa valeur pronostique était grande.

Le maître ne devait pas se contenter, d'ailleurs, de le voir dans la fièvre typhoïde; son attention ayant été attirée sur lui, il le retrouvait bientôt dans d'autres maladies infectieuses : diphtérie, rougeole, scarlatine, angines simples : ces *érythèmes infectieux*, généralement polymorphes, dans la plupart des cas, s'accompagnaient de symptômes graves, sans qu'entre ceux-ci et ceux-là, il fût impossible d'établir le moindre parallélisme; dans leur développement, le streptocoque jouait certainement un rôle.

Parfois, au cours ou dans la convalescence d'une rougeole régulière jusqu'alors, la fièvre remonte, des phénomènes généraux, d'une gravité excessive, s'installent et la mort survient en deux à trois jours. A l'autopsie, lésions bronchiques trop limitées pour pouvoir causer la mort par asphyxie. Il s'agit, non d'insuffisance respiratoire, mais d'une septicémie, d'une *forme suraiguë d'infection bronchique*, qui, d'ailleurs, peut avoir son point de départ dans des lésions banales de la bouche, des narines, du pharynx, du larynx, qui peut se voir en dehors de la rougeole et qui, jadis, aux Enfants-Assistés, sévissait parfois sous forme d'épidémies. Et quand? Lorsqu'il y avait, dans les pavillons, une grande affluence de malades. Ici encore, rôle prépondérant, mais non exclusif du streptocoque.

Voici un bébé déjà sevré, atteint de diarrhée estivale. Soudain, éclatent chez lui des accidents d'une effroyable gravité et tout à fait hors de proportion avec l'importance des troubles intestinaux. Il a déjà eu deux ou trois atteintes d'entérite dans l'intervalle desquelles il ne s'est pas entièrement remis. A la faveur d'une erreur alimentaire, apparaissent des troubles gastro-intestinaux que peut réduire la diète hydrique, aussitôt prescrite. L'alimentation ordinaire continue-t-elle à être prise, alors surviennent des phénomènes cholériformes, de l'adynamie, de l'hypotension, des réactions méningées, des ulcéra-

tions buccales ou labiales, des érythèmes, des broncho-pneumonies. Le *choléra sec*, parfois contagieux, se termine d'habitude par la mort. Les enfants survivent-ils, la convalescence est longue et difficile.

On sait que certains nourrissons font de l'*intolérance pour le lait*, qu'ils font à l'occasion de l'alimentation lactée, des phénomènes d'*anaphylaxie*. Ces phénomènes, déclenchés par une entéro-colite antérieure, en quoi consistent-ils? En vomissements incessants, avec diarrhée profuse, en hyperthermie, souvent avec convulsions, en symptômes liés à l'hypotension artérielle : adynamie, pâleur, tendance aux syncopes. N'est-ce pas dire que ce sont exactement ceux du syndrome malin? Ils peuvent, d'ailleurs, se produire pour d'autres aliments que le lait : bouillon, viande de mouton, œufs. Conséquences? Mettons les enfants à la diète hydrique, après avoir évacué le contenu de l'intestin, puis administrons, si possible, le lait de femme, sinon, le babeurre, le képhir, le bouillon de légumes.

Autre exemple. Un bel enfant, suralimenté, un peu gras, un peu soufflé, est depuis quelque temps déjà, atteint d'eczéma de la face. Vient-on, soit à le changer de milieu et d'alimentation, soit à vouloir imprudemment faire passer son eczéma, « la température monte brusquement à 40°, 41 de-« grés; en même temps il pâlit et l'eczéma semble « disparaître. La respiration s'accélère, devient sac-« cadée et irrégulière, le pouls s'affole, devient « arythmique ou incomptable, des convulsions appa-« raissent et la mort survient, après quelques heures « d'une hyperthermie énorme. » Ici encore, syndrome malin chez un nourrisson eczémateux. Ces *eczémas mortels* sont d'origine infectieuse : ils sont dus à une surinfection, chez des sujets en état d'anaphylaxie.

Dans les *scarlatines malignes*, quels sont les symptômes dominants? Ce sont l'asthénie, les divers troubles de la fonction cardiaque, les douleurs abdominales, quelquefois la coloration brune de la peau. Ces symptômes, nous les connaissons : ce sont ceux du syndrome malin. Ils avaient été entrevus par les anciens auteurs. Graves ne note-t-il pas « l'abatte-« ment rapide et soudain de la résistance et des « forces vitales », les inconvénients de la saignée dans ces cas où l'hypotension est si marquée? Mais ce qu'ils n'avaient pas vu, ce qu'ils ne pouvaient pas voir, c'est que ce syndrome malin relève, au moins pour une part, de l'insuffisance surrénale isolée par le professeur Sergent. La coloration brune des téguments n'est-elle pas l'ébauche de la mélanodermie addisonienne? Les symptômes les plus inquiétants ne sont-ils pas heureusement modifiés par l'adrénaline? Les examens nécropsiques ne révèlent-ils pas la présence fréquente de lésions surrénales, généralement réchauffées, réactivées par la scarlatine? Il y a donc, dans la scarlatine comme dans les autres infections générales, un syndrome malin que l'on ne peut, sans réserves, rattacher uniquement à l'altération des surrénales « mais il faut convenir, d'après « les faits observés, que cette lésion tient une place importante dans sa pathogénie ».

* * *

A l'autopsie des sujets ayant succombé à un syndrome malin, quelles lésions trouve-t-on? De la stéatose hépatique, des altérations rénales portant sur les cellules des tubuli, des lésions diverses, les unes récentes, les autres anciennes, des surrénales, des lésions, d'ailleurs peu fréquentes, du pancréas, de la thyroïde ou de la zone tubéro-hypophysaire. Leur signification est complexe. La stéatose hépatique n'est peut-être que l'exagération d'un processus de défense. Les lésions surrénales font souvent défaut, d'autres sont dues à la cadavérisation. Les altérations du système nerveux végétatif sont certaines, mais comment les étudier? Quant aux modifications du sang : plasma et éléments figurés, nous commençons seulement à entrevoir leur importance.

Il est donc encore trop tôt pour fixer l'étiologie et la pathogénie, et tout chapitre consacré à ce sujet ne peut être qu'un chapitre d'attente. Impossible, pourtant, de ne pas insister sur quelques éléments d'ordre étiologique : prédilection du syndrome malin pour les jeunes enfants, influences prédisposantes des maladies antérieures, sensibilisant l'organisme, de certaines diathèses, notion d'épidémicité et de contagion, rôle prépondérant de l'infection : « c'est que l'on trouve toujours à l'origine des manifestations malignes » bien qu'il n'y ait pas un germe propre au syndrome malin. Tout au plus, peut-on dire que les infections secondaires interviennent souvent dans sa production, et que le streptocoque, s'il n'est pas le seul microbe en cause, est certainement le plus important de tous. Signalons encore, parmi les agents auxquels il faut réserver une place, les infections répétées, et, surtout, le milieu hospitalier, que Rilliet et Barthez définissaient déjà un véritable *climat pathologique*.

Comment, de ces considérations étiologiques, s'élever jusqu'à la pathogénie? En se gardant bien de trop rétrécir notre champ visuel, en n'ayant pas la prétention de tout attribuer à une seule cause : infections secondaires, lésions surrénales, modification de la masse sanguine, altérations ou troubles fonctionnels des gros viscères. Etant donné que les troubles caractéristiques du syndrome malin sont à la fois graves et généralisés, qu'ils intéressent simultanément la plupart des organes, force est d'incriminer un trouble nerveux portant, sans doute, sur le vago-sympathique, diminué dans sa résistance, sensibilisé. Quelles sont les influences morbides qui peuvent ainsi troubler son fonctionnement? Surtout l'anaphylaxie. Les réactions du syndrome malin ne se comportent-elles pas comme autant de manifestations anaphylactiques? Faisons aussi large part aux troubles de l'équilibre colloïdal, aux altérations humorales, jadis si à la mode, et sur lesquelles les magnifiques recherches de Widal ont projeté tant de lumière.

*
* *

Si ces idées sont vraies, elles ne peuvent pas ne pas comporter des conséquences pratiques. Luttez contre l'infection par une *hygiène et une prophylaxie* bien comprises, réduisez au minimum les fâcheuses conséquences de l'encombrement nosocomial, surveillez le personnel, désinfectez les locaux, faites la chasse aux infections secondaires, associez antisepsie et asepsie médicales, dépistez le syndrome malin dès son apparition, dès les premières fissures labiales, combattez-le par l'administration de l'adrénaline, et vous aurez fait œuvre utile. Les statistiques des Enfants-Assistés ne montrent-elles pas qu'avant le sérum, le professeur Hutinel avait pu obtenir la suppression de la diphtérie, « non seu-« lement par l'utilisation des méthodes antisep-« tiques, mais par une application rigoureuse de la « théorie des porteurs de germes qui, depuis, a eu « un tel succès quand elle nous est revenue de « l'étranger? ».

*
* *

Telle est, très résumée, la théorie du syndrome malin. D'elle, le professeur Hutinel pourrait répéter avec orgueil la phrase que Cervantes a mise en tête de ses *Novelas ejemplares* : « Mon esprit les a conçues, ma main les a écrites ». N'y a-t-il pas plus de quarante ans qu'il leur a consacré ses premiers travaux? Ne l'a-t-il pas, chaque jour, enrichie de quelques découvertes nouvelles? Avec Martin de Gimard, il étudie les érythèmes typhiques, avec Mussy, les érythèmes infectieux, avec Rivet, l'eczéma mortel, avec Delestre, les infections des prématurés, avec Tixier, les lésions des glandes endocrines dans les infections, avec Beretervide, l'équilibre des liquides dans les fièvres typhoïdes adynamiques. Chaque année, il la complète et l'élargit. Constamment à l'affût, il guette tout ce qui peut la rendre plus claire, plus compréhensive, plus directe : il chasse sur le domaine de la clinique et de l'anatomie pathologique; il lui arrive même de braconner sur le terrain des sciences dites paramédicales : chimie physique, chimie physiologique, histochimie. Et c'est ainsi que, peu à peu, il en a fait une doctrine qui restera, parce qu'elle repose sur les bases solides de la clinique, et parce qu'elle a déjà conduit à de merveilleux succès thérapeutiques. Comment ne pas remercier son auteur, arrivé au *soir de la pensée*, de nous l'avoir si bien exposée? Il n'est pas de ces vieillards qui passent leur vie à célébrer ce qui se faisait de leur temps; il n'est pas non plus de ceux qui, toujours irrités contre les autres et contre eux-mêmes, se déchaînent en invectives contre le présent. Il est de ces octogénaires qui plantent — et qui plantent pour l'éternité.

Les Visions du demi-sommeil (hallucinations hypnagogiques), par le docteur Eug.-Bernard LEROY. In-16 de la « Bibliothèque de philosophie contemporaine ». — Prix : 12 fr. — Paris, F. Alcan.

TRAITEMENT DES PTOSES VISCÉRALES

Par R. MORICHAU-BEAUCHANT (de Poitiers).

Dans un précédent travail (1), nous avons montré que les ptoses viscérales n'étaient qu'un des éléments d'un état pathologique complexe que caractérisaient essentiellement, un habitus extérieur particulier, des troubles portant à la fois sur le tube digestif, le système nerveux, l'appareil circulatoire, les organes génitaux, les glandes endocrines : qu'il s'agissait en définitive d'un état de dystrophie générale qui nous a paru pouvoir se rattacher à une tuberculose latente datant de l'enfance.

Ces considérations sont primordiales et doivent servir de base pour instituer le traitement.

*
* *

On ne saurait trop insister tout d'abord sur l'importance de la cure hygiéno-diététique.

Le repos absolu au lit, dans certaines formes sévères, s'accompagnant d'une dénutrition profonde sera la préface indispensable du traitement. Dans les formes habituelles, on se contentera de prescrire un repos partiel comportant après le repas de midi une ou deux heures de station allongée sur le lit ou la chaise longue.

Nous ne croyons pas qu'il soit bon de prolonger, outre mesure, un repos trop complet. La réadaptation au travail doit être commencée dès que les forces le permettront. Une culture physique bien réglée donnera d'intéressants résultats. Les conditions optima seront réalisées lorsque la cure pourra s'effectuer sous la direction d'un professionnel et dans un établissement spécial. Cela n'est guère possible dans la clientèle courante. Des résultats très appréciables seront obtenus, à moins de frais, par l'emploi de la gymnastique dite de chambre. Les manuels ne manquent pas, dont le médecin pourra s'inspirer dans chaque cas particulier. A lui de faire comprendre aux malades l'importance de ces exercices et la nécessité d'y persévérer. La gymnastique respiratoire (2) et les mouvements qui concourent à la réfection de la paroi abdominale sont particulièrement à recommander.

En attendant les résultats que seul peut procurer un entraînement méthodique qui n'est d'ailleurs à la portée que d'un petit nombre, les malades éprouveront un soulagement immédiat par le port d'une sangle abdominale. Il en est de différents modèles. La plus simple est la meilleure; la ceinture maillot en tissu élastique résistant nous paraît la plus recommandable. Nous avons renoncé depuis longtemps à l'usage des pelotes rigides, ou s'insufflant. L'effet

---

(1) Ptoses viscérales et tuberculose latente, *Gaz. des hôpit.*, 5 janv. 1927.

(2) Dans une importante thèse (Lille 1924), M. Laniez a étudié la fonction respiratoire des ptosiques. Il montre la déchéance physique souvent marquée de ces malades chez qui l'air courant, la capacité vitale, l'expansion thoracique sont très diminués. Le jeu diaphragmatique est affaibli, le maximum d'apnée volontaire diminué. L'expiration est diminuée en durée et en qualité.

le plus certain de la sangle est de doubler la paroi abdominale et d'exercer une certaine compression sur les viscères sous-jacents. Quant à remonter les organes, nous n'avons jamais vu, sous l'écran, aucun des modèles les plus divers que nous avions prescrits réaliser ce desideratum.

L'intérêt de la culture physique ne consiste pas seulement à améliorer le système musculaire, toujours déficient chez ces malades, elle exerce aussi l'influence la plus heureuse sur leur psychisme. Elles se rendent compte que chaque progrès qu'elles réalisent est un pas vers la guérison et vers la reprise de l'activité normale; elles apprécient l'euphorie qui suit tout exercice physique bien réglé.

L'hydrothérapie sera un adjuvant des plus utiles. Au début de la cure, les douche chaudes seront les plus indiquées, les douches écossaises puis, tout à fait froides, ont un effet tonique beaucoup plus marqué et on devra y avoir recours dès que la résistance des malades sera suffisante.

Il nous reste à préciser quel doit être le régime alimentaire. Il sera abondant, composé d'aliments facilement digestibles, sous un faible volume, pour ne pas imposer à la paroi stomacale, déjà affaiblie, une surcharge mécanique qui ne serait pas sans inconvénients. Il sera aussi varié que possible, c'est là un point de la plus haute importance.

On éliminera les fritures, les graisses cuites, les sauces, les ragoûts, les viandes grasses, les poissons gras, les fromages gras, les aliments indigestes ou toxiques : champignons, truffes, crustacés, mollusques, les condiments irritants, sel en excès, poivre, épices, moutarde.

Les œufs constituent un aliment de très haute valeur nutitive et doivent être employés dans le régime, sauf dans les cas d'intolérance encore assez fréquents chez les sujets dont le foie est déficient.

Il en est de même pour le lait qui ne réussit pas chez tous les malades, surtout lorsqu'ils présentent des troubles intestinaux. Il sera souvent mieux supporté additionné de pâtes, ou ajouté à des purées ou à des farines de céréales.

Le pain est un aliment dangereux, surtout lorsqu'il est frais; on admet que le pain frais imbibé d'eau augmente huit fois de volume, alors que le pain rassis augmente de trois fois seulement. Il faudra donc le prescrire rassis ou grillé ou sous forme de biscottes. Le vin a été pendant longtemps systématiquement proscrit chez tous les malades souffrant de l'estomac; en réalité, il ne doit être défendu que chez les hyperchlorhydriques. Dans les dyspepsies hyposthéniques que réalisent la plupart de nos malades, le vin est utile, s'il est de bonne qualité, non acide et coupé d'eau. Il augmente, en effet, la sécrétion chlorhydrique et facilite l'évacuation gastrique. Le vin pur, les liqueurs, les apéritifs sont naturellement interdits.

Même remarque en ce qui concerne les crudités. Il fut un temps où les dyspeptiques se voyaient sévèrement interdire tout aliment cru. L'opinion s'est modifié depuis que l'on connaît l'importance énorme des vitamines dans les processus vitaux; or, ce sont surtout les aliments crus qui les renferment, jus de fruits, tomates et surtout salades. Tout régime doit comprendre, actuellement, une certaine quantité d'aliments crus. Ceux-ci varieront suivant la tolérance du malade; souvent cette tolérance est beaucoup plus considérable qu'on ne le croit vis-à-vis de cette catégorie d'aliments.

La base du régime sera constituée chez les malades atteintes de ptose avec asthénie par des viandes rôties ou grillées, chacun des deux principaux repas devant comporter un plat de viande ou de poisson. Les hydrates de carbone devront être utilisés en abondance car ils sont le principal facteur de l'engraissement qu'il faut systématiquement rechercher chez les malades. On les donnera sous forme de pâtes, de potages épais, de purées : il faut savoir que celles-ci peuvent être mal tolérées et donner lieu à des fermentations intestinales. Les bouillies avec farines de préférence maltées, les entremets sucrés sont particulièrement à recommander. Les légumes verts, les salades cuites riches en vitamine, en cellulose, en sels minéraux sont des aliments précieux qui doivent être introduits systématiquement dans l'alimentation.

Enfin la ration en graisses sera assurée par le lait, la crème fraîche et surtout le beurre frais dont on usera largement dans l'assaisonnement des aliments. La quantité de boisson prise aux repas devra être limitée à un verre, un verre et demi. Les femmes s'accoutument d'ailleurs à cette restriction avec une extrême facilité. Nous avons dit que le vin coupé d'eau était souvent utile et pouvait faciliter la digestion. S'il est mal supporté on recommandera l'usage de l'eau ou des infusions chaudes.

A propos du mode d'administration des repas plusieurs questions se posent.

Faut-il en multiplier ou en restreindre le nombre? Nous croyons qu'il faut distinguer suivant les cas. Dans les grandes ptoses avec inanition, troubles digestifs graves, troubles nerveux, cas qui nécessitent le repos complet au lit et le séjour dans une maison de santé, la réalimentation doit être progressive et ne peut être assurée que par la méthode des petits repas rapprochés.

Dans les autres cas nous croyons qu'il n'y a aucun intérêt à multiplier le nombre des repas. L'expérience nous a montré qu'il suffisait de trois repas et qu'il y avait grand avantage à supprimer le goûter; au moment où il se prend, c'est-à-dire trois ou quatre heures après la fin du repas de midi celui-ci n'étant pas encore complètement digéré.

A quel moment le repas principal doit-il être donné?

D'après M. Carnot (1) le grand repas doit être celui du soir. Le repas du soir comprendra une alimentation volumineuse et nourrissante. Le malade se couchera aussitôt après le repas, la digestion s'effectuera pendant la nuit beaucoup plus facilement que si le repas avait été pris le jour. Pendant le jour les repas ne comporteront que des aliments légers en faible quantité, liquides ou mous, et de passage pylorique rapide, mais stimulants sous un petit volume (viande

(1) P. Carnot. La clino-digestion vespérale, *Paris méd.*, 5 août 1924.

crue, œuf, sucre, pâtes, café, etc.). La méthode du professeur Carnot est parfaitement rationnelle et devrait conduire théoriquement à d'excellents résultats, il ne nous semble pas cependant que les malades chez qui nous l'avons utilisée en aient retiré beaucoup de bénéfice. Nous y avons vu deux inconvénients : les malades mangeaient le soir sans appétit et elles se plaignaient d'être troublées la nuit dans leur sommeil par leur digestion.

Nous prescrivons deux repas égaux et nous conseillons aux malades chez lesquelles la digestion est particulièrement pénible de s'étendre pendant une heure sur le ventre ou sur le côté droit.

Le régime dont nous venons de rappeller les grandes lignes convient à la grande majorité des ptosiques. Il est des cas où il doit être modifié, ce sont ceux ou intervient le spasme du pylore entraînant une difficulté plus ou moins marquée de l'évacuation et qui se traduit cliniquement par des douleurs tardives, des vomissements, de l'hypersécrétion acide, du liquide à jeun. La base du régime sera alors constituée par le lait, le beurre, les œufs, les pâtes, les bouillies aux farines de céréales, les viandes blanches, les poissons bouillis. On exclura le pain, le vin, les crudités, les purées ne seront données qu'avec réserve, car on connaît la médiocre digestion de l'amidon chez les hyperacides.

***

La cure hygiéno-dictatique sera complétée par la thérapeutique médicamentaire. Nous en étudierons ici seulement les grandes lignes.

Dans la grande majorité des cas c'est pour leur estomac que les malades viennent consulter. Elles se plaignent de malaises après les repas, de pesanteur, de digestions lentes. Nous avons vu que ces sensations étaient en rapport avec une hyperesthésie du plexus solaire. Ces troubles relèvent essentiellement de la médication bromurée. Cette médication sur laquelle ont insisté les Leven père et fils n'agit pas seulement sur l'estomac, elle calme l'hyperesthésie nerveuse qui joue un si grand rôle dans les malaises multiples présentés par ces malades. Le bromure est pour nous le médicament de fond qui trouve son application dans presque tous les cas. On l'emploie sous forme de bromure de sodium à la dose de 1 gramme deux fois par jour au milieu de chacun des deux principaux repas. Il peut être administré aussi en lavement et sous cette forme il nous a rendu les plus grands services dans les crises aiguës assez fréquentes chez ces malades, où les douleurs, l'intolérance gastrique absolue, les troubles nerveux créent une situation parfois très critique. Nous l'associons le plus souvent au chloral. Chaque lavement comporte 2 grammes de chloral et 2 grammes de bromure. On peut en donner deux par jour. Le bromure est un médicament qui auprès de la plupart des malades a une mauvaise réputation. Il conviendra de la prescrire d'une façon dissimulée, soit en employant une des excellentes préparations spécialisées que l'on trouve dans le commerce, soit plus simplement en inscrivant sa formule chimique.

La médication alcaline trouvera son indication lorsque le spasme pylorique intervient entraînant des douleurs tardives, la difficulté de l'évacuation de l'estomac, l'hyperacidité. Nous avons l'habitude dans ces cas de prescrire après chacun des deux principaux repas une cuillerée à café d'un mélange à parties égales de bicarbonate de soude, phosphate de soude, carbonate de chaux et magnésie calcinée.

Ces malades sont le plus souvent des constipées. On prescrira des mucilages, l'huile de vaseline, les lavements huileux. Si l'intestin est tolérant, s'il n'y a pas de colite surajoutée, le mal ne sera pas grand à employer divers laxatifs que l'on choisira les moins irritants; ceux à base d'extraits biliaires sont particulièrement à recommander.

Bien d'autres indications peuvent se poser et nous ne ferons que les signaler ici. L'agitation nerveuse peut n'être pas suffisamment calmée par le bromure et on peut être conduit à avoir recours aux nombreux agents de la série barbiturique.

Les troubles endocriniens, si fréquemment observés, sembleraient devoir bénéficier d'une médication appropriée. Nous n'avons, pour notre part obtenu aucun résultat probant avec les préparations à base d'ovaire ou de thyroïde. L'adrénaline et l'extrait surrénal nous ont paru dépourvus de toute efficacité par la bouche. Seules, les injections de corticosurrénale nous ont semblé, dans certains cas, améliorer l'asthénie.

L'indication capitale, qu'il reste à remplir chez tous ces malades, c'est d'agir sur l'état général, d'améliorer la nutrition, d'assurer la reprise du poids, laquelle constitue le critérium de l'amélioration.

Parmi les nombreux médicaments que nous fournit l'arsenal thérapeutique, la première place revient à l'arsenic; ce sont surtout les préparations organiques, les cacodylates, qui sont employées, administrées par voie sous-cutanée. Ces injections sont de pratique courante. Nous croyons qu'il y a intérêt à employer des doses fortes, les injections seront faites quotidiennement à la dose de 20 à 30 centigrammes et la dose totale injectée sera de 3 à 4 grammes. Les injections de cacodylate ainsi pratiquées auront, dans la majorité des cas, les meilleurs effets au triple point de vue du retour de l'appétit, des forces et du poids.

Plus rapides et plus impressionnants seront les résultats obtenus par les cures d'insuline. Il n'y a pas bien longtemps qu'a été découverte l'action remarquable exercée par l'insuline sur les états de dénutrition et d'amaigrissement; plusieurs travaux ont déjà paru sur ce sujet. Nous ne citerons que le dernier en date, celui de M. Lévy (1). Voici un an et demi qu'ayant eu connaissance des premières études sur la question, nous avons employé systématiquement cette médication avec des résultats le plus souvent surprenants. Le traitement doit être conduit comme pour le diabète. Une injection de 20 unités cliniques est faite immédiatement avant chacun des deux principaux repas. L'injection peut être faite,

(1) Max Lévy. Les cures d'engraissement par l'insuline, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, mars 1927.

sans aucun inconvénient, par la malade elle-même ou par une personne de son entourage. La cure comporte 30 à 40 injections. Nous n'avons pas observé, chez les 9 malades que nous avons traités, le moindre incident.

Le premier résultat obtenu est le retour de l'appétit : des malades, en état d'anorexie absolue, ont eu, dès les premières injections, la sensation de faim, et réclamaient avec insistance leur repas, ce qui ne leur était pas arrivé depuis des années. Le poids augmente rapidement, des gains de 2 à 3 kilos par semaine ne sont pas exceptionnels. Parallèlement, on observe le retour des forces, de la gaîté, les malades demandent à s'occuper et à reprendre la vie normale. L'amélioration se maintient après la cessation des injections que l'on peut renouveler si le besoin s'en fait sentir. On ne peut guère objecter à la cure d'insuline que son prix élevé. Mais les résultats obtenus compensent largement cet inconvénient.

Dans les cas simples, avec amaigrissement léger, nous croyons que l'on peut se borner aux injections de cacodylate ds soude à doses relativement élevées; chez les malades en état de dénutrition marquée, il ne faudra pas hésiter à recourir à l'insuline.

*
* *

Le traitement dont nous venons d'exposer les grandes lignes est celui des paroxysmes de la maladie. Ceux-ci surviennent après un surmenage prolongé, un choc nerveux, le plus souvent après une grossesse. Les symptômes se constituent peu à peu, les malades se plaignent de l'estomac, cessent de s'alimenter, les troubles nerveux apparaissent, la dénutrition s'accuse. C'est à ce moment que le médecin est consulté. La mise en œuvre des moyens que nous avons indiqués sera toujours suivie de succès; celui-ci sera beaucoup plus rapide si la cure peut se poursuivre dans une maison de santé, il n'est pas besoin d'en dire ici les raisons. Après quelques semaines la malade ayant repris du poids, des forces, ayant retrouvé aussi le goût de vivre pourra recommencer une existence à peu près normale.

Le rôle du médecin est cependant loin d'être terminé. Ces guérisons ne sont qu'apparentes. Ces femmes restent des malades. Ce sont essentiellement des méiopragiques, leurs aptitudes fonctionnelles sont restreintes. Le seuil de la fatigue est chez elles anormalement abaissé. Elles peuvent s'accommoder d'un petit train de vie, tout effort supplémentaire les mettra à bas et suffira pour rompre un équilibre toujours instable. C'est surtout dans les questions relatives au mariage et à la grossesse que les avis du médecin seraient le plus précieux. Malheureusement c'est là qu'ils sont le plus rarement demandés. Il doit déconseiller pour les jeunes filles un mariage trop hâtif (1), aux femmes des grossesses trop rapprochées, aux mères un allaitement trop prolongé. L'état de la nutrition sera particulièrement surveillé. Le médecin aura sans cesse devant les yeux la possibilité d'un retour offensif de la tuberculose que peut favoriser la moindre défaillance organique.

On ne saurait trop insister sur l'importance du traitement psychologique. Le médecin doit écouter avec une patience inaltérable les doléances de ses malades. Il doit leur donner l'impression que non seulement il compatit à ses souffrances mais qu'il connaît leur cas. Pour cela nous croyons qu'il est nécessaire de leur fournir toute explication utile sur leur état. Il faut leur faire bien comprendre que tous les symptômes qu'elles ressentent sont dus, non pas comme elles ont presque toujours tendance à le croire, à la lésion de tel ou tel organe, mais à un trouble de l'état général, et que la grande chose est d'agir sur celui-ci. Le médecin doit user de toute son influence pour prémunir ces malades contre les agressions chirurgicales qu'elles subissent trop souvent. Nombreuses sont les opérations auxquelles elles se soumettent avec une facilité déconcertante et que parfois même elles provoquent : néphropexie, redressement de l'utérus, curettage, dilatation quand ce n'est pas l'ablation de l'appendice ou d'un ovaire. Après une période d'amélioration transitoire, les troubles reparaissent régulièrement et imposent de plus en plus aux malades la conviction qu'elles ont une affection incurable que personne ne peut comprendre. Dès lors elles s'installent dans la maladie, se désintéressent du monde extérieur pour ne plus s'occuper que d'elles-mêmes.

Pour lutter contre un état d'esprit aussi désastreux le médecin doit montrer toujours un optimisme inébranlable. Il ne doit pas se lasser de répéter que rien n'est attaqué, que les troubles sont momentanés, qu'ils disparaîtront avec le temps.

De fait, il en est ainsi dans la majorité des cas.

Après la ménopause, l'équilibre a tendance à se rétablir et, certainement, la cessation de l'activité sexuelle est pour beaucoup dans la transformation favorable qui s'opère à ce moment. Arrivées à un certain âge, elles jouissent souvent d'une santé qu'elles n'ont jamais connue.

Ce n'est pas seulement vis-à-vis des malades que le médecin doit faire œuvre de psychologue; bien souvent, son action devra s'étendre à l'entourage. La vie commune avec ces malades n'est pas toujours facile et des frictions fâcheuses peuvent se produire dans le ménage. Le médecin, en mettant les choses au point avec tact, pourra souvent éviter deux éventualités également fâcheuses, soit que le mari compatisse trop aux souffrances de sa femme et que son système nerveux n'en pâtisse, à son tour, soit ce qui est le cas le plus habituel, qu'il ne s'en désintéresse trop complètement et qu'il aille chercher, ailleurs, les satisfactions qu'il ne peut trouver chez lui.

(1) Nous avons été frappé de voir dans notre clientèle combien souvent tournaient mal les mariages précoces chez les jeunes filles atteintes de ptose avec asthénie. Le premier enfant est souvent chez elle le signal d'une déchéance organique dont elles mettent plusieurs années à se relever. Souvent c'est après la première grossesse que se révèle la tare latente jusque-là.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1927)

A propos des tumeurs cérébrales. — M. DE MARTEL, à propos du rapport de M. ROBINEAU, apporte sa contribution à cette intéressante question; il insiste sur les difficultés de l'extirpation de certaines tumeurs, sur leur localisation, sur la ventriculographie, et ne croit pas que l'on puisse faire de parallèle entre la chirurgie du cerveau et celle de la moelle qui est à l'heure actuelle d'une merveilleuse précision.

Neurotomie rétro-gassérienne. — M. DE MARTEL fait un rapport sur une observation de M. LATOUCHE (d'Autun) qui a pu, chez une femme de soixante-sept ans, pratiquer une neurotomie rétro-gassérienne pour une névralgie faciale rebelle suivie de guérison qui persiste depuis trois ans; M. Latouche a suivi exactement la technique de de Martel; c'est une opération parfaitement réglée anatomiquement et qui donne à l'heure actuelle des résultats bien supérieurs à tous les autres traitements de la névralgie faciale.

Fracture de la tête du premier métatarsien. — M. MOUCHET rapporte une observation de M. BOTREAU-ROUSSEL qui a observé une fracture parcellaire longitudinale de la tête du premier métatarsien par choc, avec sésamoïde interne bipartitum unilatéral. M. Botreau-Roussel a extirpé le sésamoïde atteint; guérison complète.

Invagination intestinale aiguë. — M. DE LA MARNIÈRE (rapport de M. ROUX-BERGER) a observé une invagination aiguë chez un homme de soixante-cinq ans; opération, invagination très serrée du type iléo-cæcal, désinvagination, guérison.

A propos des anévrismes artério-veineux. — M. MAUCLAIRE insiste, après M. MOCQUOT, sur la difficulté de poser le diagnostic de localisation de la communication artério-veineuse.

Anévrisme artério-veineux. — M. CARAVEN (d'Amiens) [rapport de M. MOURE] a eu l'occasion d'opérer un grave anévrisme artério-veineux vertébro-jugulaire; après avoir cru à un anévrisme carotido-jugulaire et avoir lié la carotide primitive, l'auteur a pu lier la vertébrale puis la jugulaire externe; la guérison s'est maintenue depuis plusieurs années.

A propos des anévrismes artério-veineux. — M. OKINCZYC apporte, laissant de côté les plaies artério-veineuses récentes, quatre observations d'anévrismes artério-veineux contrôlées par la clinique et l'opération et toutes suivies de guérison; il conclut en indiquant que pour lui il faut réserver l'endo-anévrismorraphie aux anévrismes spontanés et donner la préférence, dans les anévrismes traumatiques, à la ligature exo-anévrismale, avec extirpation du segment vasculaire lésé.

L'arthrodèse de la hanche. — M. MATHIEU, dans une longue communication, apporte sa technique et les résultats qu'il a obtenus en pratiquant l'arthrodèse de la hanche pour séquelles de coxalgies par un procédé extraarticulaire décrit par lui dans le *Journal de chirurgie* de septembre 1926; l'opération a été facilitée dans les six cas opérés par l'emploi de la table de Ducroquet; un grand plâtre ensuite appliqué pendant une durée de trois mois à un an suivant les cas. Cette opération paraît simple et assez constante dans ses résultats pour être préconisée dans les cas où la hanche pathologique mobile constitue une véritable infirmité.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1927)

Apparition et durée de l'intradermo-réaction tuberculinique chez le cobaye adulte après ingestion de BCG. — M. P. NÉLIS recherche la date d'apparition de l'état allergique au moyen de l'intradermo-réaction à la tuberculine au 1/100 chez des cobayes adultes ayant reçu en ingestion 30 centigrammes de BCG. Il constate que cet état allergique apparaît chez le cobaye entre le premier et le deuxième mois après l'ingestion de cette dose massive et qu'elle se maintient pendant six à dix mois.

Etant donné que la sensibilité a persisté plus longtemps chez l'animal dont la période anti-allergique a été la plus courte, l'auteur en infère que la précocité de la réaction et sa durée dépendent de la quantité plus ou moins grande de bacilles absorbés au niveau de la muqueuse digestive.

Nouvelles observations sur l'emploi de l'antivirus streptococcique dans l'anasarque du cheval. — Il résulte des observations de SADOWSKY que sur quatorze chevaux atteints d'anasarque, traités par de l'antivirus streptococcique polyvalent, en injections intraveineuses, il y eut seulement deux morts; dans la majorité des cas, la maladie présenta, sous l'influence du traitement, un caractère abortif et évolua en un temps extrêmement court. Trois observations sont rapportées *in extenso*.

Le séro-diagnostic de la syphilis par la réaction de Meinicke. — MM. A. JAUBERT et M. GORY ont examiné 2.100 sérums humains avec les méthodes de Bauer Hecht et de Meinicke. 610 sérums appartenaient à des syphilitiques, 1.490 provenaient de malades quelconques.

Une concordance nette dans les réactions s'est manifestée dans 91 p. 100 des cas; 9 p. 100 des sérums examinés ont donné des résultats contradictoires favorable cinq fois pour cent à la réaction de Bauer Hecht et quatre fois à la réaction de Meinicke. Cette dernière s'est toujours montrée spécifique et n'a jamais été positive avec des sérums de tuberculeux ou de cancéreux, cependant très habiles.

Les auteurs pensent que les mécanismes physico-chimiques des réactions de fixation de l'alexine et des phénomènes d'opacification sont d'un ordre différent et qu'ils sont déclanchés par des propriétés spéciales et diverses des sérums syphilitiques.

En conséquence, MM. Jaubert et Gory, préconisent l'emploi simultané des deux méthodes.

Emploi du sérum antigangréneux dans les cas graves de fièvre typhoïde. — MM. WEINBERG et G. THIBAULT insistent sur l'intérêt qu'il y aurait à traiter systématiquement les cas graves de fièvre typhoïde par le sérum antigangréneux. Dans un cas très grave avec hémorragie intestinale très abondante et troubles intestinaux putrides causés certainement par des microbes anaérobies, ils ont obtenu une guérison rapide en associant le sérum antityphique de Grasset et Gory au sérum antigangréneux. Le sérum antityphique était injecté sous la peau et un mélange de sérum antiperfringens et de sérum antigangréneux polyvalent administré en goutte à goutte rectal. Après quarante-huit heures de traitement l'état général de la malade s'est profondément amélioré, et les selles, qui étaient très fétides, ont repris leur odeur normale. L'action du sérum antigangréneux fut des plus évidents.

Sur la différenciation de « Leptospira ictéroïdes », de « Spirochæta ictérohémorragiæ » et de certains autres spirochétides voisins. — MM. Seigo HOSOYA et G. J. STEFANOPOULO ont soumis aux épreuves sérologiques et immunologiques six espèces de spirochètes : *Leptospira ictéroïdès* Noguchi, agent de la fièvre jaune (?), *Spirochæta ictero-hemorragiæ* Inada et Ido, les spirochètes de la fièvre d'automne du Japon

de Kitamura et Hara, types A et B, *Sp. hebdomadis* et une souche de *Spirochæta pseudo-ictero-hemorragiæ* isolée de l'eau de Tokio.

Cette étude comparative, leur a permis de conclure que leurs souches de *L. icteroïdès* se sont montrées identiques à celles de *Sp. ictero-hemorragiæ.* D'autre part, ces expériences leur ont montré que les spirochètes des types A et B de la fièvre d'automne, *Sp. hebdomadis* et *Sp. pseudo-ictero-hemorragiæ* se différencient nettement des précédents; ils diffèrent également entre eux. Les auteurs reviendront ultérieurement sur les propriétés du spirochète B de la fièvre d'automne et sur celles de *Sp. hebdomadis.*

Action de l'hydrastine sur la respiration. — M. Fernand Mercier montre que l'hydrastine, injectée à doses faibles (2 à 4 milligrammes par kilog.), par voie sous-cutanée, chez le chien, diminue la fréquence et l'amplitude des mouvements respiratoires. Cette action sédative sur la respiration s'ajoutant aux effets hémostatique et béchique de l'hydrastine, semble justifier l'emploi de cette drogue dans le traitement des hémoptysies.

Recherche de l'alexine et des anticorps naturels dans le lait de la femme. — MM. L. Nattan-Larrier, P. Lépine et Mlle J. May ont constaté que l'alexine du sérum humain ne traverse pas le tissu de la glande mammaire pour passer dans la sécrétion lactée. Ils ont noté de même que l'hémolysine naturelle du sang de l'homme ne se retrouve ni dans le lait, ni dans le collostrum. Enfin, même lorsque le sérum d'une femme est très actif à l'égard de *Trypanosoma Brucei*, son lait n'est jamais susceptible de faire disparaître les trypanosomes du sang des souris naganées, ni même de prolonger leur existence. Ni l'alexine, ni l'hémolysine naturelle, ni la substance antitrypanosomiasique du sang humain ne peuvent traverser le placenta; cet organe est, comme la glande mamaire, imperméable aux anticorps naturels et aux antigènes non figurés, tandis qu'il se laisse traverser, comme elle, par les anticorps artificiels.

Etude comparative de l'action sur les trypanosomes du sérum de la mère et de celui de l'enfant nouveau-né. — MM. L. Nattan-Larrier et P. Lépine. Les substances qui, dans le sérum humain, agissent sur le trypanosome du Nagana ne passent pas du sang maternel dans le sang fœtal et ne semblent pas pouvoir traverser le placenta humain. La légère activité que possède parfois le sérum des nouveau-nés serait due à la production, dans certaines circonstances, d'une faible quantité d'anticorps naturels anti-tryapanosomiasiques par l'organisme du fœtus.

Détermination ou retour des caractères de masculinité chez les chapons et les vieux cops, par le sérum de jeunes animaux mâles. Activation du sérum par injection préalable au jeune mâle de sérum de vieil animal. — M. H. Busquet. Le sérum des jeunes taureaux, étalons et béliers fait apparaître chez les coqs castrés et réapparaître chez les vieux coqs les caractères essentiels de la masculinité.

L'injection de sérum d'un vieux bœuf à un jeune taureau confère au sérum de ce dernier un surcroît d'efficacité contre la sénilité des vieux coqs et le déficit testiculaire des castrats.

L'administration de ce sérum, par voie digestive, n'empêche pas les hormones qu'il contient d'exercer leur spécificité d'action physiologique.

On trouve dans ces expériences la première preuve décisive

de la possibilité de traiter efficacement un individu en état de déficit endocrinien par le sérum d'un individu normal.

M. PAGNIEZ, président, prononce l'éloge funèbre de M. PÉZARD, membre titulaire de la Société, décédé lundi dernier.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LIBRE CHOIX

M. André Berthon, député, a demandé à M. le ministre du Travail si les ouvriers des manufactures de tabacs, qui ont été victimes d'un accident du travail, ont le libre choix de leurs médecins, sans aucune restriction ni formalité autres que celles prévues par la loi de 1898 sur les accidents du travail. (*Question du 23 novembre 1927.*)

Réponse. — Aux termes de l'article 4, paragraphe 2, de la loi du 9 avril 1898, la victime d'un accident du travail, régi par ladite loi, peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. (*J. O.*, 30 nov. 1927.)

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES & DIAGNOSTIC DE L'ENDOCARDITE MALIGNE A FORME PROLONGÉE D'OSSSLER [1]

b. On trouve l'agent causal, un streptocoque. Celui-ci présente deux variétés de caractères :

Les uns constants, constamment observés :

— **Chaînette à Gram positif.**

— **Ne liquéfie pas la gélatine.**

— **Colonies fines.**

— **Aéro-anaérobie.**

Les autres, importants, assez spéciaux, mais inconstamment observés.

— *Verdissement* des *milieux au sang* : streptocoque viridens.

— Culture optima sur les *milieux au sucre*.

— *Non pathogène* pour *l'animal de laboratoire* : streptocoque mitior.

A titre exceptionnel, on a signalé le pneumocoque.

c. Formule sanguine.

Anémie.

Polynucléose.

d. Malgré tous les soins apportés à l'hémoculture, il faut savoir que celle-ci peut rester négative. Donc, privé de cet apport essentiel au diagnostic, si l'on considère d'autre part la longue latence de cette affection, on comprend mieux l'importance des complications qui, à ce titre, doivent faire partie intégrante du tableau de la maladie.

3° *Complications.* — a. *Cutanées.* — Par embolies périphériques.

Se placent au premier plan.

Amènent souvent le malade à consulter.

Types variables :

1. **Purpura.** — Souvent confluent et aux membres inférieurs.

2. ***Nodosités érythémateuses.***

— Evoluent par poussées.

— Précédées de douleur, prurit.

— Sensation de **nodosité intracutanée, rouge, surélevée, indolore.**

Durée : quatre à cinq jours.

3. **Placard érythémateux.**

4. **Faux panaris d'Ossler.**

b. *Articulaires.* — Très fréquentes.

Ou chroniques, ou avec épanchement, ou simple douleur.

c. *Embolies viscérales.* — Rate, intestin, rein, œil, poumons. L'embolie splénique est moins rare que les autres.

d. *Système nerveux.* — Importantes.

Embolies graves, entraînant **toujours la mort.**

Hémorragie cérébrale et méningée.

e. *Embolies des grosses artères des membres.* — Le plus souvent partielles, rarement les gros troncs sont pris.

C. **Terminaison.** — L'évolution est caractéristique :

Longue. — Des mois, six, dix-huit.

Irrégulière. — Par poussées avec rémission et exacerbation.

Fréquemment entrecoupée de **complications.**

Fatale.

La mort survient de façon variable.

— Recrudescence fébrile terminale et poussée ultime.

— Anémie aiguë.

— Complication nerveuse souvent.

— Même à la période terminale il reste exceptionnel qu'une insuffisance cardiaque hâte l'évolution fatale. En tous cas elle restera toujours tardive et fruste.

D. **Formes cliniques.** — 1° **Nerveuse.** — Importante, fréquente.

A la ponction lombaire : réaction puriforme aseptique.

2° **Anémique** à type d'anémie pernicieuse.

3° **Hémorragique.**

4° **Apyrétique.**

5° **Raccourcie** par une complication.

6° **Douloureuse.**

7° **Cardiaque** avec souffle et défaillance. Exceptionnelle.

8° **De l'enfant.** — Très rare.

E. **Pronostic** de mort.

F. **Diagnostic.** — 1° **Positif.** — Chez cardiaque compensé et stabilisé :

— Signes généraux vagues.

— **Courbe thermique spéciale.**

— **Grosse rate.**

— **Hémoculture.**

— **Complications** caractéristiques.

Reste très **difficile** au **début** : le secret est de toujours **y penser.**

2° **Différentiel.** — a. *Formes habituelles* à symptomatologie générale.

Les gros diagnostics sont :

— Poussées évolutives de tuberculose.

— Endocardite maligne aiguë, si on voit le malade tard.

— Endocardite rhumatismale évolutive.

Cœur parle.

Salicylate et digitale agissent.

Diagnostics plus faciles avec :

Grippe, souvent encore très délicat.

Typhoïde.

Septicémies subaiguës à staphylo-strepto-méningo-pneumo.

La grosse chose n'est pas de la confondre mais de l'ignorer au début.

b. *Les formes anormales.* — 1. *Nerveuse.* — Méningite syphilitique.

— Méningite tuberculeuse.

2. *Anémique* ou *hémorragique.* — Anémie pernicieuse.

3. *Cutanée.*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 96, p. 1591.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50.** — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* **48-31**

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 5 décembre. — Questions données : « Pneumonie du sommet. Symptômes, formes cliniques, évolution. — Symptômes et diagnostic du cancer du côlon pelvien. »

MM. Bouisson et Jonard, 19; Gaucher, 25; Debon, 22; Hamelin et Fiehrer, 24; Hervy, Maês et Odinet, 22; Minin, 21; Ribadeau-Dumas, 19.

Séance du 7 décembre. — Questions données : « Hémoptysies tuberculeuses sans le traitement. — Symptômes, diagnostic et complications du cancer du col de l'utérus. »

Mlle Odru, 22; MM. Ruyt, 20; Duvernoy, 25; Thiéry, 28; Rouquès, 25; Schwob, 22; Delaporte, 24; Dutroy, 20; Soleil, 15; Ternoire, 21; Boidot, 20.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — 1. MM. Hepp, Naggiar, Mlle Heimann, MM. Massot, Dufour, Seidmann, Lafitte, Hamon, Mlle Ronget, MM. Cord,

11. Dany, Jehiel, Mencière, Mlle Odru, MM. Thiéry, Tournand, Guibé, Bourguignon, Bufnoir, Zagdoun,

21. Le Baron, Petit (Pierre), Miget, Barthes, Mlle Blanchy, MM. Chauveau, Hébert (Roger), Bérard, Billet, Mlle Versiny,

31. MM. Elbaz, Jame, Hamelin, Saingery, Jullien, Veslot, Mérigot, Lebel, Maison, Schwob,

41. Horovicz, Boquien, Aubert, Benaërts, Moricart, Gaucher, Palmer, Fayot, Milhiet, Magnin,

51. Guyot, Mlle Landowski, MM. Bonnard, Perrault, Racine, Rouquès, Chadourne, Hesse (Didier), Avril, Audemard,

61. Monod, Weill (Adrien), Gandy, Baumann, Quivy, Laffaille, Vannier, Even, Baudelot, Mlle Lévy,

71. M. Douady, Mlle Abricossoff, MM. Bompard, Sée, Cohen-Deloro, Lepage, Sourice, Delaporte, Mlle Guéry, MM. van der Elst,

81. Devaux, Merger, Odinet, Mauric, Mlle Bizou, MM. Rudaux, Allard, Wester.

Internes provisoires. — 1. MM. Joseph, Fauvert, Ardouin, Thomas, Asselin, Cros, Lapiné, Voillemin, Nicolas, Reyt,

11. Caïn, Hesse, Cohen, Maës, Lançon, Mlle Oguse, MM. Roquejoffre, Bosquet, Basset, Cheynet,

21. Brisard, Mlle Begaud, MM. Mialaut, Arondel, Baussan, Roulin, Bernard-Griffiths, Fau, Richard, Gopcevich,

31. Meillaud, Martin, Louvet, Pichon, Colin, Hébert (Jean), Gavois, de Ginestet, Gibert, Limasset,

41. Mlle Falguière, MM. Vialle, Antonelli, Martin (Jean), Terrenoire, Vaudour, Meyer (André), Roger de Véricourt, Duvernoy, Mlle Cahen,

51. Griveaud, Ollivier (Henry), Grand, Villechaize, Trubert, Blanquine, Contiadès, Moline, Mlle L'Hoir, MM. Sergent (Honoré),

61. Cottet, Mlle Valentin, MM. André, Puymartin, Hervy, Lardennois, Vidal-Naquet, Stérin, Cuvillier, Robin (M.),

71. Marie, Bardin (Ferd.), Mlle Riom, MM. Illaire, Hô-Dac, Debon, David, de Soria, Fiehrer, Bolgert,

81. Gilbrin, Bénassy.

— PRIX FILLIOUX. — *Mémoire.* — MM. Lemariey et Rémy-Méris, 28; Lahaussois, 29.

Epreuve clinique. — MM. Lemariey et Rémy-Méris, 19; Lahaussois, 16.

Nominations : MM. Lemariey et Rémy-Méris.

— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Belot et Duhem, qui acceptent; Maller, Pagniez, Lenormant, Macé, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES, SAINTE-PÉRINE, CHARDON-LAGACHE ET HENDAYE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Moreau, Rouillard et Desplat.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — M. Debierre, ancien professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé professeur honoraire. (*J. O.*, 7 déc. 1927.)

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — Les emplois suivants d'agrégés de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris sont déclarés vacants :

Pharmacie chimique et des sciences physiques et chimiques appliquées à la pharmacie, 1.

Pharmacie galénique et des sciences naturelles appliquées à la pharmacie, 1.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT-FERRAND. — Il va s'ouvrir un concours en vue de la désignation d'un professeur suppléant de physique et d'un professeur suppléant de pathologie médicale.

Traitement 3.000 fr. par an, sans supplément.

Les agrégeables peuvent être nommés sans concours.

S'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, de toute urgence.

GUERRE. (Réserve.) — Sont réintégrés dans les cadres :

Avec le grade de médecin principal de 2e classe. — M. Cunéo (de Paris).

Avec le grade de médecin-major de 2e classe. — M. Grimoud (de Toulouse) et Ducœurjoly (de Paris).

Avec le grade de médecin aide-major de 1re classe. — MM. Perrot (de Marseille) et Gy (de Paris).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Valence (Drôme) est déclaré vacant. (*J. O.*, 7 déc. 1927.)

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La séance solennelle annuelle de la Société de pathologie comparée aura lieu le mardi 13 décembre, à 4 h. 3/4, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique, de M. le ministre de l'Agriculture, de M. le ministre de l'Hygiène et de M. le professeur Moureu, membre de l'Institut.

Le public est admis aux séances.

(*Voir la suite, p. 1638.*)

CHRONIQUE

LE DINER DE L'U. M. F. I. A.
(UNION MÉDICALE FRANCO-IBÉRO-AMÉRICAINE)

L'an dernier le banquet de l'U. M. F. I. A. avait réuni 500 convives. Lundi nous étions près de 600 dans la vaste salle de Magic City. L'animateur de la fête, notre ami Dartigues, aidé de Bandelac de Pariente et de Gaullieur l'Hardy, a réalisé une fois de plus un tour de force en procédant avec un plein succès à la mobilisation des forces médicales franco-ibéro-américaines et un deuxième tour de force en leur faisant faire un dîner exquis.

M. Tuffier présidait, aux côtés du président d'honneur S. E. M. Gallardo, ministre des Affaires étrangères de la République argentine, grand biologiste, membre correspondant de notre Académie de médecine et fidèle ami de la France. M. Georges Leygues, ministre de la Marine et président de « France-Amérique du Sud » représentait le gouvernement. On remarquait encore à la table d'honneur LL. EE. M. Alvarez de Toledo, ambassadeur de la République argentine; M. Conti, ambassadeur de France; tout le Corps diplomatique de l'Amérique du Sud; M. le Doyen; M. Gley, président de l'Académie de médecine; tous les professeurs de la Faculté; M. le médecin inspecteur général Sieur; le médecin inspecteur Rouvillois; la plupart des chirurgiens et des médecins des hôpitaux et tant de confrères que je ne puis énumérer. Il y avait aussi beaucoup de dames dont la présence apportait à la réunion une note de grâce et d'élégance.

Au champagne d'innombrables toasts sévèrement limités à trois minutes par l'aimable et inexorable président :

M. Berry, secrétaire général adjoint, lit le rapport de Molinéry; S. E. M. Guani, ministre de l'Uruguay; S. E. M. Conti, ambassadeur de France; notre éminent confrère Caballero de Pedoya, conseiller de la Légation du Paraguay; M. le doyen Roger; S. E. le ministre du Vénézuéla; M. le professeur Gley; M. Cuellar, doyen de la Faculté de médecine de Sucre (Bolivie); M. le professeur Hartmann, président de l'A. D. R. M.; M. le professeur Loeper, président de l'Association de la Presse médicale française et de la Fédération latine; Dartigues, le triomphateur, célébrèrent à l'envi la grandeur de la civilisation méditerranéenne et la chaleur des amitiés latines.

Enfin, M. Tuffier et S. E. M. Angel Gallardo clôturèrent la série des discours au milieu de véritables ovations.

Ce n'était pas fini; notre confrère Berry annonça que « la fête allait commencer », et les accents d'un jazz endiablé entraînèrent les danseurs dans la salle de bal. F. L. S.

M. le médecin inspecteur général CHAVASSE

Nous apprenons avec une vive peine la mort de M. le médecin inspecteur général Chavasse, grand officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, le 5 décembre, après une courte maladie. Nous l'avions vu au Congrès de chirurgie il y a deux mois, portant allègrement ses 77 ans, gardant toujours sa vivacité d'esprit et son habituelle courtoisie.

M. Chavasse était né à Rochegude (Drôme) le 29 octobre 1850.

Il était entré dans le Service de santé en 1868. Agrégé, puis professeur au Val-de-Grâce, il avait occupé la chaire de petite chirurgie et publié d'intéressants travaux se rapportant à l'oto-rhino-laryngologie, avec la collaboration de Mahu ou de Toubert, des travaux sur les luxations du tarse et du métatarse, et surtout plusieurs importants mémoires sur les plaies et les contusions de l'abdomen.

En 1887, il fit paraître un Manuel de petite chirurgie qui a été longtemps classique.

Avant 1914, M. Chavasse fut directeur du Service de santé au Maroc, puis au moment de la guerre il devint chef supérieur du Service de santé de la 1re armée, sous le général Dubail, avant d'aller au G. Q. G.

M. Chavasse était un modeste, il fut à la fois un chef et un homme de science. Tous ceux qui l'ont connu garderont de lui un souvenir plein de respect. F. L. S.

REVUE GÉNÉRALE

LE TRAITEMENT DE CERTAINES AFFECTIONS DOULOUREUSES DE L'ABDOMEN PAR LES IRRADIATIONS LOCALES DE CHALEUR ET DE LUMIÈRE ROUGE

Par les docteurs Edouard ANTOINE et Jacques GRESSARD.

Depuis la publication de notre premier travail (1) et de la thèse de l'un de nous (2), de nombreux praticiens nous ont manifesté le grand intérêt qu'ils portent à ce mode de traitement. C'est, en effet, mettre à leur portée directe, et sous leur surveillance, un moyen de thérapeutique des plus efficaces, simple et peu onéreux.

Les malades traités ainsi sont atteints d'affections abdominales douloureuses diverses, primitives ou secondaires à des interventions chirurgicales. Quel est le praticien qui n'a pas, à tout moment, dans sa clientèle un ou plusieurs malades, qui, ayant subi une ou plusieurs opérations abdominales, conservent des troubles abdominaux douloureux, et rebelles aux traitements usuels ?

Chez ces malades, on doit songer avant tout à utiliser l'*héliothérapie*, qui donne bien souvent des résultats satisfaisants... *à condition qu'on puisse avoir du soleil!* Or, les années pluvieuses que nous subissons, les longues saisons hivernales sans soleil, les difficultés pécuniaires, qui entrent en compte chez beaucoup de malades, font que la cure par le soleil est rendue bien souvent difficile, si ce n'est même impossible pour un grand nombre. C'est cette variabilité des conditions atmosphériques et climatiques qui a poussé les physiothérapeutes à substituer à la lumière solaire l'usage de la *lumière artificielle* (bain de lumière, d'infrarouges ou d'ultraviolets). C'est ainsi que Finsen eut recours à l'arc électrique dans le traitement du lupus.

C'est d'abord pour nos malades pauvres, et pour ceux dont la profession empêchait d'aller vivre dans des contrées ensoleillées, que nous avons imaginé un petit appareil (le thermo-érythrophore) produisant de la chaleur et de la lumière rouge, et dont le réglage facile peut être pratiqué par le malade lui-même.

Devant les résultats ainsi obtenus, les indications thérapeutiques de cette méthode ont été étendues à tous nos malades, riches ou pauvres. Il est à remarquer, d'ailleurs, que le même appareil peut servir également à produire de la lumière bleue, verte ou jaune, suivant les cas, en changeant la couleur de l'ampoule électrique. *Chez certaines femmes très nerveuses, à plexus solaire particulièrement irritable nous avons eu recours, au début du traitement, à la lumière bleue, associée à la chaleur, qui paraît plus sédative*, et qui permet d'utiliser ultérieurement avec profit la lumière rouge plus active.

Historique. — *A ceux qui peuvent réclamer la priorité de pareils procédés thérapeutiques, nous sommes tentés de répondre que la photothérapie est aussi ancienne que le monde.* — Les troglodytes n'orientaient-ils l'entrée de leurs cavernes vers le midi, c'est-à-dire vers le soleil? et les hommes n'ont-ils pas fait du soleil leur premier dieu? Dans les cycles mythologiques connus, aussi bien du bassin méditerranéen, que de l'Extrême-Orient, de la Chine ou de l'Inde, le soleil était le dieu primitif, dispensateur de vie et de santé. Les Egyptiens adoraient le dieu Râ (soleil) et possédaient, d'après Hérode, des terrasses où ils exposaient leur corps aux rayons solaires. Rivier cite un grand nombre de dieux solaires guérisseurs : Mergal, dieu des midis brûlants; Samas, dieu solaire de Sippara; en Phénicie, Baal, dieu du soleil brûlant et dieu guérisseur; à Babylone, Mardouk est le dieu de source de la vie.

A la période d'épanouissement de la civilisation hellénique, on trouve des documents qui prouvent l'utilisation rationnelle de la lumière et de la chaleur dans un but thérapeutique. C'est ainsi que l'on pratique l'*arénation*, c'est-à-dire l'exposition au soleil sur le sable et la marche pieds nus et sans vêtements. On retrouve même dans Oribase, qui cite un passage d'Hérode, une véritable tentative pour préciser les règles et les indications de la cure solaire : « autant que possible, on s'arrangera pour qu'en hiver, au printemps et en automne, le soleil vienne frapper directement les malades; mais en été, il faut rejeter cette méthode pour les gens faibles à cause de l'excès de chaleur.

C'est surtout le dos qu'il faut exposer, car les nerfs qui obéissent à la volonté se trouvent principalement dans cette région et si ces nerfs sont tenus dans un état de douce chaleur, elle rend le corps tout entier sain; toutefois, il faut garantir la tête avec quelque couverture ».

De même, les Romains ont utilisé la cure solaire. Celse et Gallien recommandent l'héliothérapie et n'est-ce pas Pline l'ancien qui écrivait : « Sol est remediorum maximum »? Et dans les Thermes anciens, n'y avait-il pas un solarium, agencé pour prendre des bains de soleil que l'on prenait le corps nu ou enduit de pommade?

Il faut arriver au XVIIIe siècle, après la décomposition de la lumière par Newton à l'aide du prisme, pour trouver des tentatives rationnelles d'utilisation thérapeutique de la lumière, avec Thomas Freins, Le Cat, La Peyre et surtout Lecomte, qui, en 1776, emploie la lumière solaire pour traiter les affections scrofuleuses.

Depuis, Herschell découvre les rayons infrarouges en 1800, et plus tard Wollaston les ultraviolets.

Shamerda, Tyndall, Arloing, Strauss, Jaworski et d'autres étudient les propriétés particulières de chaque radiation lumineuse dans les phénomènes biologiques.

Les perfectionnements apportés aux sources d'énergie par les progrès en matière d'électricité ont mis aux mains des expérimentateurs des moyens d'action thérapeutique incomparables.

En 1894, Finsen crée, avec la lampe à arc, l'héliothérapie artificielle. L'actinothérapie, grâce aux lampes à vapeur de mercure, étend son domaine thérapeutique.

Ce dernier exposé historique doit nous remplir de

(1) *Concours méd.*, 14 nov. 1926.
(2) J. Gressard. *Th. de Paris*, 1926.

modestie, comme en beaucoup de matières médicales étudiées par l'homme depuis la plus haute antiquité. La lumière rouge n'échappe pas à cette loi générale et les Chinois déjà appliquaient la lumière rouge au traitement des varioleux.

N'avons-nous pas lu un travail publié dans les Indes, où certains empiriques essaient de guérir toutes les affections par les irradiations des diverses lumières (rouge, bleue, violette, jaune, etc.) appliquées sur les parties malades du corps, et par l'ingestion simultanée d'eau exposée au soleil dans des récipients de verre coloré des mêmes couleurs. Ces recherches, d'ordre tout empirique, ne contiennent-elles pas une parcelle de vérité?

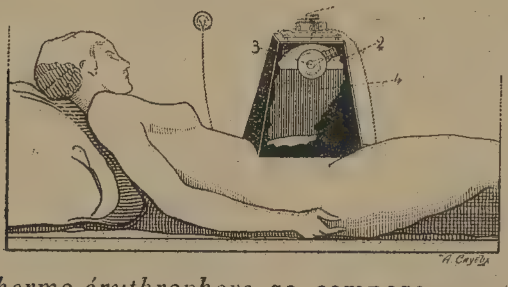
De nos jours, de nombreux auteurs ont utilisé la lumière rouge seule ou associée : les uns ont employé la lumière des lampes à incandescence sous forme de bains généraux de lumière. D'autres, comme Miramont de la Roquette, Delherm, Laquerrière, Alquier, Foveau de Courmelle, etc., ont fait appel au bain local.

Depuis cinq ans, nous avons utilisé la lumière rouge et la chaleur associées en applications locales, systématiquement, pour traiter les séquelles douloureuses d'opérations abdominales.

Nous avons imaginé *un appareil simple, peu encombrant, portatif, que chaque malade peut appliquer chez lui sous surveillance. C'est une source intense de lumière rouge et de chaleur, associées et que l'on peut concentrer localement sur la région malade ou sur sa projection cutanée.*

Description de l'appareil le thermo-érythrophore. — Nos premiers essais ont été réalisés avec un appareil de fortune constitué par une lampe à incandescence à verre rouge, munie d'un petit réflecteur, et placée au fond d'un simple carton à chapeau, dont l'intérieur était peint en rouge.

Les bons résultats obtenus dès le début nous ont incité à faire construire par une maison spécialisée, qui nous a aidé de ses conseils (1), un appareil plus puissant, non inflammable et dont la puissance peut être réglée à volonté.



Le *thermo-érythrophore* se compose essentiellement d'une carcasse métallique légère en forme de tronc de pyramide quadrangulaire. La grande base a ses deux grands côtés incurvés pour mieux s'adapter sur la convexité de l'abdomen et son pourtour est garni d'une bande de tissu éponge facilement lavable, qui permet l'*adaptation exacte de l'appareil sur le ventre.*

(1) Maison Puniet, 179, Faubourg-Saint-Honoré, dont nous remercions vivement le propriétaire, M. Maigret, pour les bons conseils qu'il nous a donnés dans la réalisation pratique du thermo-érythrophore.

L'intérieur de l'appareil est garni de *toile d'amiante*, peinte en rouge, ininflammable et rendant presque nulle la perte de chaleur par rayonnement et conductibilité extérieurs.

A l'intérieur, sur la petite base de la pyramide, se trouve fixé un *réflecteur métallique concave* qui concentre la lumière. Celle-ci est fournie par une *lampe à incandescence de 32 bougies, à filament de carbone* et dont le verre est *teint en rouge dans la masse*, avec addition d'un *sel de cuivre*. Enfin un *rhéostat* très sensible est placé à l'extérieur de l'appareil et permet de faire varier l'intensité depuis le *0* jusqu'à plus de 150 degrés.

La distance de la source lumineuse à la peau est de 15 centimètres environ. Enfin l'appareil est construit pour être branché par une prise universelle sur le courant habituel de 110 volts. Dans les régions où le courant fourni est de 220 volts, un petit dispositif est ajouté à l'appareil, ce qui en permet l'utilisation avec ce courant.

Mode d'emploi. — En dehors d'indications particulières, l'application de l'appareil est faite deux fois par jour par le malade lui-même. Les séances sont de douze à quinze minutes environ, l'*une avant le lever* et l'*autre au coucher*, ces heures gênant au minimum l'activité et les occupations des malades. L'application peut être faite indifféremment avant ou après le repas.

L'appareil est centré sur le point de l'abdomen où doit avoir lieu le maximum de l'action thérapeutique; *on place d'emblée le curseur du rhéostat à l'endroit où il peut donner l'intensité maxima.*

En général, *au bout d'une minute, on a atteint une température nécessaire et suffisante, que l'on maintiendra à peu près constante en ramenant le curseur du rhéostat à la moitié de sa course.* Bien entendu le malade pourra faire varier la position de ce curseur à tous moments, en augmentant ou diminuant l'intensité du courant, suivant que la chaleur est trop forte ou insuffisante. Ceci varie beaucoup avec la sensibilité de chaque malade.

Les températures obtenues avec cet appareil sont très rapidement progressives (le curseur du rhéostat étant placé au maximum de sa course) :

Au bout d'une minute.......	60	degrés.
— de deux minutes....	90	—
— de trois minutes....	105	—
— de quatre minutes...	120	—
— de cinq minutes.....	130	—
— de quinze minutes...	150	—

Chez certains malades, nous avons *badigeonné la région douloureuse de l'abdomen avec une solution rouge* (fuchsine phéniquée de Ziehl) *avant l'irradiation*; l'effet thérapeutique nous est apparu ainsi plus puissant. S'agit-il tout simplement d'une *révulsion locale surajoutée* ou d'un phénomène de *photo-sensibilisation*, encore à l'étude actuellement?

Il est très utile de recommander aux malades de se reposer au lit quinze à vingt minutes après chaque séance, avec une couverture de laine sur l'abdomen.

Action physiologique et thérapeutique. — On peut

observer chez les malades soumis à ce traitement des effets locaux et des effets généraux.

1° Action locale. — Très rapidement au cours de l'irradiation on observe une *rubéfaction* intense des tissus cutanés. Puis apparaissent de larges *marbrures* qui vont en s'accentuant au cours de la séance. En outre on note fréquemment une *sudation* abondante, profuse, pouvant aller jusqu'au ruissellement. La chaleur locale cutanée monte à 60 et 70 degrés environ, si l'on suit nos indications.

La rubéfaction persiste un certain temps après l'irradiation. Elle aboutit très souvent et assez rapidement après quelques séances, à des *marbrures persistantes* et à une *pigmentation cutanée* parfois très accusée. Il semble que l'intensité et la rapidité d'apparition de cette pigmentation et de ces marbrures sont d'un pronostic favorable et surviennent chez les malades le mieux influencés par le traitement. Mais là encore on ne saurait énoncer aucune règle générale, ces réactions cutanées étant très variables suivant les individus.

La plupart des malades éprouvent un *bien-être* et une *atténuation des douleurs abdominales* au cours même de l'irradiation.

D'autres, plus rares, éprouvent comme une congestion locale avec exacerbation légère de leurs douleurs pendant quelque temps; mais au bout d'une à deux heures la détente et le bien-être se produisent.

Il est à remarquer que certains sujets ont les téguments extrêmement sensibles à l'action de la lumière rouge et de la chaleur, et présentent dès le début du traitement, une réaction cutanée intense. Dans ce cas on peut conseiller *de diminuer avec le rhéostat l'intensité du courant employé et la durée de l'irradiation*. Nous nous sommes bien trouvés, dans quelques cas où il y avait de l'hyperesthésie cutanée, de l'hyperexcitabilité des plexus abdominaux, de commencer par quelques séances d'irradiation avec la lumière bleue (il suffit de changer l'ampoule rouge par une ampoule bleue); puis au bout de quelques jours d'essayer la lumière rouge, qui est infiniment plus active au point de vue thérapeutique. La lumière bleue a une action plus sédative.

Beaucoup de nos malades, opérés à plusieurs reprises, présentaient sur l'abdomen des cicatrices multiples, souvent chéloïdiennes, gaufrées, plus ou moins vicieuses. Les *cicatrices gaufrées, adhérentes, s'assouplissent très rapidement. Les cicatrices chéloïdiennes se congestionnent d'abord, se gonflent, se soufflent en quelque sorte et se fondent, aboutissant à la formation de phlyctènes.* L'application locale de solution de fuchsine phéniquée de Ziehl amène la cicatrisation souple et à plat d'une façon parfaite. On conseillera, dans ces cas, de protéger la plaie pendant les irradiations de lumière, par l'application locale d'un peu de vaseline ou de coldcream.

On note aussi la disparition de l'*infiltration* superficielle et profonde de la paroi abdominale; la *contracture* musculaire s'atténue et disparaît en même temps que les *réactions douloureuses viscérales s'amendent*.

La *congestion du foie* est heureusement influencée par ce traitement, et la percussion permet de constater la diminution progressive de l'aire de matité de ce viscère.

Les inflammations des carrefours sous-hépatique et iléo-cæcal se résorbent et disparaissent en quelques semaines.

2° Action générale. — En dehors de la sensation agréable que ressentent localement la plupart des malades au cours et à la suite des applications de lumière rouge, on note très rapidement une *euphorie* générale qui leur fait accepter le traitement avec grand plaisir. *Il faut même souvent les empêcher de faire des applications trop longues.*

L'*asthénie* disparaît, l'*appétit* renaît, le *poids* augmente et les fonctions digestives et intestinales se régularisent. La *tension artérielle*, qui subit après chaque séance une légère diminution passagère, remonte peu à peu vers la normale.

L'influence de ce traitement sur la composition du *sang* est des plus intéressantes.

L'*examen du sang* a été systématiquement pratiqué chez nos malades avant et pendant le traitement. Cette recherche nous a même servi de critère pour contrôler l'action du traitement et l'amélioration de nos malades.

a. Chez quelques individus, nous avons pratiqué l'*examen du sang avant l'irradiation et aussitôt après*. En voici les résultats qui se rapportent les trois premiers à des malades, le quatrième à un sujet sain en apparence. (Voir les deux tableaux de la page suivante.)

En résumé, l'examen du sang, pratiqué au cours du traitement, montre, dans un grand nombre de cas, une augmentstion légère du taux de l'*hémoglobine*.

Dans la presque totalité des cas, on constate une polyglobulie rouge considérable. En une seule séance on peut voir se produire une augmentation des globules rouges atteignant 1 million et demi. Celle-ci, après un fléchissement dans l'heure qui suit chaque séance, n'en subit pas moins dans l'ensemble, au cours du traitement, une progression régulière et durable. Plusieurs de nos malades, ayant seulement 3 millions de globules rouges avant traitement, *ont pu récupérer un chiffre normal de 5 millions d'hématies en quelques semaines.*

Dans les cas où il s'agit de malades ayant des lésions d'épiploïte, de périviscérites diverses, de cicatrices chéloïdiennes douloureuses, etc., l'anémie s'accompagne de *leucocytose* plus ou moins marquée. Au cours du traitement, nous avons constaté une *diminution progressive du nombre des leucocytes* qui tend vers un chiffre normal de 6.000. Quant à la *formule leucocytaire*, elle évolue en quelques mois vers la normale et l'on peut voir (comme d'ailleurs au cours de toutes les infections qui tendent vers la guérison), le nombre des polynucléaires d'abord au-dessus de 67 p. 100, *descendre peu à peu au-dessous de ce chiffre*, 60 p. 100, 55 p. 100, 50 p. 100, puis remonter ensuite au voisinage du chiffre normal de 67 p. 100, *subissant ainsi comme des oscillations pendulaires autour du chiffre normal.*

Enfin, plus rarement, l'anémie peut s'accompagner d'une diminution permanente et marquée du

nombre des globules blancs, *leucopénie,* que l'on voit s'atténuer peu à peu au cours du traitement. Les *éosinophiles* subissent souvent de grandes variations, comme dans les observations I, VIII, IX et X.

EXAMEN DU SANG PRATIQUÉ IMMÉDIATEMENT AVANT ET APRÈS L'IRRADIATION

NOMS	Date	Hématies	Hémoglobine	Globules blancs	Polynucléaires	Eosinophiles	Grands monos	Moyens monos	Lymphocytes
N° 1	avant	4.480.000	75 p. 100	10.400	48	2	2	10	38
Mme B....	après	5.160.000	75	6.500	40	2	1	8	49
N° 2	avant	5.848.000	80	5.500	49	1	3	16	31
M. L......	après	7.020.000	80	7.800	55	1	0	9	35
N° 3	avant	3.560.000	75	9.200	60	0	1	7	32
M. P......	après	4.800.000	75	7.200	46	1	2	9	42
N° 4	avant	5.200.000	75	6.200	64	1	2	9	24
M. C...... (sujet sain).	après	6.800.000	75	7.100	75	0	1	5	19

L'augmentation du nombre des globules rouges est donc un fait constant dans tous ces cas.

b. Dans le *deuxième tableau*, nous donnons les résultats de dix observations prises au hasard chez des sujets malades, dont le sang a été examiné à plusieurs reprises, d'abord avant leur traitement, *puis au cours de celui-ci, à plusieurs semaines d'intervalle.*

EXAMENS DU SANG PRATIQUÉS PENDANT LA DURÉE DU TRAITEMENT

NOMS	Date	Hémoglobine	Globules rouges	Globules blancs	Polynucléaires	Eosinophiles	Grands monos	Moyens monos	Lymphocytes	Diagnostic
N° 1	16.7.25	80	4.100.000	8.100	76	0	12	6	6	Epiploïte chronique.
M. B....	24.8.25	75	4.800.000	5.000	53	1	0	5	41	
	25.9.25	75	5.280.000	6.400	48	3	2	8	39	
N° 2	23.2.26	75	4.070.000	7.400	51	2	0	9	38	Congestion hépatique.
M. C....	20.3.26	75	6.100.000	9.200	44	1	0	6	49	Périviscérite sous-hé-
	24.4.26	75	5.240.000	9.500	54	2	0	4	40	patique.
N° 3	30.11.25	80	5.280.000	10.800	81	1	0	1	17	Appendicite opérée.
M. P....	22.12.25	80	3.270.000	8.800	68	2	3	8	19	Douleurs épiploïques.
	19.4.26	75	5.600.000	5.400	70	1	1	8	20	
N° 4	16.3.26	75	3.280.000	6.600	54	4	3	13	26	Périviscérite sous-hépa-
M. H....	14.4.26	80	5.400.000	7.400	50	1	1	9	39	tique.
	16.4.26	85	5.500.000	7.500	44	2	0	7	47	
N° 5	12.3.26	70	4.000.000	10.100	62	0	3	10	25	Epiploïte.
M. P....	13.4.26	75	4.640.000	8.200	68	1	1	6	14	Périviscérite post-opéra-
	21.5.26	70	5.060.000	8.200	74	0	0	3	23	toire.
	5.6.26	70	4.550.000	7 000	66	1	0	4	29	
N° 6	14.4.26	70	4.560.000	9.600	49	2	0	7	43	Séquelles opératoires
Mme L...	4.5.26	70	4.400.000	7.800	52	2	3	6	37	d'appendicite.
	18.5.26	75	5.400.000	7.800	52	3	2	7	36	Adhérences.
	5.6.26	75	5.060.000	7.900	51	1	3	8	37	Epiploïte.
N° 7	28.4.26	75	4.400.000	8.600	54	3	2	7	34	Péricholécystite.
M. L....	21.5.26	80	7.100.000	7.600	58	1	1	9	31	Périviscérite du carre-
	4.6.26	80	7.020.000	7.800	55	1	0	9	35	four supérieur.
N° 8	2.4.25	70	4.900.000	7.600	47	2	1	5	45	Appendicite chronique.
M. P....	12.5.25	70	4.600.000	9.900	48	5	6	4	37	Périviscérite.
	3.6.26	70	4.720.000	7.200	54	4	5	6	34	Epiploïte chronique.
	25.6.25	75	5.500.000	8.500	50	1	2	10	37	
N° 9	1.1.15	70	3.672.000	11.250	71	2,5	1	1	2	Epiploïte postappendi-
M. D....	5.6.25	75	3.720.000	8.120	55	5	8	5	27	culaire.
	5.7.25	80	4.200.000	7.210	54	4	0	4	38	
N° 10	5.10.25	75	6.680.000	10.900	59	3	0	6	32	Epiploïte postappendi-
M. G....	16.10.26	80	6.080.000	9.600	48	13	3	12	24	culaire.
	5.11.26	80	6.600.000	8.400	52	7	5	5	33	

Ces résultats se rapprochent dans l'ensemble de ceux publiés par G. Tosi, qui a étudié les modifications sanguines consécutives aux irradiations par les ultraviolets seuls ou associés aux infrarouges. Dans les deux cas, l'auteur a constaté une augmentation du nombre des hématies, des oscillations dans le nombre des leucocytes et des variations de la formule leucocytaire.

De même, ont publié des résultats analogues, Aschenheim, Buchardi, Taylor, Bernier, au cours de la cure solaire.

Faut-il voir dans ces modifications sanguines une

congestion des organes hématopoiétiques profonds stimulés directement ou indirectement par les radiations pénétrantes? ou bien, au contraire, une mise en circulation rapide des réserves du sang par la vaso-dilatation intense des vaisseaux superficiels de l'abdomen?

Doit-on penser, avec Nasvitis, que certains produits élaborés dans le sang pendant l'irradiation viennent influencer les organes hématopoiétiques et donner lieu à une action cytolitique sur les leucocytes?

S'agit-il, du fait de la sudation abondante, d'une simple concentration des humeurs ? ou bien, comme le suppose Tosi, faut-il faire intervenir l'action du système nerveux végétatif?

En somme, il semble bien que ces modifications sanguines, *qui, par ailleurs, prouvent l'action efficace de ces irradiations et de ce traitement*, relèvent de facteurs complexes associés et que les modifications des globules blancs constatées ici sont du même ordre que celles observées au cours de n'importe quelle infection, dans sa marche vers la guérison.

Ces mêmes modifications leucocytaires peuvent être notées en suivant en série le sang des malades atteints d'appendicite subaiguë ou chronique. Il a été vérifié dans des travaux précédemment publiés par l'un de nous, que le refroidissement d'une appendicite s'accompagne comme ici d'une oscillation pendulaire du nombre des polynucléaires. Ce chiffre de ces globules passant d'un taux trop élevé (au-dessus de 67 p. 100) à un taux trop faible (au-dessous de 60 p. 100, 50 p. 100) pour revenir ensuite à un taux normal de 67 p. 100, c'est là marche normale vers la guérison.

Indications thérapeutiques. — C'est surtout dans les affections douloureuses de l'abdomen que nous avons essayé les irradiations de chaleur et de lumière rouge. Chez un grand nombre de nos malades les résultats obtenus sont vraiment remarquables :

1° **Les séquelles opératoires douloureuses de l'abdomen.** — Il s'agit là de malades qui, ayant subi des opérations complexes, difficiles ou répétées (n'avons-nous pas vu une malade ayant subi huit opérations abdominales?) présentent à la suite des cicatrices vicieuses, adhérentes, chéloïdiennes, douloureuses, des réactions de défense avec contracture et infiltration des tissus de la paroi abdominale. C'est dans ces cas surtout où il existe de la cellulite que la guérison se produit en quelques semaines par la thermo-érythrothérapie, alors que les phénomènes douloureux résistaient depuis plusieurs mois ou plusieurs années à toutes sortes de traitements.

2° **Les épiploïtes.** — Ces affections, presque toujours secondaires à des infections et à des opérations sur l'appendice, les ovaires, les trompes, etc., sont très fréquentes, très douloureuses et particulièrement rebelles. *Nous avons vu guérir par la thermo-érythrothérapie des malades atteints d'épiploïte, que nous aurions fait autrefois opérer, avant de connaître ce mode de traitement.*

3° **Les périviscérites douloureuses des carrefours** supérieur et inférieur, qu'elles soient secondaires à des infections de la vésicule biliaire, du duodénum, du côlon, du cæcum, ou qu'elles persistent après une ablation de l'appendice ou de la vésicule biliaire.

4° **Les affections de foie et de la vésicule biliaire,** c'est-à-dire congestion hépatique, cholécystite inflammatoire, non calculeuse ou calculeuse, péricholécystites, angiocholites et angiocholécystites. Telle de nos malades atteinte de cholécystite chronique avec crises douloureuses répétées, voit ses crises s'arrêter en quelques minutes par l'application de notre appareil, alors qu'auparavant la piqûre de morphine était chaque fois nécessaire.

5° **Les affections génitales de la femme.** — Salpingites, ovarites, congestion douloureuse du bassin, péri et paramétrites, quand elles ne relèvent pas de la glace, dysménorrhées, sont rapidement améliorées, comme nous l'a d'ailleurs confirmé de son côté notre ami le docteur Sanjurjo d'Arellano.

La fille d'un de nos infirmiers, mal réglée, et n'ayant pas eu de règles depuis huit mois, a vu le flux menstruel se rétablir et les douleurs autrefois habituelles cesser par l'application hypogastrique de lumière rouge et de chaleur.

Une de nos malades, atteinte de tuberculose génitale, a été aussi améliorée par ce traitement.

6° **Les affections douloureuses du côlon.** — Colite, entérocolite, typhlite, pérityphlo-colite, sigmoïdite, périsigmoïdite, spasmes douloureux du côlon, surtout chez les nerveux à ventre douloureux.

7° Enfin, toutes les algies du ventre, qu'il s'agisse de cellulite avec périnévrite des terminaisons des nerfs abdominaux, d'adhérences postopératoires, de cœlialgies multiples, solarite, etc., si fréquentes, si douloureuses, si tenaces.

8° **Les douleurs du début de la grossesse.** — Les applications de chaleur et de lumière rouge calment très bien les douleurs pelviennes, observées chez certaines primipares, comme notre ami le docteur H. Vignes l'a constaté.

9° **La constipation.** — Un fait intéressant à signaler est l'action de la chaleur et de la lumière rouge associées *sur le péristaltisme intestinal.* Des malades constipés de longue date ont vu la régularisation rapide de leur intestin dès la mise en œuvre de notre traitement. Est-ce en calmant le spasme colique, ou en provoquant un afflux liquide dans la lumière de l'intestin, que cette méthode agit? ou bien s'agit-il d'une stimulation de la fonction biliaire qui excite le péristaltisme intestinal? Ces divers éléments doivent certainement s'associer, provoquant même de véritables crises diarrhéiques lors des premières applications chez quelques sujets dont le fonctionnement intestinal était normal jusque-là.

10° **Les diverses algies et manifestations rhumatismales, les séquelles de fractures, arthralgies et périarthrites, lumbago, sciatiques, sacro-sciatique, etc.**

Quelques notions sur les radiations lumineuses. — Le faisceau de lumière solaire tombant sur un prisme est décomposé en radiations élémentaires, dont l'ensemble constitue le spectre : violet, indigo, bleu, vert, jaune, orangé, rouge, dont les longueurs d'onde vont en croissant du violet au rouge.

Ces radiations lumineuses visibles ne composent pas, à elles seules, tout le spectre : au delà du rouge se trouve la zone de l'*infrarouge*, riche en radiations caloriques; au delà du violet, la zone de l'*ultraviolet*, dans laquelle est voilée une plaque photographique. On distingue donc trois sortes de radiations : les radiations lumineuses vraies, les radiations calorifiques au delà du rouge et les radiations chimiques en deçà du violet. Mais en réalité, cette distinction ne saurait être aussi absolue; et, comme l'écrit Guillaume, « les radiations du visible constituent un pont tendu entre les deux groupes de la lumière invisible, pont sur lequel se rencontrent, se rejoignent et s'intriquent les deux grandes propriétés de la lumière : les actions chimiques, les actions calorifiques. »

L'action thérapeutique de ces diverses radiations constitue la *photothérapie*, *naturelle* si l'on utilise la lumière solaire, *artificielle*, si l'on emploie d'autres sources d'énergie.

Pour les radiations infrarouges, dont la caractéristique est le pouvoir thermique, on peut dire que tout appareil émetteur de chaleur peut être considéré comme générateur d'infrarouges. Les appareils les plus utilisés sont la lampe à arc qui en émet 85 p. 100, la lampe à incandescence à filament de carbone ou de tungstène, qui en émet jusqu'à 98 p. 100.

La *pénétration des radiations* est d'autant plus grande que leur longueur d'onde est plus longue, c'est dire que les rayons infrarouges sont plus pénétrants que les ultraviolets. Le verre arrête les rayons ultraviolets; l'eau absorbe une grande partie des infrarouges. L'atmosphère ne laisse passer que 7 p. 100 environ des rayons ultraviolets émis par le soleil et 80 p. 100 des radiations infrarouges.

La pénétration des radiations au travers des tissus est donc *fonction de leur longueur d'onde*.

Elle dépend également de la nature des tissus traversés, un tissu infiltré d'œdème laissera peu passer les rayons infrarouges :

La pénétration des rayons *dépend aussi de la forme de faisceau lumineuse incident* : un faisceau de rayons convergents est plus pénétrant qu'un faisceau de rayons parallèles et, à plus forte raison, de rayons divergents. L'emploi d'un réflecteur a donc son importance.

Enfin, on ne doit pas oublier que *la quantité de radiation* arrivant sur une surface donnée est inversement proportionnelle au carré de la distance de cette surface à la source lumineuse.

En résumé, au point de vue thérapeutique, en s'appuyant sur ces données physiques, on a pu utiliser

1° Les rayons ultraviolets, qui ont une action biochimique, stimulante ou même destructive;

2° Les rayons infrarouges qui ont une action calorifique;

3° La lumière blanche (solaire ou artificielle) qui combine les deux, mais est surtout calorifique. Certains auteurs utilisent même électivement les diverses lumières colorées (CHROMOTHÉRAPIE), auxquelles ils attribuent des propriétés thérapeutiques spécifiques, comme nous l'avons vu pratiquer dans les Indes et en France, parmi tant d'autres, par Alquier, par Foveau de Courmelles, etc.

Action physiologique et thérapeutique de la lumière rouge et de la chaleur sur les tissus (thermo-érythrothérapie). — Utilisant la lumière des lampes à incandescence blanche ou colorée, Foveau de Courmelles, Alquier... attribuent une part importante à la couleur du verre employé. Alquier note l'opposition très nette qu'il a notée entre l'action de la lumière bleue (action sédative, en surface) et l'action de la lumière rouge (action décongestive, en profondeur).

La vasodilatation cutanée, attribuée à la lumière bleue, constituerait un écran rouge, qui pour certains expérimentateurs, auraient la faculté de transformer les rayons ultraviolets en rayons rouges plus pénétrants. On a cherché à augmenter cette réaction en colorant la peau avec une teinture rouge (comme nous l'avons fait avec la solution de fuschine phéniquée de Zielh), ou en faisant absorber au sujet une solution d'éosine, par exemple (photosensibilisation).

Ces notions pourraient expliquer l'action désinfectante et cicatrisante de premier ordre que réalisent les badigeonnages cutanées faits avec la solution de fuschine de Zielh. Notre regretté maître H. Triboulet, depuis plus de trente ans, faisait cicatriser avec rapidité, par cette méthode, les impétigos rebelles qu'il voyait à la consultation et dans son service d'enfants à l'hôpital Trousseau. Depuis son enseignement, nous avons utilisé avec un succès constant ces badigeonnages soit dans les impétigos du nourrisson, soit dans toutes les pyodermites, furonculoses, etc., et même dans le traitement des fistules. En dehors de l'action chimique antiseptique de la solution colorée, il faut faire intervenir sans doute l'action photosensibilisante du colorant rouge, encore mal connue.

En Allemagne, Meyer (de Cologne) aurait obtenu, 1913, d'excellents résultats en traitant par la lumière rouge des ulcères de jambe.

Thedering, d'Oldenburg, auraient guéri avec la lumière bleue des ulcères torpides.

Bellantoni, en pratiquant des cures solaires tantôt avec la lumière directe du soleil, tantôt avec une lumière filtrée par des verres colorés, bleus, rouges ou jaunes, signale des propriétés thérapeutiques spécifiques :

Pour la lumière bleue : un pouvoir de détersion et de réduction des tissus pathologiques, de régénération de l'épiderme, des propriétés analgésiantes et anti-suppuratives;

Pour la lumière rouge : des propriétés antiphlogistiques, antisuppuratives et de reviviscence;

Pour la lumière jaune : des propriétés mixtes tenant aux deux précédentes;

Pour la lumière solaire totale : toutes les propriétés précédentes, avec prédominance du pouvoir de régénération de l'épiderme.

Mais si l'on en croit, par ailleurs, Miramont de la Roquette, Belot, Bergonié, les différentes lumières n'ont pas d'autres propriétés que celles de la lumière blanche. La filtration des radiations par les verres de couleurs diminuerait l'intensité des effets lumineux, initiaux, calorifiques et chimiques!

Comment peut-on expliquer l action thérapeutique si efficace de notre appareil, le thermo-érythrophore, dans le traitement des affections douloureuses de l'abdomen?

Rappelons que le générateur de lumière et de chaleur est constitué par une ampoule à incandescence de 32 bougies, à filament de carbone, et dont le verre est coloré en rouge dans la masse par un sel métallique de cuivre.

Cette source de lumière produit des rayons infrarouges dans la proportion de 90 p. 100, le reste des radiations étant constitué par des rayons rouges et une quantité infime d'ultraviolets.

L'ampoule employée est donc un filtre sélectif qui laisse passer là presque totalité des rayons rouges et infrarouges très pénétrants.

L'appareil étant mis en place sur l'abdomen, très rapidement, *en une à deux minutes, il vient s'ajouter un effet calorifique particulier de l'air enmagasiné qui s'échauffe au passage des infrarouges.*

Il y a donc à la fois trois actions surajoutées qui se complètent et s'additionnent : radiations infrarouges, rayons rouges et air chaud ambiant.

Peut-on différencier les actions physiologiques et thérapeutiques de ces trois éléments?

Ce sont les infrarouges qui sont *analgésiants* chez nos malades, qui paraissent donner une *vaso-dilatation rapide* et intense, une *sudation* abondante, une action décongestive sur les tissus profonds. Mais ils ne suffisent pas à expliquer la pigmentation cutanée, dont l'apparition est beaucoup plus nette et plus rapide que celle obtenue avec les seuls infrarouges. De même l'action résolutive et régressive sur les cicatrices et les adhérences observée chez nos malades. Il est bien difficile de préciser à l'heure actuelle la part exacte qui revient à la lumière rouge proprement dite et celle qui est produite par l'air chaud. *Peut-être n'y a-t-il là, après tout, que des phénomènes d'addition, de complément, et de synergie qui amplifient l'action des infrarouges.*

Pour comprendre les magnifiques résultats obtenus ainsi par les applications locales de lumière rouge et de chaleur associées, il faut faire intervenir la notion de CELLULITE, dans la plupart des affections douloureuses de l'abdomen.

Alquier a encore insisté récemment sur ces faits (*Monde méd.*, 15 déc. 1924). « Les diverses causes, petites infections, extravasations sanguines, petites ruptures des synoviales, etc., déterminent dans le tissu interstitiel un infiltrat. Cet infiltrat a tendance à se résorber par voie lymphatique et son arrivée dans le sang paraît susceptible de déterminer des phénomènes de toxémie.

Or si le processus n'est ni trop aigu, ni trop intense, au point mort de la circulation lymphatique, apparaissent les indurations en nodosités ou en placards qui caractérisent la cellulite et que je crois dues à une véritable réaction des tissus vis-à-vis de l'infiltrat. Il en résulte des phénomènes d'engorgement lymphatique pouvant aller jusqu'à l'œdème de stase lymphatique, localisé immédiatement derrière l'obstacle. Mais surtout la présence des indurations cellulitiques détermine des troubles de l'innervation végétative polymorphe, et qui à tous les âges occasionnent chez un grand nombre de sujets d'innombrables algies et les troubles fonctionnels les plus divers. »

L'action curatrice de la lumière rouge et de la chaleur associées sur la cellulite peut s'expliquer par l'augmentation des échanges osmotiques entre les cellules. Comme le fait remarquer J.-L. Pech, il faut faire intervenir « des variations d'état électrique réciproques de toutes les cellules, plus facilement décelables cliniquement sur les points où ces troubles modifient assez les échanges osmotiques pour que des réactions durables en résultent. »

En ce qui concerne les *effets généraux observés*, il semble légitime d'attribuer pour une grande part aux radiations infrarouges, les modifications de l'état général de la tension artérielle, de la formule sanguine. Mais il ne faut pas oublier non plus que les modifications générales de l'organisme peuvent n'être que des conséquences des modifications des lésions locales : les variations de la leucocytose et de la polynucléose sanguines sont là pour le rappeler.

CONCLUSIONS

EN RÉSUMÉ, pour expliquer l'action de la lumière rouge, des infrarouges et de la chaleur associés, l'on peut faire intervenir divers éléments, qui s'additionnent :

a. *Action directe par révulsion cutanée* qui rétablit les réflexes de l'innervation végétative (Alquier);

b. *Désintégration des cellules malades* sous l'influence de la chaleur, résorption des substances ainsi mises en liberté et modifications cellulaires et vasculaires secondaires, localement et à distance;

c. *Modifications de l'électricité tissulaire*, phénomènes d'ionisation qui modifieraient l'équilibre électrique des tissus;

d. Enfin *activation des échanges plasma-cellulaires* dans les tissus irradiés.

Toutes ces hypothèses présentent le plus haut intérêt au point de vue des phénomènes intimes de la vie des cellules et des tissus; mais, de ce fait même, elles sont discutables et d'ordre essentiellement spéculatif.

Leur discussion, si elle montre le champ limité de nos connaissances, ne diminue cependant en rien les faits cliniques et objectifs observés, les résultats thérapeutiques obtenus chez les malades. Et c'est là le point le plus intéressant pour nous, médecins praticiens, et surtout pour les malades qui demandent le soulagement de leurs douleurs et leur guérison.

L'emploi du thermo-érythrophore est des plus simples; il peut se pratiquer chez le malade même, sous la surveillance de son médecin traitant.

Il suppléera l'héliothérapie, difficile bien souvent à mettre en pratique par suite des obstacles d'ordre climatérique et atmosphérique. On pourra ainsi

lutter avec efficacité contre toutes les affections douloureuses chroniques de l'abdomen, et surtout contre les séquelles post-opératoires, les cicatrices vicieuses, les épiploïtes, les cellulites, etc., devant lesquelles, chirurgiens et médecins sont bien souvent désarmés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1927)

Création des réflexes conditionnels de la diurèse. — MM. K. M. BYKOW et Alexiew BERKMAN.

Distinction entre les mesures d'excitabilité et les mesures de vitesse d'excitabilité neuro-musculaire : un nouveau test d'excitabilite. — M. Philippe FABRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1927)

Résultat éloigné d'une endoprothèse (*avec projections*). — M. DELBET.

La lutte contre le rat en Danemark. — M. Gabriel PETIT expose, avec un excellent film à l'appui, les procédés de dératisation employés au Danemark. Il voudrait les voir appliquer en France où les rongeurs, chaque année, causent environ pour un milliard de francs or de dégâts et sont de dangereux agents de transmission des germes.

Phénomènes de mutation présentés par des staphylocoques consécutivement à des passages par l'organisme. — M. MARZIANI. Les expériences de l'auteur démontrent que les streptocoques se modifient à la suite du passage par l'organisme du cobaye. Les phénomènes de mutations se présentent comme une exaltation des caractères étudiés; les phénomènes consécutifs à la constitution des colonies secondaires affectent une allure inverse.

Service des épidémies. — Comme conclusion au rapport de M. Léon Bernard lu dans la séance du 29 novembre, l'Académie vote les deux vœux suivants :

1° Considérant qu'il est urgent d'abaisser le taux de la mortalité en France, et qu'il est facile de le réduire notablement en enrayant par une prophylaxie méthodique la propagation des maladies contagieuses et la marche des épidémies;

Demande au ministre de l'Hygiène d'organiser dans les administrations sanitaires de l'Etat, des départements et des villes, des services rationnels, convenablement outillés et dirigés, de renseignements épidémiologiques.

2° Considérant que la diphtérie s'est manifestée l'an dernier avec une malignité spéciale, entraînant une mortalité élevée dans notre pays; Que la vaccination antidiphtérique, au moyen de l'anatoxine, a déjà été utilisée avec succès dans plusieurs nations; Que cette vaccination a fait la preuve de son efficacité et de son innocuité;

Demande aux Pouvoirs publics que cette méthode soit instituée systématiquement parmi les enfants.

Recherche des pigments biliaires dans l'urine (procédé nouveau). — M. KUHN.

Séance annuelle. — La séance annuelle aura lieu le mardi 13 décembre, à 3 heures. L'ordre du jour porte le rapport général de M. Souques sur les prix décernés en 1927, la proclamation des prix par M. Gley, président, et l'éloge de Potain par M. Vaquez.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE AORTIQUE

En s'appuyant sur les observations de plusieurs cas de cardiopathies diverses intéressant l'orifice aortique avec troubles plus ou moins importants de la compensation, Pasternatzky a cru pouvoir conclure que le chlorure de calcium — envisagé comme diurétique cardiaque — ne justifiait pas les espérances suggérées par les cliniciens anglais.

Il citait même deux cas où des aggravations sérieuses s'étaient traduites par des œdèmes, de l'albuminurie, de la dyspnée au cours du traitement par le chlorure de calcium. Il avait eu recours à l'adonis vernalis pour ramener une amélioration.

Dans un cas de rétrécissement pulmonaire avec insuffisance aortique, le même résultat heureux fut obtenu en prescrivant le Diurène ou extrait total d'adonis vernalis.

INFORMATIONS

(SUITE)

LE PRIX GONCOURT DÉCERNÉ A UN MÉDECIN. — Le prix Goncourt vient d'être décerné au docteur Maurice Bedel pour son premier roman : *Jérôme, 60° latitude Nord*. C'est dans les Vosges, pendant la guerre, que le docteur Bedel aurait eu l'idée de ce livre en causant avec des volontaires norvégiens appartenant à un bataillon de skieurs.

Maurice Bedel a fait une campagne très dure et glorieuse, deux fois gravement blessé il a servi en France, au Maroc, dans les Vosges, puis il fut adjoint au médecin inspecteur Lapasset, chef supérieur du Service de santé de la VIIe armée.

Notre confrère est peintre, poète, savant et grand voyageur; il excelle en tout et fut pour ses camarades de guerre le plus exquis des amis. F. L. S.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — L'assemblée générale de la Société aura lieu le mardi 20 décembre 1927, à 18 h. précises, au Cercle militaire.

Le banquet annuel aura lieu le mardi 20 décembre 1927, au Cercle militaire, à 19 h. 1/2, sous la présidence de M. le professeur Henri Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

La conférence mensuelle aura lieu à la Faculté de médecine, grand amphithéâtre, le lundi 19 décembre 1927, à 21 h., sur le sujet suivant: « Blessures des vaisseaux par projectiles de guerre », par M. le docteur Grégoire, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux de Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Service de M. le professeur Jean-Louis FAURE.) — *Gynécologie. Cours de perfectionnement.* — MM. les docteurs Douay, chef des travaux gynécologiques; Bonnet et Chevalier, chefs de clinique, feront un cours de perfectionnement à la Clinique gynécologique (hôpital Broca), du lundi 12 décembre au samedi 24 décembre 1927.

Le cours complet en douze leçons aura un caractère essentiellement pratique.

Les leçons auront lieu chaque après-midi, de 17 à 19 h., sauf le dimanche.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades.

Une démonstration cinématographique aura lieu à la fin du cours.

Le droit à verser est de 250 francs.

Inscription au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE. — Depuis le mercredi 7 décembre 1927, il est fait à la Clinique d'électricité médicale, 3, rue Jean-Burguet, hôpital Saint-André, amphithéâtre Saint-Raphaël, un cours d'électroradiologie complet en deux parties.

Les leçons du mercredi, 9 h., faites par M. le professeur Rechou, seront consacrées à la radiologie (historique, physique des rayons X, propriétés, qualitométrie, quantitométrie, dosimétrie moderne, physiobiologie, radiodiagnostic, radiothérapie).

Les leçons du vendredi, 9 h., faites par M. le docteur Mathey-Cornat, chef de clinique, seront consacrées à l'électrologie (généralités, courants de haute fréquence, diathermie, diathermo-coagulation, courants faradique et galvanique, courants alternatifs, électrodiagnostic, électrothérapie).

Ces leçons sont plus spécialement destinées aux docteurs en médecine et étudiants en fin de scolarité.

NOUVELLE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE LA FACULTÉ EN MÉDECINE ET DE L'HÔPITAL DE STRASBOURG. — Un cours de perfectionnement d'oto-rhino-laryngologie aura lieu sous la direction du professeur Georges Canuyt, du lundi 2 juillet 1928 au samedi 14 juillet 1928.

Le programme sera publié ultérieurement.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Withold Lemanski (de Tunis), membre du Comité de rédaction de la *Revue tunisienne des sciences médicales*. Nous adressons au docteur Cassuto et à toute la rédaction l'expression de notre très sincère sympathie; — de M. le docteur Eugène Poucel (de Marseille), oncle du docteur Joseph Poucel, auquel nous adressons l'expression de nos bien vives condoléances; — de MM. le docteur Gabriel Félix, médecin radiologue à Marseille, mort victime du devoir professionnel; le professeur Negro, directeur de l'Institut de neuropathologie de l'Université de Turin; le professeur Carlo Fedeli (de Pise), les docteur de Pastrovich (de Trieste) e Jacques-Louis Labarrère, décédé à Denver (Etats-Unis), inhumé à Pau.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 13 décembre. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Guillain, Roussy et Alajouanine. — M. FRIEDMANN. Etude sur la médication des métrites. — M. MONOD. Le drainage dans les appendicites graves. — M. SCHÜLER. Etude de l'étiologie des cirrhoses veineuses du foie.

Mercredi 14 décembre. — Jury : MM. Lemierre, président; Rouvière, Strohl et Olivier. — M. DEHAUT. Etude sur les homologies du squelette humain. — M. STRUHL. Radiothérapie des tumeurs craniennes. — M. GOMET. A propos du bacille paratyphique B.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; M. Labbé, Dechambre, Moussu, Robin et Maignon. — M. GUILLOT. La figure du cheval.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50.** — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'électro-radiologie. — Le jury est provisoirement composé de MM. Belot, Gastou, Duhem et Maller, qui acceptent; Pagniez, Proust, Macé, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache et Hendaye. — Le jury est définitivement composé de MM. Moreau, Rouillard et Desplat.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Un *concours* pour la nomination de quatre internes en médecine et d'internes provisoires à l'*hospice départemental Paul Brousse* et au Centre anticancéreux de la banlieue parisienne s'ouvrira le 13 février 1928.

Ce concours est ouvert aux externes des hôpitaux de Paris et aux étudiants ayant dix inscriptions, âgés de moins de vingt-sept ans au 1er mars 1928. Les étrangers peuvent être admis.

Inscriptions et renseignements à la Préfecture de la Seine (assistance départementale, 3e bureau, annexe Lobau, escalier A, 2e étage, porte n° 227, du 13 au 29 janvier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Villemin, agrégé, est nommé, à compter du 1er décembre 1927, professeur d'anatomie (chaire vacante : M. Piqué, dernier titulaire).

M. Teulières, agrégé, est nommé, à partir du 1er décembre 1927, professeur de clinique ophtalmologique (chaire vacante : M. Lagrange, dernier titulaire).

M. Petges, agrégé, est nommé, à compter du 1er décembre 1927, professeur de clinique des maladies syphilitiques et cutanées (chaire vacante : M. Dubreuilh (W.), dernier titulaire).

— Lyon. — M. Favre, agrégé, est nommé, à compter du 1er décembre 1927, professeur d'anatomie pathologique (chaire vacante : M. Paviot, dernier titulaire).

M. Froment, agrégé, est nommé, à compter du 1er décembre 1927, professeur de pathologie interne (chaire vacante : M. Collet, dernier titulaire).

— Strasbourg. — Le titre de professeur, sans attribution de chaire, est conféré à MM. Aron, Bellocq, Fontes, Géry et Schwartz, chargés de cours.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Concours en vue de la désignation d'un professeur suppléant de pathologie et de clinique médicales et d'un professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale.

Les agrégeables peuvent être nommés sans concours.

Les candidats agrégeables désirant être nommés à Amiens sont priés de se faire connaître au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, de toute urgence.

— Angers. — Après concours, M. Amsler a été nommé chef de travaux de bactériologie.

— Tours. — Concours en vue de la désignation d'un professeur suppléant d'anatomie et de physiologie.

Les agrégeables peuvent être nommés sans concours.

Les candidats agrégeables désirant être nommés à Tours sont priés de se faire connaître au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris de toute urgence.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. le professeur Henneguy, du Collège de France, a été élu vice-président pour 1928 par 54 voix sur 56 votants. C'est donc lui qui présidera l'Académie en 1929.

Prix généraux. — Prix Maujean (2.000 fr.) : M. Sabouraud, chef du service des affections du cuir chevelu à l'hôpital Saint-Louis. — Prix Le Conte (50.000 fr.) : M. Alexandre

Yersin, correspondant de l'Académie des sciences, directeur de l'Institut Pasteur de Nha-Trang, Annam. — Prix Parkin (3.400 fr.) : M. Jacques Tréfouel, assistant à l'Institut Pasteur, et à Mme Jacques Tréfouel. — Prix Saintour (3.000 fr.) : M. Stanislas Zaremba, professeur à l'Université de Cracovie. — Prix Lonchampt (un prix de 2.000 fr.) : M. André Liot, docteur en pharmacie; (un prix de 2.000 fr.) : M. Michel Machebœuf, assistant à la Faculté des sciences. — Prix Wilde (4.000 fr.) : M. Jacques Duclaux, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

FONDATIONS SPÉCIALES. — Fondation Lannelongue (2.000 fr.) : les arrérages de la Fondation sont partagés entre Mmes Cusco et Rück.

FONDS DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES. — Fondation Hirn (un prix de 2.500 fr.) : M. René Fabre, professeur agrégé à la Faculté de pharmacie de Paris. — Fondation Roy-Vaucouloux, les arrérages de la Fondation à M. A. Borrel, directeur de l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Strasbourg.

MÉDECIN STAGIAIRE DE L'ASSISTANCE MÉDICALE EN INDOCHINE. — A la date du 5 décembre 1927, le ministre des Colonies a pris un arrêté fixant au 23 janvier 1928 l'ouverture d'un concours pour dix emplois de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine.

Les épreuves écrites éliminatoires auront lieu à Paris, Marseille et Bordeaux. Les épreuves orales auront lieu à Paris.

Les dossiers de demande doivent être adressés avant le 23 décembre 1927 au ministère des Colonies (direction du personnel). Pour tous renseignements, s'adresser à l'inspection générale du Service de santé des Colonies, 2e section, rue Oudinot, n° 27, Paris (VIIe).

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — Le dîner de rentrée de l'Association a réuni, sous la présidence du professeur Loeper, un grand nombre de membres de l'Association et quelques confrères étrangers : M. le professeur Dominguez, ancien doyen de la Faculté de médecine de la Havane, M. le professeur Ribeyro (de Lima) et M. le docteur Coelho (de Porto), M. Jean Faure, président de la Chambre syndicale des spécialités pharmaceutiques; M. Normand, secrétaire général de la Compagnie de Vichy; M. Heudebert assistaient aussi au dîner qui fut très cordial. Au dessert, Pierra mit nos adhérents au courant des travaux du Comité, il salua en Loeper le nouveau professeur de thérapeutique, il eut envers le Centenaire de la *Gazette* des mots fort aimables et exprima à nos confrères latins la fidélité de nos sentiments. Le docteur Coelho porta ensuite un toast plein de finesse et de cœur à la France éternelle. Dartigues but aux peuples latins; enfin, le professeur Loeper résuma en un spirituel et émouvant discours tous les sentiments de la France envers ses sœurs latines.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — DON A L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — M. le docteur Debat, trésorier de l'Union des fabricants de spécialités pharmaceutiques médicales, a remis, au nom de cette Association, une somme de 20.000 fr. à M. le docteur Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France. Ce geste généreux permettra au trésorier de cette Association d'attribuer à chaque pensionné une somme de 200 fr. qui élèvera le taux de sa pension annuelle à 1.800 et 2.000 fr.

L'année dernière déjà, l'Union des fabricants de spécialités pharmaceutiques médicales avait eu cette généreuse pensée et nous ne pouvons que la remercier et la féliciter.

(*Voir la suite, p. 1652.*)

CHRONIQUE

INAUGURATION D'UN MONUMENT AUX EXTERNES VICTIMES DU DEVOIR

Toi qui fis la mémoire, est-ce pour qu'on oublie?...
(LAMARTINE. *La Vigne et la maison.*)

Vendredi matin, à l'Hôtel-Dieu, cérémonie que la *Gazette des hôpitaux* n'avait pas manqué d'annoncer dans son numéro du mercredi précédent. L'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux à Paris avait eu la pieuse pensée de rendre un hommage durable à ceux de ses membres qui, depuis 1919, ont trouvé, dans l'accomplissement de leurs fonctions, la plus glorieuse des morts. Elle s'était dit qu'entre les plus beaux noms, leurs noms étaient les plus beaux. Elle les avait fait graver sur une plaque de marbre qu'elle a solennellement remise à l'Assistance publique.

Très peu de monde. Le bureau de l'Association, avec MM. Belot, Behague, Lepennetier, Justin Besançon. La plupart des médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu : MM. Hartmann, Macé, Rathery, Sainton, Terrien, auxquels s'était joint M. René Bénard, médecin des hôpitaux. Des représentants des familles en deuil, dont M. le médecin principal Magnoux.

Dans un discours d'une parfaite sobriété, M. Belot, président de l'Association, explique le geste que ses camarades et lui ont voulu accomplir. Les internes victimes du devoir ont déjà, dans cet hôpital, leur monument. De même, les externes qui sont tombés à leur poste durant la grande guerre. N'y aurait-il point eu quelque injustice à oublier ceux qui, depuis lors, ont succombé aux maladies contractées dans leur service? Voilà pourquoi, aujourd'hui, l'Association à laquelle ils appartinrent, en inaugure un troisième, qu'elle remet, en toute confiance, à l'Administration.

Au nom de M. Louis Mourier, empêché, M. Durand, inspecteur principal, répond. Il célèbre l'héroïsme de ceux auxquels l'avenir semblait sourire lorsque, brusquement, brutalement, ils ont été frappés par un mal dont leur froide raison a, d'emblée, pressenti l'inexorable gravité. Il salue avec respect leur mémoire, et, en recevant le dépôt qui vient de lui être confié, nous assure que l'Assistance publique saura en assurer la garde.

En nous retirant, nous songions, le cœur serré, à tous ceux, médecins, internes, externes, étudiants, qui, chaque année, payent de leur vie le dévouement à la cause sacrée de la souffrance. Comment ne pas la considérer comme la plus belle, cette profession qui compte dans tous ses rangs, mais surtout dans les rangs des jeunes, tant de martyrs? A peine l'a-t-on embrassée qu'on en découvre la véritable grandeur et la mystérieuse beauté. N'est-elle pas une lutte de tous les instants contre la douleur? Lutte dans laquelle, du plus humble au plus grand, nous mettons tout notre cœur, toutes nos forces, toute notre ardeur! Lutte tragique qui, plus forte que la souffrance, plus forte que le péril, plus forte même que la mort, nous prend tout entiers, pour toujours, qui séduit les jeunes dès leurs premiers pas dans la carrière et qui, selon l'éloquente expression d'un grand orateur, allume, dans leurs âmes, la flamme du sacrifice! L. BABONNEIX.

A PROPOS DES IDOLES DE GLOZEL

DROITERIE ET GAUCHERIE TROPHIQUES

Par le docteur J. HERBER (de Cette).

Le docteur Morlet a décrit ainsi les idoles phalliques qu'il a trouvées à Glozel :

« ... Nous avons découvert... une idole néolithique, représentant une figure humaine rudimentaire sur les organes de la virilité... De grands yeux ronds, creusés sous les arcades sourcilières qui tiennent lieu de front, reproduisent assez bien le type dit « de la chouette ». Entre ses yeux, le nez rectiligne se dessine nettement. La bouche fait défaut. A l'extrémité inférieure pendent les deux témoins de la virilité (1).....

« En accord avec les lois de l'anatomie plastique des peuples primitifs, bien mises en lumière par Charpy, ces deux « témoins » ne sont jamais situés sur le même plan, le droit descend plus bas que le gauche (2). »

Cette dernière thèse est loin d'être généralement acceptée : Bourgery et Jacob, A. Richet, Sappey, Tillaux, Testut, Pasteau (dans le *Traité d'anatomie* de Poirier et Charpy), Grégoire disent fort nettement que la bourse gauche descend plus bas que la droite. Malgaigne avait constaté que « sur 65 individus affectés de hernie, 21, c'est-à-dire environ un tiers avaient le côté droit plus bas que le gauche », mais cela, ajoute A. Richet, « n'infirme nullement la règle, puisqu'il s'agit de cas pathologiques et qu'on ne peut savoir jusqu'à quel point la présence de l'intestin dans les bourses n'avait pas modifié l'état normal » (3).

Ainsi donc Charpy a contre lui l'opinion de la majorité des anatomistes.

Sur les conseils du professeur Buy, j'ai consulté l'ouvrage de Charpy sur les *Organes génito-urinaires* (4) afin d'y trouver sa doctrine et j'ai lu ce qui suit : p. 110 : « Souvent une des deux moitiés (du scrotum) descend plus bas que l'autre »; p. 120 : « Les deux glandes (les testicules) sont rarement au même niveau, et d'habitude une des deux est à 1 ou 2 centimètres plus haut ou plus bas que l'autre; sur une série de sujets assez nombreux, j'ai trouvé que le plus bas était ordinairement le droit..... Contrairement à d'autres auteurs, j'ai trouvé le testicule droit plus volumineux et plus lourd. »

Ces textes ne permettent pas de conclure que la bourse droite descend normalement plus bas que la gauche; ils disent seulement qu'elle est habitée par un testicule plus volumineux, plus lourd et plus bas. N'est-ce pas le point de départ de l'interprétation du professeur Buy, ou la confusion ne viendrait-elle pas de l'emploi du mot « témoins » qui désigne également, dans la conversation courante, les testicules et les bourses? Quoi qu'il en soit, j'ai commencé une enquête, pour me faire une opinion personnelle, et je l'ai close dès le trentième sujet, parce qu'il m'apparaissait d'ores et déjà que l'opinion de la majorité des auteurs était confirmée : j'avais constaté en effet que 24 fois sur 30, la bourse gauche descendait plus bas que la droite.

D'où vient cette inégalité de la longueur des bourses? Poirier accusait la situation même des testicules, « qui, quittant chez l'adulte le voisinage du pubis, viennent se placer dans l'intervalle angulaire des cuisses. Pour se loger dans cet espace, les testicules se chevauchent, se tassent et peu à peu leur niveau se modifie par adaptation » (1). Cette explication ne dit point pourquoi ils se chevauchent toujours de la même façon et à ce titre, elle me paraît discutable. Je crois plutôt que cette inégalité est, comme on l'a dit « une manifestation d'infériorité congénitale » du côté gauche, et je tiens cette manifestation pour une conséquence de la droiterie.

Quelle que soit la cause originelle de la droiterie (2), chaque hémisphère cérébral commande à la moitié du corps opposé et cela, au triple point de vue de la motricité, de la sensibilité et du trophisme; et si je rappelle cette notion banale, c'est qu'il n'est pas avéré que la droiterie et la gaucherie exercent leur influence sur la triple fonction du cerveau.

Le droitier est, d'après les dictionnaires, « celui qui se sert habituellement de la main droite » et le gaucher « celui qui se sert habituellement de la main gauche »; définitions simplistes qu'on n'a plus le droit d'employer. Est droitier qui bénéficie d'une asymétrie motrice, sensitive et trophique au profit du côté droit; est gaucher qui bénéficie d'un avantage semblable en faveur du côté gauche.

Il n'y a pas à revenir sur les recherches de van Biervliet (3) et de Toulouse et Vaschide (4); elles ont démontré qu'il y a une asymétrie sensorielle en

(1) Docteur A. MORLET et E. FRADIN. *Nouvelle station néolithique*, Vichy, Q. Belin, 1925, p. 46. — Je n'ignore pas que le docteur Morlet a découvert plusieurs types d'idoles; je ne les décrirai pas, parce que je n'ai à m'occuper ici que d'une particularité anatomique qui leur est commune.

(2) Docteur MORLET. Station néolithique de Glozel. Idoles phalliques et bisexuées, *Mercure de France*, 15 sept. 1926, p. 562 et suiv.

(3) A. RICHET. *Traité pratique d'anatomie chirurgicale*, Paris 1877, p. 832.

(4) CHARPY. *Organes génito-urinaires*, Toulouse 1890, Cassan fils.

(1) P. POIRIER et CHARPY. *Traité d'anatomie humaine*, Paris, Doin, t. V (article Pasteau).

(2) Je crois avoir établi, *en m'appuyant sur des arguments cliniques* (Essai d'une théorie clinique de la droiterie, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 12 nov. 1912, et *Biologica*, 15 août 1913) que la droiterie est la conséquence des connexions fonctionnelles qui unissent le côté gauche du corps avec le cœur et assurent ainsi l'avantage du côté droit tandis que la gaucherie est pathologique et d'origine centrale. Cette théorie, d'abord discutée, a été confirmée par les *recherches expérimentales* de Mlle Ioteyko qui l'a reprise sous la dénomination de théorie psycho-physiologique de la droiterie en ajoutant qu'elle « l'avait admise dès 1907 » (*Revue philosophique*, 1916, t. I, p. 514; et t. II, p. 58). Je n'ai garde de mettre en doute la parole de Mlle Ioteyko, mais j'admire d'autant plus la discrétion de sa collaboratrice, Mlle V. Kipiani, qui a pu énumérer en 1912 (*Ambidextrie, étude expérimentale et critique*, Bruxelles, J. Lebègue et Cie; Paris 1912, F. Alcan) toutes les théories de la droiterie sans faire la moindre allusion aux recherches qu'elle poursuivait avec son maître.

(3) VAN BIERVLIET. L'homme droit et l'homme gauche, *Revue philosophique*, 1899, t. XLVII, p. 113-276-371.

(4) TOULOUSE et VASCHIDE. L'asymétrie sensorielle olfactive, *Revue philosophique*, 1901, t. I, p. 176.

faveur du côté droit chez le droitier musculaire, du côté gauche chez le gaucher.

L'asymétrie trophique n'a pas été prouvée par l'expérimentation, mais bien des remarques cliniques permettent d'affirmer son existence. On connaît, par exemple, la prédominance de certaines maladies sur le côté gauche du corps, le bec-de-lièvre unilatéral, par exemple, mais les conclusions des enquêtes de Galippe sont plus démonstratives : « ... chez les droitiers dit-il, le maxillaire gauche constitue un lieu d'élection pour les anomalies tandis que ce serait le maxillaire droit chez les gauchers qui présenterait cette particularité » (1).

J'ai pour ma part, apporté une contribution à l'étude de l'asymétrie trophique par mes recherches sur la subluxation du pouce; je crois avoir démontré que « la subluxation unilatérale siège toujours du côté opposé à la moitié prééminente du corps » (2). Qui subluxe le pouce gauche est droitier; qui subluxe le pouce droit est gaucher; et j'ai considéré cette particularité comme la conséquence de l'hypotrophie du côté faible.

A l'occasion de cette étude — et ceci nous ramène aux idoles de Glozel, — j'avais commenté les statistiques de Carl Nebler, relatives au varicocèle et j'avais déduit du fait que la proportion des varicocèles gauches aux varicocèles droits était identique à celle des droitiers aux gauchers — que la latéralisation du varicocèle devait être en rapport avec la droiterie ou la gaucherie. Je puis assurer aujourd'hui que la fréquence du varicocèle gauche n'est pas due à ce que le sang veineux des organes génitaux du côté gauche est ramené à la veine rénale, tandis que celui du côté droit est tributaire de la veine cave, parce que le varicocèle gauche est, de par les observations que j'ai faites, en relation avec le droiterie, et le varicocèle droit en rapport avec la gaucherie. Or, droitiers et gauchers ont les veines disposées de même façon.

J'ai pu observer 10 varicocèles droits :

6 appartenaient à des gauchers;

1 à un ambidextre, c'est-à-dire en réalité à un gaucher;

1 à un droitier qui avait des varices à droite, la bourse droite plus basse que la gauche et qui était fils de gaucher;

1 à un droitier dont le père et deux sœurs sont gauchers;

1 à un droitier dont il ne m'a pas été possible d'observer la famille.

Au total :

7 gauchers;
2 droitiers, fils de gauchers;
1 droitier.

J'interpréterai plus loin cette statistique d'une façon particulière, mais il est provisoirement permis de conclure que les malades atteints de varicocèle droit sont gauchers avec une fréquence extraordinaire, étant donné surtout que la proportion des gauchers aux droitiers varie, selon les statistiques, de 3,8 p. 100 (Bible) à 12 p. 100 (Ireland, Sollier).

Et je reviens maintenant à la question de la bourse la plus pendante : on pressent déjà qu'elle est une manifestation de l'hypotrophie du côté faible du corps.

J'ai examiné, je l'ai déjà dit, 30 hommes et j'ai constaté que 24 d'entre eux avaient la bourse gauche plus basse que la droite, et 6, la droite plus basse que la gauche. Sur ces six hommes :

2 étaient des gauchers avérés;

1 (déjà cité) était un droitier dont le père et deux sœurs étaient gauchers;

1 était un droitier qui a parlé tard (symptôme de gaucherie familiale) et dont le frère était gaucher;

2 étaient droitiers (aucun renseignement sur l'un d'eux).

Au total :

2 gauchers,
2 droitiers appartenant à des familles de gauchers;
2 droitiers.

La proportion des gauchers est grande; elle devient considérable si on l'examine, à la lumière des recherches de Van Biervliet sur l'ambitextrie (10), les symptômes de gaucherie que présentent les droitiers appartenant à des familles de gauchers.

L'ambidextre n'est pas un individu « qui se sert indifféremment des deux mains »; il se sert de la main droite, mais il conserve une habileté de la main gauche qui trahit ses origines. Il est, d'ailleurs, un gaucher au point de vue de la sensibilité et Van Biervliet a pu dire avec raison que tout ambidextre est un gaucher. Les recherches que j'ai faites sur la subluxation du pouce m'ont également montré qu'au point de vue trophique, les ambidextres sont également des gauchers. En somme, l'ambidextre est un individu chez qui la prééminence motrice, d'une part, les prééminences sensitives et trophiques d'autre part, sont réservées à des moitiés différentes du corps. Je dois ajouter, pour compléter cette définition, que la prééminence motrice de l'ambidextre est toujours réservée au côté droit, et les autres prééminences, toujours au côté gauche. Il n'est pas de gaucher, au point de vue musculaire, qui soit droitier au point de vue trophique et sensitif.

J'en déduis que tout droitier apparent — surtout s'il a une hérédité gauchère — qui a de la gaucherie trophique, est un gaucher véritable quoique fruste, et je tiens pour gauchers, les droitiers appartenant à des familles de gauchers, qui ont une varicocèle à droite ou une bourse pendante de ce même côté. Quant aux autres droitiers de mes statistiques, qui ont des troubles trophiques à gauche, j'ai la conviction qu'une enquête complète m'aurait permis de les considérer comme les précédents.

Et ces considérations doivent être appliquées à l'étude des seins. Certes, le sein gauche de la nour-

(1) Galippe. La droiterie et la gaucherie sont-elles fonction de l'éducation ou de l'hérédité?, *Gaz. des hôpit*, 1887.

(2) J. Herber. Recherches sur la droiterie et la gaucherie trophiques, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 10 fév. 1914; *Gaz. des hôpit.*, 17 mars 1914.

(10) J. J. van Biervlet. L'homme droit et l'homme gauche. Les ambidextres, *Revue philosophique*. 1901, t. LII, vol. II.

rice peut être plus volumineux, parce que la nourrice, généralement droitière, le donne de préférence à son nourrisson, mais il s'en faut que cette asymétrie soit particulière aux nourrices; elle est le propre de toutes les femmes et on l'a signalée chez la Vénus de Milo, ce qui n'est pas surprenant parce qu'elle eut un être humain pour modèle.

Faut-il enfin attribuer au hasard une particularité anatomique présentée par une autre Vénus, la Vénus Hottentote (1)? De Quatrefages nous a appris que sa petite lèvre droite avait 54 millimètres de long, la gauche 61 millimètres. Pour moi, je vois dans cette conformation, une preuve de sa droiterie.

Il ne fait donc pas de doute que la bourse gauche doit pendre davantage que la droite; c'est une conséquence inéluctable de la droiterie.

Est-ce à dire que les primitifs n'étaient pas droitiers? La préhistoire nous fournit la preuve contraire. Je rappellerai seulement ici que le crâne de l'homme de la Chapelle-aux-Saints était celui d'un droitier (M. Boule l'a démontré); que les outils du sculpteur de la Vénus de Laussel étaient, d'après le docteur Lalanne, parfaitement adaptées à la main droite; que les fractures des préhistoriques prédominent, d'après M. Baudouin, sur le côté gauche, côté le plus faible. Peut-on, enfin, ne pas remarquer que la Vénus de Laussel et la statuette de Willendorff ont le sein gauche plus tombant que le droit? (2).

Dans ces conditione, pourquoi les femmes des temps préhistoriques auraient-elles eu un fléchissement du sein gauche et les hommes un fléchissement du scrotum droit? Ce serait tout à fait paradoxal. Il faut en conclure que les idoles de Glozel ont une anatomie de gauchers (3).

D'où vient alors cette obstination du modeleur de Glozel, à représenter des scrotums de gauchers? Est-ce parce que le côté gauche a toujours été réservé à la magie? Ou bien ce modeleur était-il gaucher et a-t-il reproduit dans la glaise les particularités de son anatomie? On a peut-être le droit de le penser; dans ce cas, on ne pourra s'empêcher de remarquer que les idoles de Glozel, « assez peu glorieusement ithyphalliques », comme l'écrivait avec humour C. Jullian, portent à droite comme les gauchers..... Mais ce sont des hypothèses que peuvent soulever un préhistorien ou un éthnographe et je ne veux pas me laisser entraîner au delà de la question de biologie que j'ai discutée à propos de Glozel.

Urologie, par P.-R. Flandrin, ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux de Paris, chef de clinique adjoint à la Faculté. « Les Consultations journalières ». Un volume in-16 de 184 pages. — Prix : cartonné, 10 fr., plus hausse 40 p. 100, soit 14 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

---

(1) De Quatrefages. *L'Espèce humaine*, Paris, Germer, Baillière et Cie, 1880, p. 273.

(2) A en juger du moins par les gravures que j'ai eues entre les mains.

(3) Je n'ai évidemment pas fait état au cours de cette discussion de l'idole, *unique à Glozel*, qui avait la bourse gauche plus basse que la droite et qui avait, par conséquent, une anatomie de droitier (Docteur A. Morlet. Au champ des morts de Glozel, *Mercure de France*, 15 août 1927).

LE Ve CONGRÈS DE STOMATOLOGIE

(24-30 octobre 1927.)

La stomatologie poursuit son évolution progressive qui l'éloigne peu à peu de l'empirisme où fut confinée pendant tout un siècle cette spécialité et la rapproche de plus en plus des autres branches de la médecine. Ses Congrès successifs, par la valeur et le nombre des travaux qui y sont présentés, en sont la meilleure démonstration, et le dernier, présidé par le docteur Gires, assisté des docteurs Béliard et Fichot, vice-présidents, et Leclercq, secrétaire général, fut encore supérieur aux précédents.

Cette évolution ne pouvait avoir et n'a eu en fait que la plus heureuse influence et la plus déterminante sur le mouvement des idées à son sujet. Elle a fait paraître, mieux que toute polémique, la nécessité d'études médicales complètes pour son exercice, et cette nécessité n'est plus discutée par personne. Il reste bien quelques odontologistes qui voudraient profiter encore de la situation actuelle, mais leur nombre va en diminuant et la plupart encore ne discutent plus le principe et se contenteraient d'une prolongation de quelques années.

La cause est donc entendue, et cela surtout depuis que les Facultés de médecine consultées ont condamné dans l'ensemble le diplôme de chirurgien-dentiste et que la Commission des doyens a fait sien le projet de réforme des Stomatologistes. Ce n'est plus qu'une question de temps pour son application, et il est à souhaiter, puisque la chose est utile et désirable, que ce temps soit le plus court possible. Ce sera pour le plus grand bien des patients qui y gagneront des soins plus éclairés par des praticiens mieux instruits, et des praticiens eux-mêmes qui bénéficieront d'une considération plus grande. Il n'est pas jusqu'aux élèves dont le sort s'en trouvera grandement amélioré par une diminution considérable de leurs frais d'études. Ces frais, pour les futurs chirurgiens-dentistes s'élèvent en effet actuellement jusqu'à 10.000 fr. dans les Ecoles dentaires; dans les Facultés où l'enseignement est organisé les mêmes frais ne sont que de 1.400 fr. et même de 1.100 à Strasbourg.

Au reste l'idée stomatologique ne se développe pas seulement en France. Il y a sept nations européennes qui exigent le doctorat en médecine pour l'exercice de cette spécialité et leur nombre ira certainement en augmentant. L'Association stomatologique internationale, dont l'Assemblée générale s'est tenue au cours des réunions du Congrès s'emploie à accentuer ce mouvement vers le Progrès.

Le Comité d'organisation du Congrès avait mis à l'étude des questions importantes : les ostéites du maxillaire inférieur (Gornouec), les extractions chirurgicales (Monier), la stérilisation en stomatologie (Fargin-Fayolle), l'hygiène buccale de l'enfant à l'école et dans la famille (Tellier); elles donnèrent lieu à des discussions approfondies et substantielles.

A la suite, quarante communications attestèrent de l'activité scientifique des congressistes. Ce nombre imposant n'en permet même pas l'énumération. Mais en nous excusant de ne pouvoir les citer toutes et d'en passer et des meilleures, nous devons mentionner celles de : Béliard, sur les buts élevés et les directives rationnelles de la prothèse inamovible moderne; de Frey, sur l'équilibre et le déséquilibre biologique à propos de la calcification et de la décalcification des os et des dents, etc. Le docteur Cavina présenta une technique de réparation des pertes de substances mandibulaires par des greffes osseuses prises sur la crête iliaque avec des résultats impressionnants. Le professeur Roussy voulut bien exposer l'état actuel du diagnostic et du traitement des cancers de la bouche

---

Association de la Pressemédicale française.

illustré de superbes projections microphotographiques. Toutes les questions se rapportant à la stomatologie furent ainsi envisagées, soit dans leur ensemble, soit dans certains de leurs détails, à la fois au point de vue clinique et au point de vue médical.

C'est précisément la supériorité de la Stomatologie de pouvoir allier heureusement ces études; ainsi, la technique n'est plus irraisonnée, parfois inutile, peut-être dangereuse; elle cesse d'être un but pour devenir un moyen, comme il en doit être et comme il en est dans les autres branches de la Médecine.

A. HERPIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1927)

Un cas de tumeur mycosique de l'estomac. — M. LION, à propos de la communication de M. Durante, rapporte un cas de tumeur mycosique de l'estomac ayant simulé un cancer ou une linite. A l'examen histologique, on constata des productions parasitaires : mycélium et spores qu'on retrouvait, d'ailleurs, dans des veines.

Quelques remarques sur l'emploi des médicaments antisyphilitiques dans le traitement des maladies ou des syndromes viscéraux chroniques. — M. R.-J. WEISSENBACH fait remarquer, à propos de l'intéressante communication de M. Donzelot, que la question se pose dans les mêmes conditions pour les traitements antisyphilitiques appliqués à toutes les autres maladies viscérales chroniques.

Le vrai problème est de bien préciser pour ces médicaments, plus que pour tous autres, les indications et les contre-indications. S'il faut éviter le péril, réel, de l'abus des médicaments antisyphilitiques, il faut éviter de commettre la faute d'en restreindre illégitimement l'emploi.

Le traitement des affections cardio-vasculaires syphilitiques. — M. A. SÉZARY, commentant sa statistique personnelle, montre que si les règles de la thérapeutique antisyphilitique sont bien observées, le traitement ne peut en aucun cas être nuisible chez les malades atteints ou soupçonnés de syphilis cardio-vasculaire. Il est même incapable d'élever la pression de sujets déjà hypertendus.

L'auteur conclut que chez les malades dont la syphilis est démontrée ou vraisemblable, le traitement spécifique doit toujours être essayé et, si les symptômes s'amendent, poursuivi avec persévérance. L'abstention comme l'abus de la thérapeutique lui paraissent également néfastes.

M. FIESSINGER insiste sur le retentissement hépatique possible du traitement spécifique, notamment avec le néosalvarsan et le bismuth.

M. FLANDIN s'associe aux conclusions de M. Sézary. Toute syphilis doit être traitée, mais avec prudence. Il insiste surtout sur la valeur de la réaction de Wassermann. Dans deux tiers des cas de syphilis tardive, le Wassermann peut se montrer négatif sans réactivation.

M. LAUBRY insiste sur la nature non syphilitique de certaines cardiopathies, notamment dans l'hypertension, l'angor, les bradycardies. Il est partisan du traitement syphilitique dans les aortites, à condition, toutefois, de faire un traitement avec prudence et quand la nature syphilitique est reconnue, il est d'avis de faire un traitement constant et continu. Il est partisan de l'iodure de potassium administré à fortes doses.

M. CLERC partage l'opinion de M. Laubry. Toutefois, dans les insuffisances myocardiques, le traitement syphilitique est à déconseiller, car dans quelques cas on peut assister à des désastres.

M. MILIAN considère que lorsque la nature syphilitique est reconnue, il y a lieu de faire un traitement d'épreuve; il insiste sur les cas de mort subite possible par l'emploi du cyanure de mercure avec les solutions concentrées et sur les dangers d'une thérapeutique insuffisante qui peut réactiver les lésions.

M. GRENET considère que le traitement spécifique est à recommander.

Mégaœsophage. Diverticule de la partie supérieure de l'œsophage. Sténose cardio-œsophagienne. — M. H. DUFOUR. Il s'agit en l'espèce d'un cas exceptionnel révélé par la radiographie. L'œsophage est dilaté dans son trajet intrathoracique dans des proportions gigantesques et monstrueuses, et, à la partie supérieure, existe une poche diverticulaire énorme. Au niveau et au-dessus du cardia existe un rétrécissement dont le début remonte à plus de trente-cinq ans.

Péritonite par perforation au déclin de la fièvre typhoïde. Laparotomie. Guérison. — MM. H. DUFOUR, GEMEZ et NATIVELLE présentent un homme de vingt-neuf ans qui, au déclin d'une fièvre typhoïde, fit dans la nuit une perforation intestinale avec péritonite suraiguë. Opéré quelques heures plus tard, il s'écoula du pus en assez grande abondance à l'ouverture du ventre. L'intervention consista dans une incision médiane et mise en place d'un drainage avec Mickulicz, sans rechercher le siège de la perforation. On fit de plus une incision dans chaque fosse iliaque et l'on introduisit un drain en caoutchouc. Le Mickulicz fut enlevé définitivement le seizième jour.

Polynévrite contemporaine de l'évolution d'une pleurésie séro-fibrineuse à lymphocytes. — MM. O. CROUZON, L. JUSTIN-BEZANÇON et DE SÈZE présentent une malade chez qui une polynévrite a évolué en même temps qu'une pleurésie séro-fibrineuse.

L'établissement de la pleurésie a précédé celui de la polynévrite. La régression de la pleurésie a précédé celle des troubles nerveux. L'examen électrique pratiqué à intervalles réguliers a permis de suivre de façon précise l'évolution des troubles nerveux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1927)

A propos des platyspondylies. — M. LANCE tient à préciser la signification du mot platyspondylie qui signifie : élargissement des vertèbres. Il faut distinguer plusieurs variétés de l'anomalie : 1° les cas de corps vertébral non étalé avec rachichysis postérieur; 2° ceux de corps vertébral étalé et divisé en deux hémivertèbres cunéiformes s'opposant par la pointe; enfin les cas où le corps vertébral étalé et aplati en son centre est séparé des corps voisins par des disques biconvexes. Tout cela est facile à expliquer si l'on se rapporte à l'embryologie du rachis dont l'auteur rappelle l'évolution. Dans tous les cas il s'agit d'une anomalie du stade membraneux; c'est là une anomalie grave, on trouve d'ailleurs chez ces malades des lésions autres s'étendant à tous les viscères ou organes. Pour faire un diagnostic de platyspondylie, il faut une radiographie de tout le rachis et un examen complet du malade.

M. Lance insiste sur une autre forme de l'anomalie qu'il appelle microspondylie et qui consiste en petits cubes vertébraux plus ou moins incurvés, amenant une gibbosité et rendant le diagnostic avec le mal de Pott très difficile. Il étudie les erreurs de diagnostic qu'il faut éviter en examinant ces

anomalies, il faut toujours penser au mal de Pott, à la cyphose des adolescents, aux tassements vertébraux au cours des métastases cancéreuses, enfin aux tassements traumatiques des vertèbres.

M. SORREL insiste sur l'utilité de la mise au point de cette question si importante au point de vue des accidents du travail.

Pour M. MOUCHET on ne s'appuie pas seulement pour faire ces diagnostics sur les signes radiologiques mais sur les caractères évolutifs des symptômes et sur les signes cliniques.

A propos de la prostatectomie. — M. CHEVASSU revient sur la récente communication de M. LATOUCHE, et insiste sur trois points : pour lui, l'opération en deux temps doit être évitée autant que possible; d'autre part il s'élève vigoureusement contre la pratique cruelle de l'opération sans aucune anesthésie, pratique qui tend à nous ramener aux temps héroïques de la chirurgie du Premier Empire; enfin au sujet de la minutie des soins post-opératoires, M. Chevassu ne fait plus jamais de tamponnement, il fait un lavage à l'eau très chaude et évite de ce fait les graves hémorragies.

M. MICHON rappelle que lui aussi fait la prostatectomie en un temps mais qu'il est tout de même des cas où il est nettement préférable d'opérer en deux fois; quant aux soins post-opératoires, il n'est pas du même avis que M. Chevassu et continue à rester fidèle au tamponnement.

Fracture du col de l'humérus et luxation. — M. GERNEZ fait un rapport sur une observation de M. M. LHEUREUX (armée), qui a opéré un malade atteint de fracture du col anatomique avec luxation extracapsulaire de la tête humérale, consécutivement à une chute de cheval; le malade a été vu par M. Lheureux vingt-trois jours après. Il insiste sur ce point intéressant que la tension prise au Pachon sur le bras malade était de 18×9 et sur le bras sain 15×9; l'élévation de la maxima du côté malade doit être due à une irritation du plexus sympathique périartériel. L'auteur a reséqué la tête humérale en utilisant l'incision de L. BAZY. Guérison avec 25 p. 100 d'invalidité.

Mycoses dans les péritonites plastiques. — M. Yvan BERTRAND (rapport de M. GOSSET) a décelé dans 3 cas de péritonite plastiques des lésions fort intéressantes, analogues à celles trouvées dans les mycoses spléniques; ces lésions ont été observées aux dépens du tissu cellulo-péritonéal; quel est le mycélium dont il s'agit? Il est difficile, à l'heure actuelle, de se prononcer et de nouvelles recherches anatomiques et bactériologiques sont encore à faire pour éclairer cette importante question.

M. CUNÉO, dans d'anciennes lésions tuberculeuses avec perforations, a trouvé, lui aussi, des figures bizarres; il peut y avoir là, comme dans les observations de M. Bertrand, des lésions mycéliennes, mais la nature mycélienne n'en paraît pas formellement démontrée.

M. MOURE avait depuis longtemps prédit qu'il devait exister des mycoses du tube digestif comme il en existe dans les autres organes.

A propos des anévrismes. — M. MATAS (de la Nouvelle-Orléans) vient apporter sa contribution à l'étude de cette question des anévrismes artéro-veineux, dont il a une connaissance si étendue. Pour lui, le sujet est extrêmement complexe et les traitements doivent être différents suivant les cas. Le plus souvent, il applique la suture intrasacculaire, procédé auquel son nom reste attaché, mais parfois il estime que la ligature est indispensable et qu'il faut savoir employer selon les circonstanecs l'extirpation, la suture et la ligature.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1927)

M. WEINBERG présente un travail de M. TURNER sur la **vaccination du mouton contre le Braxym.**

Il y a quelques mois, j'ai communiqué à la Société de biologie les résultats des recherches de mes collaborateurs, Turner et Davesne, sur la pathogénie du Braxym australien. Ces derniers ont montré que l'anaérobie isolé chez le mouton australien n'est autre qu'une race de B. *œdematiens*.

Depuis, M. Turner s'est appliqué à reproduire la maladie du mouton chez l'animal d'expérience. Il a trouvé que le cobaye infecté avec cette race de B. œdematiens, présente souvent les foyers nécrotiques du foie, tels qu'on les trouve dans le Braxym spontané du mouton, non seulement les foyers nécrotiques du foie, mais aussi les épanchements de toutes les séreuses et, en particulier du péricarde, dont le liquide se prend souvent en gelée. Les fermiers australiens qui ont observé ce symptôme dans l'infection naturelle, disent que le mouton meurt avec un sac de gelée autour du cœur.

M. Turner a aussi réussi à vacciner le mouton contre le Braxym australien.

Deux lots de 5 moutons ont été vaccinés avec de l'anaculture (culture formolée) de B. œdematiens : le premier lot par une seule injection de 5 centimètres cubes d'anaculture, ceux du second lot par trois injections de doses courantes (1, 2 et 3 centimères cubes d'anaculture).

Eprouvés quinze jours après la dernière injection, ces moutons ont supporté l'injection de 1 à 10 doses mortelles de culture vivante de cette race spéciale de B. œdematiens. De 5 moutons témoins, 1 a fait un très gros œdème au niveau de l'inoculation, les 4 autres sont morts en un à trois jours, en présentant des lésions caractéristiques de la maladie.

M. Turner a donc obtenu des résultats très encourageants dans des essais de vaccination du mouton contre le braxym australien qui fait des ravages considérables dans son pays.

Présentation d'ouvrage. — M. H. VIGNES présente un livre intitulé : *L'année obstétricale* (2e série (Masson). Dans ce livre écrit en collaboration avec M. Jean, l'auteur s'est occupé, en particulier, des fonctions placentaires, du pancréas au cours de la gestation, de l'influence de l'état gravitique et puerpéral sur le Wassermann, des rapports du cancer et de la gestation. M. Robin, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, a fait, dans le même livre, une revue très complète d'obstétrique vétérinaire.

— Société de biologie de Lyon. (Séance du 21 novembre 1927) :

Formule leucoccytaire du cobaye dans la gestation et la tuberculose expérimentale. — MM. Fernand ARLOING et MALARTRE ont constaté que la leucoccytose qui, chez le cobaye normal, est d'environ 13.000 globules blancs dont : mononucléaires, 45 p. 100; composés de lymphocytes, 32 p. 100; grands monos, 13 p. 100; polynucléaires, 53 p. 100; transition, 1 p. 100; myélocytes, 0,5 p. 100 et, en outre, éosinophiles, 12 p. 100, subit des modifications au cours de la gestation.

Chez la femelle pleine, on note une augmentation légère des mononucléaires avec inversion de la proportion portant les grands monos à 35 p. 100 et abaissant les lymphocytes à 15 p. 100.

Au cours de la tuberculose expérimentale, on observe chez le cobaye mâle une mononucléose accentuée pouvant atteindre 65 p. 100 par suite d'une lymphocytose très importante susceptible de dépasser les deux tiers du chiffre de la mononucléose totale. Chez la femelle pleine, l'action déjà notée de la gestation porte, jointe à l'influence de la tuberculose, la mononucléose à 70 p. 100 avec une lymphocytose prédominante.

Pouvoir bactéricide sur le bacille de Koch du sérum sanguin des tuberculeux. — MM. Paul COURMONT et Henri GARDÈRE. De même que pour le liquide des pleurésies tuberculeuses, nous avons observé un pouvoir bactéricide du sérum des tuberculeux, se manifestant facilement par son action empêchante sur les culture homogènes des bacilles de la tuberculose, à des dilutions variables selon les cas. Ce pouvoir bactéricide est analogue à celui des pleurésies des tuberculeux. Lorsque l'on compare l'action du sérum pleural et du sérum sanguin provenant le même jour, du même sujet, on trouve des différences en faveur tantôt de l'une, tantôt de l'autre de ces sérosités. Le sérum du cheval normal a un pouvoir bactéricide très net, plus élevé que celui des hommes tuberculeux.

Évolution de la tuberculose expérimentale sur un terrain en état d'accoutumance soufrée. — MM. G. MOURIQUAND et P. BERTOYE. On sait que des cobayes recevant une solution soufrée (ou une eau sulfureuse : Challes, etc.), par voie digestive ou sous-cutanée font au bout d'une quinzaine de jours un syndrome ostéohémorragique voisin du scorbut. Malgré la continuité de l'apport soufré ce syndrome guérit et après guérison l'organisme est incapable de le refaire comme il était en état d'accoutumance, d'immunité vis-à-vis du soufre (Mouriquand, Michel et Milhaud). Les auteurs se sont demandé comment évoluait la tuberculose sur un pareil terrain. Une série d'expériences leur a montré que l'évolution anatomique était identique chez les soufrés et chez les témoins, mais que les animaux en état d'accoutumance soufrée prolongeaient généralement leur vie plus longtemps que les autres, comme si leur organisme opposait une certaine résistance à l'action dystrophique de la toxi-infection bacillaire.

Étude analytique de la toxine diphtérique. — MM. LEULIER, SEDAILLAN et Mlle GAUMONT rapportent la suite de leurs recherches sur l'analyse de la toxine diphtérique. Ils confirment que l'abaissement au pH 4,7 d'une toxine diphtérique permet l'isolement par floculation de la totalité de la toxine diphtérique contenue dans le milieu. Le précipité obtenu, riche en phosphore, résistant à la digestion peptique, est constitué par des nucléo-albumines. A celles-ci paraît lié un cristalloïde, dont la fixation élective est nécessaire pour que la toxine ait son pouvoir. La dialyse fait disparaître le pouvoir toxique. Des expériences paraissent montrer que d'autres toxines tétanique, dysentérique, possèdent les mêmes propriétés; d'autre part que la propriété antigène de la toxine est, elle aussi, liée à la présence d'un cristalloïde.

Recherches histochimiques sur les mutations locales du calcaire dans les lésions d'aortite. — M. Pierre-P. RAVAULT a étudié par la méthode de la micro-incinération toute une série de lésions d'aortite de nature et d'aspects divers.

I. Dans l'endaortite hyperplasique, le fait essentiel consiste en une décalcification localisée de la bande mésartérielle d'imprégnation calcaire décrite par l'auteur dans la paroi de l'aorte normale.

II. Dans la panaortite (syphilitique), il y a aussi décalcification de la bande mésartérielle, mais plus intense et plus diffuse que dans la forme précédente.

III. Les dépôts calcaires que l'on constate à la partie profonde des proliférations endartéritiques de date ancienne ne constituent qu'une complication dégénérative contingente et tardive de toute aortite. Cet athérome endaortique, très fréquent, s'accompagne de décalcification de la média.

IV. Dans des cas rares (athérome endomésaortique), on a affaire à une forme différente caractérisée par l'association de dégénérescence calcaire de l'endaorte à une hypercalcification en masse de la tunique moyenne.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1927)

A propos de l'hystérectomie vaginale. — M. SÉJOURNET estime que mettre des ligatures sur les moignons au lieu de laisser des pinces à demeure et fermer le péritoine, sont deux améliorations notables de la technique de l'hystérectomie vaginale qui rendent les suites opératoires moins pénibles. Il croit cette opération formellement indiquée dans un grand nombre d'utérus métritiques, hémorragiques et douloureux; mais contre-indiquée dans le cancer, les gros fibromes, les salpingites, car, dans ces deux derniers cas, elle empêche la chirurgie conservatrice.

Tumeur du bassinet. — M. J. MOCK en présente une observation. Localisation de l'affection faite par une cystoscopie en en pleine hématurie. Diagnostic posé quelques jours après la fin de l'hématurie, par hémorragie provoquée par distension du bassinet, signe de tumenr primitive ou secondaire, du bassinet. Néphrectomie avec utérectomie. Guérison. Examen de la pièce : cancer papillaire typique,

MM. PASTEAU et LE FUR font observer que le saignement provoqué n'est signe de tumeur qu'en dehors de toute infection rénale, et ne peut faire prévaloir la nature de la tumeur.

Tumeur à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du tibia. Greffes ostéopériostiques. — M. TRÈVES communique l'observation d'une jeune fille qui avait subi un premier évidement suivi de plombage au Mosetig. Récidive. Il fit une opération radicale avec ablation de la malléole interne, greffes ostéo-périostites comblant la cavité et greffon spécial avec périoste contre l'astragale pour reproduire la malléole. Le résultat est parfait et la malade présente un pied normal. L'auteur insiste sur le rôle nul du périoste dans la reproduction de l'os.

M. DUFOURMENTEL cite deux cas de greffes sur le maxillaire inférieur faites avec deux greffons périostés, placés périoste contre périoste. Il put avoir les pièces deux ans après, et ne trouva qu'un bloc compact d'os où les périostes avaient disparu. Il pense que, dans ces cas, le périoste n'avait servi en rien à l'ostéogénèse.

Etude sur l'ostéomyélite chronique, d'après cinq observations personnelles. — M. JUDET. Dans deux cas, il s'agissait d'ostéite condensante sans séquestre et sans pus, du tiers supérieur du tibia. Dans la troisième observation un foyer humoral produisit, il y a cinq ans, un renflement fusiforme de l'os avec petit séquestre central. Dans les deux derniers cas, abcès chronique de l'extrémité inférieur du tibia. On trouva du staphylocoque doré dans les trois cas où l'examen put être fait. L'auteur préconise la trépanation large de l'os dans tous les cas. Il opère quatre de ces malades. Guérison rapide.

Tumeur rare présacrée comprimant le rectum. — MM. V. PAUCHET et P. MORNARD communiquent l'observation d'une très rare tumeur sacro-coccygienne à siège pré-sacré : sept à huit cas publiés seulement. Le malade, étant en occlusion, subit d'abord un anus abdominal. Au cours de l'opération, on constata que la masse remontait, derrière, jusqu'au promontoire. Elle fut enlevée plus tard, avec difficulté, par voie sacro-cocci-périnéale, sans léser le rectum. Fermeture de l'anus abdominal. Guérison avec fonctionnement rectal parfait. La tumeur était un Schwannome : ce sont des tumeurs bénignes, encapsulées, ayant leur origine dans les débris embryonnaires de la région caudale.

Incontinence mécanique d'urine traitée chirurgicalement. — M. CATHELIN communique l'observation d'une malade de trente et un ans, qui subit sept interventions sur le rein, l'utérus, l'intestin et qui, atteinte d'incontinence d'urine, fut guérie par lui grâce à une intervention comprenant les temps suivants : dissection de tout l'urètre; plissement de sa

paroi supérieur; torsion du canal à 180 degrés; transplantation sous-clitoridienne du méat.

La suture sans drainage des abcès amibiens du foie. — M. Bressot signale la plus grande rareté des complications amibiennes depuis le traitement systématique de la dysentérie par l'émétine; il a opéré plus de trente abcès du foie de 1919 à 1922; seulement une dizaine de 1922 à 1927. Technique opératoire; incision de la paroi abdominale; ponction de l'abcès sous le contrôle de la vue; puis, incision et assèchement de la poche, sans curretage de la paroi interne; examen extemporané du pus; si celui-ci est estaseptique, suture de la brèche hépatique: puis suture des parties molles, en accolant les deux. Si l'abcès est profondément situé ou difficilement accessible : simple ponction de la poche, sans fermeture totale de la paroi et avec petit drainage. Traitement arsenico-émétinien prolongé.

Corps étrangers de l'appendice. — M. M. Tussau en communique deux observations; on trouva, dans un des appendices enlevés, une racine de dent (molaire), et dans l'autre, un noyau de cerise.

Du traitement des maux perforants et des ulcérations des membres inférieurs par l'élongation nerveuse. — M. Péraire montre que, dans ces cas, les résultats de la sympathectomie péri-artérielle sont loin d'être souvent satisfaisants et surtout définitifs, et rappelle les accidents qui en sont parfois la conséquence. Par l'élongation nerveuse, il a obtenu des résultats excellents et durables dans dix cas.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

TEXTE EXACT DES DÉCISIONS PRISES PAR LE CONGRÈS DES SYNDICATS MÉDICAUX AVEC LES VOTES APPROUVANT CES DÉCISIONS

Approbation à l'unanimité sans avis contraire de la lettre adressée par la Commission d'organisation du Congrès à la Commission de la Chambre.

Questions préliminaires. — Les syndicats prennent l'engagement :

1° De se rallier aux décisions prises par la majorité.

(Adopté à l'unanimité moins 1 avis, représentant 26 voix.)

2° De ne collaborer à la loi d'assurances sociales que si tous les principes généraux inscrits dans les décisions du Congrès sont admis par le Parlement.

(Adopté à l'unanimité moins 1 avis, représentant 26 voix.)

Décisions. — Pour la défense des intérêts médicaux il est nécessaire que chaque syndicat local ou spécial contracte avec les caisses.

(Adopté à l'unanimité moins 3 avis contre, représentant 154 voix.)

Seuls peuvent contracter les syndicats habilités par un organisme central (cet organisme étant actuellement un organisme fédératif comprenant les trois groupements existants : union, fédération, groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés, tout en laissant subsister leur autonomie).

(Adopté à l'unanimité.)

La loi, le règlement d'administration publique ou les contrats ne devront comporter aucune disposition contraire aux principes définis ci-dessous :

(Adopté à l'unanimité.)

1. Le libre choix, étant entendu que tous les médecins syndiqués ou non peuvent participer aux soins à condition qu'ils acceptent les clauses du contrat et la juridiction du conseil de famille syndical avec droit d'appel, devant l'organisme central ci-dessus défini.

(Adopté à l'unanimité.)

2. Le respect absolu du secret professionnel qui ne devra être violé ni directement ni indirectement.

(Adopté à l'unanimité.)

3. Le droit à des honoraires pour tout malade soigné, soit à domicile, soit à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins.

(Adopté à l'unanimité moins 1 avis, représentant 55 voix.)

Cette question devant être l'objet d'une étude ultérieure en ce qui concerne les établissements visés par la loi de 1851.

(Adopté à l'unanimité moins 5 avis contraires, représentant 373 voix.)

4. Paiement direct par l'assuré en prenant pour base minima les tarifs syndicaux.

[Adopté par 16.033 voix contre 679 et 823 abstentions formulées (1).]

5. La liberté de thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement devant primer le facteur économique.

(Adopté à l'unanimité.)

6. Contrôle des malades par la caisse, des médecins par le Syndicat et Commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord.

(Adopté à l'unanimité moins 1 avis.)

7. Nécessité de représentation du Syndicat dans les commissions techniques organisées par les caisses et de contrats spéciaux entre les syndicats et les caisses pour l'organisation technique de tout établissement de soins.

(Adopté à l'unanimité.)

Principe d'un organisme central pour défendre les décisions prises dans la journée au sujet des Assurances sociales.

(Adopté.)

La Commission qui a présidé à la réunion du Congrès est désignée pour assurer cette défense.

Principe de la constitution d'un organisme unique réunissant tous les syndicats médicaux.

(Adopté.)

La Commission, présidée par le professeur Balthazard, est désignée pour étudier les statuts nouveaux du groupement unique.

Dr DESROUSSEAUX. Dr JAYLE.

ENREGISTREMENT DES DIPLOMES

M. Georges Faugère, député, demande à M. le ministre de la Justice si la perception d'un émolument de 5 fr. par le greffier d'un tribunal civil, pour l'enregistrement du diplôme d'un docteur en médecine, par application de l'article 6, paragraphe 2, du décret du 15 septembre 1925, n'est pas contraire à l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, aux termes duquel cet enregistrement doit avoir « sans frais ».

Réponse. — Il ne saurait appartenir qu'à la juridiction compétente, saisie en cas de litige par les parties intéressées, de se prononcer sur le cas particulier exposé dans la question, et notamment d'interpréter l'expression « sans frais » contenue dans l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892. Sous

(1) Commentaire du paragraphe 4, lu en séance au nom de la Commission avant le vote du paragraphe : « Cette rédaction exclut la tarification contractuelle fixée d'avance. Les syndicats peuvent inscrire dans les contrats, à titre indicatif, leurs tarifs syndicaux. »

Dr DESROUSSEAUX. Dr JAYLE.

cette réserve, il semble qu'il est possible d'admettre que la dispense de frais stipulée par l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 vise uniquement le timbre et l'enregistrement. (*J. O.*, 6 déc. 1927.)

DÉSIGNATION DES EXPERTS

M. Taton-Vassal, député, demande à M. le ministre de la Justice : 1° quelles sont les règles auxquelles doivent se rapporter les tribunaux civils pour dresser, chaque année, à la rentrée, la liste des experts du ressort et, plus particulièrement, en ce qui concerne les médecins, quel est le texte réglementaire qui autorise un tribunal à exclure de cette liste des praticiens qui ont des titres certains et justifiés, comme l'internat des hôpitaux de Paris, mais qui n'ont pas cinq ans d'exercice de la médecine; 2° si un docteur en médecine, qui offre toutes garanties, qui a seul dans un arrondissement le diplôme spécial de médecin légal de la Faculté de Paris, ne doit pas être désigné comme médecin légiste ou médecin expert.

Réponse. — En vertu de l'article 14, paragraphe 1er, de la loi du 30 novembre 1922, les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français. Le titre d'expert est conféré par la Cour d'appel en Chambre du conseil à des médecins portés sur des listes de proposition des tribunaux de première instance du ressort dressées conformément au décret du 21 novembre 1893 (art: 1er à 3), modifié par les décrets des 12 avril 1906 et 22 juin 1924. L'autorité judiciaire possède dans son choix un pouvoir discrétionnaire.

INFORMATIONS

(SUITE)

QUINZAINE SOCIALE INTERNATIONALE. (PARIS, juin-juillet 1928.) — Les promoteurs de la Quinzaine sociale internationale ont décidé d'organiser une grande manifestation comportant :

1° Les congrès et conférences ci-après, ayant chacun leur autonomie, mais avec des services généraux communs (renseignements, voyage, logement, banque, change, poste, télégraphe) et des manifestations communes (visites, excursions et réceptions officielles).

Du 2 au 8 juillet 1928 : Congrès international de l'habitation. Fédération internationale de l'habitation et de l'aménagement des villes. Secrétariat général : 29, rue de Sévigné.

Du 5 au 8 juillet 1928 : Congrès international d'assistance publique et privée. Secrétariat général : 49, rue de Miromesnil.

Du 8 au 12 juillet 1928 : Congrès international de la protection de l'enfance. Secrétariat général : 37, avenue Victor-Emmanuel III.

Du 8 au 13 juillet 1928 : Conférence internationale du service social. Secrétariat général : 2, rue Vélasquez.

2° Une exposition dite Exposition internationale de l'habitation et du progrès social qui se tiendra à Paris, du 15 juin au 15 juillet 1928, et comportera à la fois une partie scientifique et une partie industrielle : le document et l'exemple.

Cette Exposition sera à la fois un enseignement et une démonstration vivante, répondant aux nécessités de l'heure présente. Elle comprendra les sections ci-après :

Maisons et jardins. Aménagement des villes. Assistance

publique et privée. Protection de l'enfance. Service social. Secrétariat général : 29, rue de Sévigné.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Maisonneuve (de Corné) et Fage (d'Ambarès).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les docteurs V. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière; Magitot et Bollack, ophtalmologistes des hôpitaux, et M. le docteur Hartmann, commencera le 3 janvier 1928, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations sur l'œil humain ou l'œil animal.

Droit d'inscription : 350 francs.

Lieu d inscription : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DU CANCER DU CORPS THYROIDE

Cancer fréquent, de la cinquantaine, se développant dans la majorité des cas **sur un goitre**; le cancer du corps thyroïde est essentiellement caractérisé par deux notions :

La **rapidité** de son **évolution**.

La **constance** et la **précocité** de ses **métastases**, surtout osseuses, qui lui sont vraiment un caractère propre.

CLINIQUE

Type de description : le cancer se développant sur un goitre.

Phase de début. — Le néo est **intracapsulaire** : c'est le seul moment où l'intervention a quelques chances de succès.

Précepte capital : « **Tout goitre qui, chez un adulte, se met à grossir sans raison ou à déterminer des troubles, est suspect de malignité.** »

Signes fonctionnels. — Dyspnée surtout à accès nocturnes.

Toux sèche quinteuse.

Dysphagie.

Deux signes majeurs :

Altération de la voix qui devient rauque et tend à s'éteindre.

Phénomènes de dysthyroïdie, surtout à type de maladie de Basedow.

Souvent rien; une femme, au moment de la **ménopause**, vient simplement consulter parce que son goitre grossit.

Examen. — Dans l'interrogatoire, on ne relève aucun épisode rapproché d'hémorragie intrakystique pouvant expliquer ces troubles.

On palpe :

Peau saine, bien mobile.

Comme tout goitre on sent une tumeur irrégulière, bosselée, prédominant à un lobe, refoulant plus ou moins la trachée.

Mais deux caractères spéciaux :

Il est **dur comme du bois**.

Il est **déjà fixé**.

Même à ce prime début, toujours rechercher :

L'adénopathie jugulo-carotidienne, très précoce.

L'adhérence au sterno.

Deuxième phase. — Le cancer a détruit sa capsule, l'infiltre et devient un **véritable cancer du cou**.

Signes fonctionnels. — Très marqués.

a. Troubles respiratoires : dyspnée continue avec accès de suffocation nocturnes.

b. Dysphagie augmente.

c. **Aphonie**. Capital. Signe le cancer.

d. Le syndrome de Basedow s'exaspère.

e. Deux signes normaux apparaissent :

La douleur.

Un goitre simple n'est jamais douloureux.

Irradiations en éclairs très pénible.

La compression s'étend :

Aux jugulaires : cyanose de la face.

Au pneumogastrique.

Signes généraux très tardifs.

Localement :

Carapace dure, sans limites, **fixée**, empâtant le cou en demi-circonférence.

La **peau** qui la recouvre est rouge, **blindée**, lui adhère intimement.

L'adénopathie fait corps avec elle.

Les **métastases** dominent à cette période la caractéristique. Si **précoces** parfois qu'elles peuvent être le premier signe du cancer.

Dans la règle, **osseuses** : crâne, mâchoire, sternum, vertèbres, côtes. Fractures spontanées.

Le propre de l'**épithélioma**.

Métastases ganglionnaires : carotidienne, médiastinale, sus-claviculaire.

Métastases **pulmonaires**.

Le propre du **sarcome**; elles sont souvent latentes.

TERMINAISON

En six mois, un an, par asphyxie sans grosse atteinte de l'état général quelquefois.

Parfois hâtée par une broncho-pneumonie.

Formes cliniques. — Cancer aigu. Sarcome, deux mois. Métastases pulmonaires.

Cancer lent. Huit à dix ans. Reste au stade intracapsulaire.

Les **métastases** en révèlent seules la malignité.

Squirrhe rétracté; comprime la trachée au maximum. Goitre cancéreux endothoracique.

Diagnostic. — Ne présente d'intérêt qu'au début.

Rien n'y ressemble à la période d'état.

Deux groupes de diagnostic :

1° Un goitre simple grossit et détermine des troubles fonctionnels :

Est-ce un **accroissement simple**? une **hémorragie**? une **basedowification**? un **cancer**?

S'appuyer sur :

La dureté.

La fixité.

2° **La strumite chronique**. — Très difficile.

On discute encore :

Dans la forme aiguë, la strumite.

Enfin, toujours en présence d'une fracture spontanée, d'un noyau du crâne ou de la mâchoire, remonter à son origine et palper le corps thyroïde.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Mutations parmi les médecins des hôpitaux. — MM. Boidin et Rivet vont à Lariboisière; de Massary et Monier-Vinard, à Beaujon; Duvoir et Baudouin, à Necker; Hallé, aux Enfants-Malades; Weill-Hallé, à Hérold; René Bénard et Tinel, à Ivry; Chiray, à la Charité; Chabrol, à Andral; Faroy, à Tenon; Brulé, à Laennec; Touraine, à la Salpêtrière; Pasteur-Vallery-Radot, à La Rochefoucauld; Gougerot, aux Ménages; Ch. Richet et M.-P. Weil, à Bicêtre.

— Concours d'électro-radiologie. — Le jury est définitivement composé de MM. Belot, Gastou, Duhem et Maller, Pagniez, Proust, Macé.

— Concours de l'externat. — Liste alphabétique des candidats reçus à la suite du concours qui vient de se terminer. Le classement définitif n'est pas encore établi au moment où nous mettons sous presse. Nous le publierons dans notre prochain numéro.

MM. Aboulker (Raphaël), Aboulker (Pierre), Abramesco, Abrand, Adèle, Mlle Aghion, MM. Alfonti, Aliker, Amestoy, Angyal, Archaimbault, Arnould, Arvay, Azéma,

Bandard, Baré (Jean), Barrière, Bastien (Jacques), Baudet (Henri), Baumgartner, Baurens, Baylot, Beaufils, Béchet, Beinis, Bellière, Bequignon, Benardeau, Benoist, Bensaude, Benvenitte, Bernaud, Bernière, Bertheau, Mlle Beskin, MM. Beurdeley, Bevalot, Bidou, Binet, Bioy, Blau, Bonamy, Bonan, Bonhomme, Bonnel, Bonnet (Georges), Borrey, Bouchacourt, Boudreaux, Bourget, Bouroullec (Robert), Bousquet, Bousseau, Bouwens van der Boijen, Brandenburg, Braillon, Brawerman, Bridgman, Bring, Brochard, Bronstein, Brunhes, Mlle Bujeaud, MM. Bureau (Pierre),

Cabry, Cachin, Cagny (de), Mlle Cahen (Arlette), MM. Calvet (Henri), Calvet (Jean), Camus (Jean), Canale, Caput, Carlet, Mlle Cazamian, MM. Chagnon, Chaillonet, Challiol, Chareire, Charousset, Chazette, Chefdeville, Mlle Cherbuliez, MM. Cochard (Georges), Cohen-Solal, Comte, Mme Corny, M. Costes, Mlle Cottin, MM. Courvoisier, Coussieu, Couve, Cristesco, Crozat,

Darras, David (Jean), Debay, Debidour, Debray, Déchaux, Deffay, Deglaire, Delambre, Delbès, Delom (Pierre), Delorme, Delort (Joseph), Delsuc, Demartial, Deparis, Departout, Desbiez, Mlle Desbois, MM. Desvignes, Deutsch, Dhotel, Dijon, Doreau, Douay, Doussinet, Dragomiresco, Drapé, Dreyfus, Dubroca, Duflos, Dufour (Emile), Dugas, Dumont (Pierre),

Escrivat (d'),

Fabre (Charles), Fasquelle, Faur (Jean), Faure (André), Fay, Fécan (André), Fécan (Robert), Ferrier (André), Ferroir, Mlle Filderman (Georgette), MM. Filderman (Marcel), Findjandjian, Fleys, Font-Réaulx (de), Fourestier (Max), Fournet (Pierre), Fresnais, Fuchs,

Mlle Gabrielli, MM. Gahan, Gailhard, Galup, Ganière, Ganot, Mlle Gasné, MM. Gay, Gelbart, Genty (Philippe), Genty (Pierre), Gérard (Pierre), Germon, Ghelman, Giami, Gillot (Jean), Girard (Emile), Gireaux, Giroux, Golse, Gonnet (Claude) Gourçon, Gouzonnat, Grégoire, Grenet, Gringoire, Grosbois, Grosperrin (René), Grosmann, Guidicelli, Guidon, Guillaud-Vallée, Guillaumat, Guy (André), Guynot de la Boissière,

Henrion, Heinon, Helluin, Heptid, Herrenschmidt, Herzfeld, Mlle Hollier-Larousse, M. Hue (Jean), Mlle Huet, MM. Hürstel,

Ichard, Israilovici,

Jacobesco, Jacquet, Jamet, Janaud, Joseph, Juchet, Juhit-Julia,

Kagan, Kaplan (Alexandre), Kaplan (Moïse), Kipfer, Kiszelnik, Klein, Kohen (Ignace), Kramarz, Kreis, Kunossy, Kuypers,

Labarre, Labatut, Lachèze, Lacroix (Pierre, Lambert (Maurice), Lambey, Lambling, Lance, Lanlau (Lebjus), Lando (Boruch), Landois, Laplane (Robert), Mlle Laporte, MM. Laroche (Jean), Larroumets, Laurent (Louis), Laurent (Paul-Albert), Lauret (Georges), Lavergne (Jean), Lazard, Leborgne, Lebouchard, Lebourg, Lecat, Leconte (Maurice), Leduc, Lefebvre (Jacques), Lemarinier, Lemelletier, Leneman, Léonard (Jean), Léoni (Jacques), Lesage, Letrésor, Leveiller, Mlle Lévy (Gilberte), MM. Liberton, Lichaa, Lichtenberg, Lion, Mlle Liphschutz, M. Livierados, Mlls Loeschnigg (de), M. Longuet (Bernard-Yves), Mlle Lorsignol, M. Luisada.

Macé, Magrin, Mainguy, Maire, Mallarmé, Marcombes, Marie (René), Marmasse, Maronne, Marre (Philippe), Martin (Marcel), Ma.tinu, Maspétiol, Mathière, Mattern, Mausour, Mauvais (René), Mlle Menabrea, M. Mennecier, Mlle Métin, MM. Meunier (André), Meyer (Jean), Meyer-Heine, Michaut, Michelet, Michelson, Mlle Mignon, MM. Milhaud (Alfred), Millot (Jacques), Milovanovitch, Minc, Miquel (André), Mollard, Monier, Morel (André), Morelle (René), Mlle de la Motte Saint-Pierre, MM. Mourgues,

Naon, Nel, Netter, Nigaud, Nocton,

Ogarrio, Oiseau, Ortholan, Osenat,

Parent, Parfus, Parrot, Mlle Patez, MM. Paulus, Pécastaing, Pelletier, Pergola, Péron (Jean), Mlle Perrier, MM. Perrot, Personnaz, Petit (Pierre), Pétroff (Marin), Mlle Philippe (Madeleine), MM. Pinchasowicz, Pineau (Cl.), Mlle Piquet, MM. Piram, Pivoteau, Pochon, Mlle Poindessault, MM. Polak, Poreaux, Pouliquen, Prat (Pierre), Puistienne, Pulvenis,

Ramadier, Reboul, Regard, Renaud, Mlle Revault d'Allonnes, M. Richard (Robert), Mlle Rogier (Simonne), MM. Ronce, Rossano, Rossi, Roy (André-Louis), Roy (André-Henri), Roy (Guy), Mlle Ruais, M. Sabatier, Mlle Sainton, MM. Sakon, Sauvage, Sauvain, Savelli, Scheid, Schmid (René), Ségall (Salomon), Ségall (Max), Mlle Seguin (Paule), M. Serdario, Mlle Sérieux, MM. Seydel, Silvestre, Simon (Franck), Simon (Roger), Simonnet, Mlle Solente, M. Soria, Mlle Spire, MM. Stephani, Sterne, Stewart, Streicher, Svartman,

Talon, Tawil, Thésée, Thévenin, Thomas (Emile), Tissot, Tournafond, Tran-Quang-de, Tribalet, Trotot, Turbé, Turiaf, Urbain,

Valensi, Valet-Bellot, Mlle Mallet (Renée), MM. Vannereau, Vauclin, Vergé, Vial, Vidard, Vieuchange, Vigneron, Vincent (Jean), Vulpian (de),

Wajsman, Wetterwald, Wilbert. Willot,

Yun, Yvanovitch.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Fourcade, Guichené, Roudié, Mlle Valette, MM. Sicault, Bessière, Laporte, Veyssière.

Internes provisoires : MM. Perperot, Noblia, Pauly, Mandillon.

— NICE. — Un concours pour cinq places d'externes titulaires en médecine et en chirurgie s'ouvrira le lundi 6 février 1928, à 8 h. 30 du matin. Le registre d'inscription sera clos quinze jours avant le concours. Les épreuves comportent la rédaction de deux observations de malades après vingt minutes d'examen, et deux questions orales de garde.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — MM. Dubreuilh et Lagrange, anciens professeurs de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, sont nommés professeurs honoraires.

— LILLE. — La chaire d'histologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est déclarée vacante. (*J. O.*, 14 déc. 1927.)

— LYON. — Il est créé, à la Faculté de médecine, un cours complémentaire sur le radium et la radioactivité. Cet enseignement est confié à M. Nogier, agrégé.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille de bronze.* — M. Pellissier, externe des hôpitaux de Marseille; M. Le Calmé (de Guéméné-sur-Scorff).

MARINE. — MM. les médecins en chef de 1re classe Dargein, professeur de pathologie exotique, et Oudard, professeur de chirurgie d'armée, à l'Ecole d'application de Toulon, sont maintenus dans leurs chaires respectives pendant l'année scolaire 1928.

M. le médecin principal Hederer, médecin-major de la *Marseillaise*, est désigné, au choix, pour remplir les fonctions de professeur d'hygiène navale à l'Ecole d'application de Toulon.

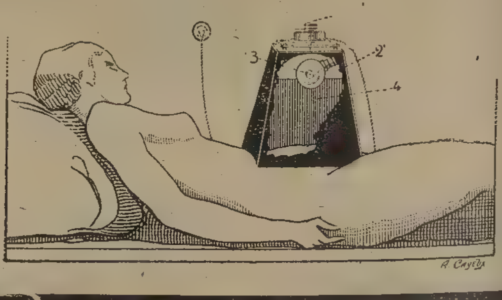
LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES. — Un débat a eu lieu à la Chambre des députés sur l'article 4 *nonies* qui avait pour but de substituer au régime de la taxe sur les spécialités pharmaceutiques qui est actuellement de 12 p. 100 pour celles qui font de la publicité par la voie de la presse politique et de 2 p. 100 pour les autres, celui beaucoup plus simple d'une taxe unique de 5 p. 100.

M. Emile Vincent demanda la disjonction de cet article. Il fit remarquer que l'adoption de ce texte frapperait les médicaments les plus actifs jusqu'ici exonérés : sérums, solutions colloïdales, préparations radio-actives. Il ajouta que cette taxe atteindrait les malades.

La disjonction a été votée par 340 voix contre 202.

FOYER MÉDICAL. — M. André Fallières, ministre du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociales, inaugurera mardi prochain 20 décembre, à 17 h., le Foyer médical franco-international, 10, avenue d'Iéna. Il sera reçu par le Comité ayant à sa tête M. le professeur Charles Richet et le docteur H. Thiéry.

ERRATUM. — Dans la chronique sur l'inauguration d'un monument aux externes victimes du devoir, le nom de M. Halbron, qui figurait parmi les assistants cités par M. Babonneix, a été omis à l'imprimerie. Nous nous excusons de cette erreur.



3
2
4

REVUE GÉNÉRALE

SYNDROMES NON CLASSÉS A MONONUCLÉOSE

avec évolution aiguë ou subaiguë

Par le docteur TURRIÈS,
Chef de clinique médicale adjoint à l'École de médecine de Marseille.

La pathologie sanguine est tout entière dominée par le fait de la coexistence constante d'un syndrome clinique plus ou moins particulier avec un syndrome hématologique, qui identifie et rend autonomes les données de l'observation clinique pure. Ainsi sont actuellement définies de façon très précise les grandes routes de l'hématologie, les anémies, les leucémies.

Mais à côté des cas précédents il en existe d'autres où des réactions sanguines, non caractéristiques par elles-mêmes, accompagnent seulement dans un grand nombre de cas, et non pas toujours, des maladies par ailleurs nettement isolées et reconnaissables : ce sont les polynucléoses, les mononucléoses, les myélomatoses, symptomatiques; par exemple : les mononucléoses de la rougeole, de la fièvre typhoïde, du paludisme, de la variole, des oreillons, du kala-azar, etc., par exemple encore la myélémie de la variole, les diverses éosinophilies, etc. Dans toutes ces affections, la réaction hématologique, qui reste banale, ne fait que se surajouter, comme un symptôme supplémentaire, à la séméiologie de la maladie dont le diagnostic se pose par tout l'ensemble des autres signes cliniques.

Si on laisse de côté tous les groupements morbides précédents nettement classés dans la nosologie médicale, il faut avouer qu'on reste en présence de toute une série de types de transition que l'on rattache difficilement à tel ou tel syndrome exclusif. Sans rentrer dans l'examen de ces types de transition à évolution chronique (dont la réunion constitue le grand groupe des lymphadénies) nous désirons examiner ici divers syndromes, mal classés encore, étudiés surtout depuis ces dernières années et qui se caractérisent essentiellement par la prédominance dans la formule sanguine des éléments mononucléés au cours d'une évolution morbide variable mais en général courte.

Fournissons dès ici deux précisions nécessaires : c'est que, d'abord, nous entendrons sous le nom d'éléments mononucléés, ou mononucléaires, tous les éléments dont la caractéristique morphologique est de présenter un seul noyau ou un noyau monolobé; nous engloberons donc comme mononucléaires les lymphocytes et les monocytes, ainsi que les différentes cellules-souches. D'autre part la mononucléose peut être soit absolue (par augmentation *réelle* du nombre des mononucléaires), soit relative (par diminution des granulocytes et des polynucléaires, d'où prédominance *apparente* des mononucléés).

Les syndromes mal classés qui font l'objet de ce travail peuvent être groupés en trois catégories principales; ce sont :

— Les fièvres ganglionnaires;
— Les mononucléoses infectieuses;
— L'agranulocytose.

Nous allons étudier chacun de ces groupements, en en faisant d'abord l'analyse clinique, puis la critique nosologique.

ÉTUDE CLINIQUE

I. **La fièvre ganglionnaire.** — La maladie a été décrite par Pfeiffer sous le nom de « Drüsenfieber ». Moussous et Comby l'ont signalée en France; en 1895 Gourichon dans sa thèse a résumé la plupart des cas connus à ce moment. Dans ces dernières années, la fièvre ganglionnaire est peu signalée dans la littérature médicale, sauf dans les travaux anglo-saxons, parmi lesquels ceux de Letheby Tidy et Morley (1), Letheby Tidy et Daniel (2), et Stalberg (3).

Cliniquement, c'est une maladie aiguë, infectieuse et contagieuse qui s'observe surtout chez les jeunes sujets, et dont l'incubation paraît être de sept à huit jours. Le début est brusque avec température montant à 39 ou 40 degrés, abattement, nausées et malaise général. Bientôt les ganglions cervicaux, principalement ceux du groupe carotidien, se tuméfient et atteignent le volume de noisettes, déterminant une grosse augmentation du cou; l'affection est généralement unilatérale au début. Il n'y a ni œdème ni rougeur des téguments, pas de réaction douloureuse, seulement un peu de gêne fonctionnelle des mouvements de la tête et de la mâchoire.

La parotide et les glandes sous-maxillaires sont indemnes; les ganglions axillaires et inguinaux peuvent être parfois modérément hypertrophiés, de même que les mésentériques et les médiastinaux. Les amygdales et le pharynx sont soit légèrement enflammés, soit d'aspect normal; il n'y a pas de grosse angine. Mais Comby pense (4) que, avant l'adénite, il y a eu un premier acte léger et latent, c'est-à-dire une pharyngite, une amygdalite peu ou pas douloureuse; il signale même des épistaxis et des abcès rétropharyngiens.

Le foie et la rate sont quelquefois hypertrophiés, mais peu. Il n'y a aucune éruption.

La fièvre varie de durée et d'intensité; elle précède, accompagne et suit la manifestation ganglionnaire, en évoluant autour de 39 degrés au moment de la pleine évolution.

L'ensemencement du mucus pharyngé révèle des pneumocoques, strepto-staphylocoques.

La formule sanguine qui nous intéresse particulièrement ici se caractérise par une leucocytose modérée avec lymphocytose (5). La leucocytose s'élève à 15 ou 20.000 éléments, avec une proportion de lymphocytes pouvant atteindre 80 p. 100. L'atypie lymphocytaire est variable, mais parfois très marquée avec présence de lymphoblastes. Ces phéno-

(1) Letheby Tidy et Morley. *Brit. med. Journ.*, 26 mars 1921.
(2) Letheby Tidy et Daniel. *Lancet*, 7 juillet 1923.
(3) Stalberg. *Med. Journ. and Record*, 16 janv. 1924.
(4) Comby. *Presse méd.*, 3 janv. 1923.
(5) Les premiers travaux sur ce syndrome ne font aucune mention de l'état du sang.

mènes apparaissent avec l'engorgement ganglionnaire.

La maladie évolue en une quinzaine de jours et se termine favorablement, mais les ganglions restent longtemps palpables. Le pronostic est donc bon; toutefois dans quelques cas, des complications ont pu se manifester : suppuration des ganglions (ordinairement à streptocoques), otite moyenne, et surtout néphrite aiguë, hémorragique ou non, en général bénigne. P. Gautier a tout dernièrement insisté sur ces complications rénales (1).

La convalescence est lente, mais il n'y a pas ou peu de récidives.

Le diagnostic qui peut hésiter entre adénopathies cervicales aiguës banales, oreillons, adénites tuberculeuses réchauffées est en général facile à poser, à condition d'y penser.

Anatomiquement, on connaît mal l'affection, étant donné la bénignité de la maladie. Toutefois dans un cas suivi d'autopsie, Korsakoff a signalé l'hypertrophie de tous les ganglions, et la suppuration des ganglions cervicaux.

L'étiologie reste particulièrement obscure. L'évolution de la maladie, les épistaxis, les néphrites sont des arguments qui dénotent une origine infectieuse. Mais laquelle?

Stalberg (*loc. cit.*) pose la question des rapports de cette affection avec la grippe. En effet, les deux maladies coïncident assez souvent; on a même décrit la grippe à forme ganglionnaire, en particulier Rousseau Saint-Philippe (2). Toutefois, la fréquence de la grippe opposée à la rareté de la fièvre ganglionnaire vraie, la propagation non épidémique de cette dernière, les données hématologiques dissemblables, et beaucoup de détails symptomatiques différents, font qu'il est actuellement impossible de réunir les deux maladies et de préciser leurs relations exactes.

P. Gautier (*loc. cit.*) admet le rattachement de la fièvre ganglionnaire à une scarlatine atypique et fruste, en se basant sur la porte d'entrée pharyngée, les complications rénales communes. Il est difficile de se contenter de notions aussi vagues pour fusionner ces deux maladies, et P. Gautier lui-même admet seulement la possibilité du fait.

La majorité des auteurs invoque soit une infection banale d'origine pharyngée, soit l'existence d'une infection spécifique. Comby admet plutôt la première hypothèse : pour lui la fièvre ganglionnaire semble causée par le froid et l'humidité et vient compliquer la rhino-pharyngite chez de jeunes sujets. Par contre la plupart des auteurs anglo-américains semblent portés à voir ici une affection autonome due à un virus spécial et encore inconnu (3). Ces opinions peuvent être actuellement toutes deux soutenues avec de bons arguments. Cependant l'évolution toujours la même de l'affection, son allure souvent cyclique, la spécificité hématologique (discutée d'ailleurs par de Lavergne, comme nous le verrons plus loin) plaident avec assez d'éloquence en faveur d'une maladie spéciale, demandant sa place propre en nosologie. Nous y reviendrons plus loin.

(1) P. Gautier. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1921, t. XVI; p. 130-135.

(2) Rousseau Saint-Philippe. *Acad. de méd.*, 2 avril 1926.

(3) L'absence de lésions dentaires ne permet pas d'invoquer un point de départ apexien.

Le traitement, outre les indications hygiéno-diététiques qui sont celles de tout état infectieux, consiste à désinfecter le naso-pharynx. On pourra employer ici utilement les badigeonnages iodo-iodurés. Au cas de non-résolution des ganglions, il sera permis d'essayer des onctions quotidiennes avec une pommade à l'iodure de plomb et de potassium.

II. **La mononucléose infectieuse.** — Ce syndrome, décrit récemment en Amérique, en particulier par Sprunt et Evans (1), a fait l'objet de travaux surtout anglo-américains dont nous citerons plus loin les principaux. En France, il y a lieu de relever essentiellement les publications de : de Lavergne et Pilod (2), Hatzieganu et Goia (3), Chevallier et Parent (4), Carnot et ses élèves (5). De cet ensemble d'observations ressort la physionomie de l'affection. Dans tous les cas, les symptômes sont si exactement comparables qu'ils semblent bien constituer un syndrome clinique.

Cliniquement, il s'agit d'adultes jeunes qui présentent un début aigu fébrile, après une période de malaises ou une rhino-pharyngite. On a rapidement les signes d'une infection générale mal caractérisée, avec température aux alentours de 39° le soir. Ce qui est essentiel dans le tableau clinique peut être ainsi résumé :

La gorge est d'une rougeur diffuse, avec amygdales bombées, et exsudats d'aspect variable et inconstants. L'ensemencement du mucus pharyngé a pu mettre en évidence un streptocoque non hémolytique. Les ganglions cervicaux s'hypertrophient rapidement et deviennent sensibles. Le groupe postérieur ou sous-angulo-maxillaire paraît le plus atteint, et l'adénopathie, quoique bilatérale, est à prédominance unilatérale. Les ganglions des autres territoires lymphatiques sont également souvent augmentés de volume, à l'aisselle, à l'épitrochlée, aux aines. Chevallier a rapporté récemment (6) un cas d'adénopathie inguinale, présentant les caractères hématologiques que nous allons étudier, et qu'il rattache à une localisation un peu anormale de la mononucléose infectieuse; ce cas fut suivi de deux récidives avant la guérison définitive.

La splénomégalie existe, mais légère et passagère. Il n'y a pas de signes pulmonaires, le Wassermann est négatif, de même que les hémocultures.

(1) Sprunt et Evans. *Bull. of the John hopkins Hosp.*, nov. 1920, t. XXXI, n° 358.

(2) Lavergne et Pilod. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 25 mai 1923.

(3) Hatziéganu et Goia. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1925, p. 69.

(4) Chevallier et Parent. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1927, n° 15.

(5) Carnot. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1927.

(6) Chevallier. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1927, n° 15.

La formule sanguine est caractéristique. Les anomalies portent uniquement sur la série blanche; les hématies, les hématoblastes, le taux de l'hémoglobine ne sont en rien modifiés. Mais le nombre des leucocytes, normal au début, passe de 15 à 20.000 au bout de quelques jours. Le pourcentage des mononucléaires va de 50 à 90 p. 100, même si (cas exceptionnels) la leucopénie remplace l'hyperleucocytose. Les éléments envisagés sont : les uns normaux, comme lymphocytes et monocytes typiques, les autres anormaux : noyau excentrique, bilobé ou dentelé, quelquefois pseudo-leucémique. Mais toutes ces formes appartiennent à la série lymphoïde. Un type de formule leucocytaire est le suivant (Sprunt et Evans) : 50 p. 100 de petits leucocytes, 4 p. 100 de grands leucocytes, 17 p. 100 de formes de transition, 29 p. 100 de polynucléaires (1).

L'évolution de la maladie est toujours bénigne et la guérison est complète au bout de huit à quinze jours. Toutefois, les anomalies sanguines peuvent persister quelque temps après l'épisode aigu; elles reviennent ensuite à la normale. La polyadénopathie peut également mettre quelque temps à se résoudre; les récidives ne sont pas exceptionnelles, mais passagères. Le pronostic est donc favorable.

Le diagnostic peut être difficile au début avec une leucémie aiguë, mais l'évolution et la formule sanguine feront la différence. D'autre part, les infections spécifiques, capables d'engendrer de la mononucléose (voir plus haut), sont faciles à mettre en évidence par leurs signes propres et leur mononucléose beaucoup moins accentuée. Nous reviendrons plus loin sur les rapports de la mononucléose infectieuse avec les différents groupes morbides.

Anatomiquement, les biopsies ont pu déceler de l'inflammation ganglionnaire, mais sans aucune lésion histologique caractéristique : les follicules sont hypertrophiés, avec encombrement des sinus, et cellules lymphoïdes anormales analogues à celles du sang. Il y a, de même, gonflement des éléments réticulo-endothéliaux. Aucune polynucléose, pas de nécrose. L'aspect est donc un peu analogue à celui d'une leucémie lymphatique au début.

L'étiologie est tout à fait obscure. La maladie frappe de jeunes sujets. On connaît quelques cas de contagiosité et même d'épidémicité, mais la majorité des observations concernent des cas sporadiques. D'ailleurs, la fréquence même de l'affection est mal connue, car c'est là un diagnostic qui ne vient pas rapidement à l'esprit.

Les auteurs américains admettent le plus généralement l'existence d'une maladie infectieuse spécifique dont l'agent pathogène, encore inconnu, pénètre par les amygdales ou les voies respiratoires supérieures, et va produire une altération légère et transitoire des organes hématopoiétiques. Nous étudierons plus loin les relations de cette affection avec la fièvre ganglionnaire. Ce qu'il y a à retenir, c'est donc essentiellement l'inconnue du problème. Signalons simplement que Hatzieganu et Goia parlent accidentellement d'un agent spirochétosique, et que Carnot a trouvé un fuso-spirille dans des ulcérations amygdaliennes.

(1) Dans l'observation de Carnot et ses élèves (loc. cit.), l'hyperleucocytose portait uniquement sur les monocytes; ces éléments prédominaient également dans le cas d'Hatziéganu et Goia (loc. cit.), d'où le nom d'angine à monocytes.

Le traitement sera à peu de chose près celui de la fièvre ganglionnaire. Etant donné la bénignité naturelle de la maladie, il sera surtout hygiénique et diététique.

III. **L'agranulocytose.** — Ce syndrome a été décrit pour la première fois par Schulz (de Berlin) en 1922, et depuis lors, il a été presque exclusivement étudié par les auteurs allemands. Le premier cas publié en France est celui de Flandrin (1). Deux études d'ensemble, très détaillées, ont paru dans la *Presse médicale*, l'une de Roch et Mozer (2), l'autre de Mouzon (3).

Cliniquement, la maladie se voit, sinon exclusivement, du moins beaucoup plus fréquemment chez la femme. Le début est, en général, soudain et même brutal. L'évolution est rapide, d'une durée totale de quelques jours à quelques semaines, aboutissant le plus souvent à la mort. On a signalé quelques cas de guérison, mais ces observations sont discutées.

Pendant toute cette durée, l'affection se caractérise par trois ordres de symptômes constants : une angine gangréneuse — des signes généraux graves — une formule leucocytaire toute spéciale.

L'*angine* qui ouvre, en général, la série (pas toujours cependant), réalise très rapidement le tableau du noma bucco-pharyngé le plus typique, sur la description duquel nous n'insisterons pas. Aussi, croit-on au début volontiers, soit à une diphtérie maligne, soit à une angine de Vincent, secondairement compliquées d'infection gangréneuse. Mais l'adénopathie cervicale reste absente ou modérée, et les examens bactériologiques éliminent rapidement ces deux possibilités. Des processus gangréneux peuvent d'ailleurs se voir en d'autres points, à l'anus, à la vulve, à la peau, etc.

Les *signes généraux* sentent l'infection, mais sont assez banaux : la fièvre est élevée à 39 ou 40°, sans aucun caractère particulier; le malade est prostré avec quelquefois des manifestations ataxo-adynamique ou une euphorie paradoxale. Les divers organes peuvent présenter quelques troubles dépourvus de toute spécificité : tachycardie, albuminurie légère, subictère inconstant, hépato- et splénomégalie modérées. Quant aux hémocultures, elles sont négatives, sauf de simples septicémies agoniques.

C'est la *formule sanguine* seule qui fait faire le diagnostic; elle est pathognomonique. Elle ne décèle aucune anomalie du côté de la série érythrocytaire, aucun signe de diathèse hémorragique, en général. Cependant, quelques observations, dont celle de Flandrin, signalent des hémorragies varia-

(1) FLANDRIN. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 oct. 1926.
(2) ROCH et MOZER. *Presse méd.*, 15 sept. 1926.
(3) MOUZON. *Presse méd.*, 3 oct. 1926 (avec une bibliographie complète).

bles. La perturbation porte uniquement sur les leucocytes qui offrent des particularités toute spéciales. D'abord, il y a une leucopénie très marquée, audessous de 1.500 globules blancs, quelquefois seulement aux environs de quelques centaines; on peut même, vers la fin, ne trouver aucun leucocyte. En outre (et ceci est l'essentiel), les rares globules blancs qu'on rencontre sont à peu près uniquement des lymphocytes et des monocytes; on retrouve à peine 5 à 10 p. 100 de polynucléaires neutrophiles. Il n'y a ni éosinophiles, ni basophiles. De cet ensemble caractéristique découle le nom d'agranulocytose. Un fait important à signaler est que tous les éléments leucocytaires précités sont normaux; il n'y a pas de cellules embryonnaires du type de la leucémie aiguë.

La leucopénie combinée à l'agranulocytose indique une atteinte portant globalement sur tous les éléments blancs, mais avec prédominance très marquée en ce qui concerne les granulocytes.

Le diagnostic, qui se pose exclusivement par l'étude hématologique, peut présenter un certain nombre de difficultés pour lesquelles nous renvoyons à l'étude nosologique.

Anatomo-pathologiquement, on a peu de renseignements. Il y a lieu cependant de mettre en évidence les points suivants :

En premier lieu, le fait que les infiltrations inflammatoires qui entourent les foyers gangréneux sont à peu près exclusivement composés de lymphocytes et monocytes, comme la formule sanguine. L'afflux normal des polynucléaires fait complètement défaut.

D'autre part, la moelle osseuse présente, elle aussi, la même agranulocytose. Ses frottis montrent qu'elle ne contient ni polynucléaires, ni myélocytes, ni myéloblastes. La majeure partie des éléments figurés sont de la série lymphocytaire. Corrélativement, elle a perdu ses propriétés protéolytiques. Toutefois, les éléments de la série rouge et les mégakaryocytes sont absolument normaux.

Les frottis et cultures des régions ulcérées et de la moelle n'ont donné que des résultats banaux et discordants.

La pathogénie de cette affection est totalement inconnue. On s'est demandé si les ulcérations buccopharyngées ne seraient pas le point de départ d'une infection générale ultérieure. A l'exception de Friedemann, la majorité des auteurs pense au contraire que l'angine ne commande ni les signes généraux, ni les signes hématologiques; il y aurait lieu de ne voir dans le noma qu'un simple témoin, chronologiquement secondaire, d'une moindre résistance de l'organisme aux infections banales.

Mais, s'il s'agit ensuite de préciser la nature et le mécanisme de cette agranulocytose, on est parfaitement incapable, comme l'écrit Mouzon, de faire un pas hors du domaine des hypothèses. Sans s'arrêter à l'idée d'une débilité particulière du système granulocytaire, on peut invoquer principalement la possibilité d'une toxi-infection spécifique, sidérant électivement la moelle osseuse dans son fonctionnement granulocytogène.

A-t-on affaire à une infection? A un agent morbide vivant et doué d'une activité lytique puissante vis-à-vis des polynucléaires et des cellules-souches? La réalité d'une telle infection n'est pas démontrée : aucun essai expérimental n'a reproduit la maladie chez l'animal; et les données cliniques et épidémiologiques ne sont pas assez précises pour emporter la conviction.

A-t-on affaire à une intoxication leucolytique, analogue à celle réalisée par l'action du benzol sur le sang des cobayes? Dans ce cas, en effet, les polynucléaires et les myélocytes sont plus fréquemment et plus intensément atteints que les mononucléaires. Mais ici encore aucun fait positif ne vient soutenir l'hypothèse qui demeure une possibilité.

Il semble que, en réalité, le plus sage soit seulement de bien préciser pour l'instant les directions dans lesquelles les recherches pathogéniques doivent s'engager. Avec David (1), on peut envisager les trois voies suivantes et distinguer : une agranulocytose par destruction leucocytaire dans le sang périphérique, une agranulocytose par obstacle à la dissémination des leucocytes de la moelle dans la circulation générale et une agranulocytose par défaut de leucopoïèse médullaire. Ce dernier cas serait le plus fréquent. Quant à la cause perturbatrice, elle reste mystérieuse, comme la majorité des étiologies des maladies du sang.

La thérapeutique de l'agranulocytose est aussi vaine que le mécanisme en est obscur. Ni l'arsenic, ni diverses sérothérapies, ni les transfusions sanguines n'ont jusqu'à présent réussi à arrêter la marche ordinairement fatale de l'affection.

IV. **Conclusions cliniques.** — Il existe un certain nombre de syndromes cliniques caractérisés :

D'une part, par un état toxi-infectieux, d'évolution aiguë avec terminaison, soit fatale, soit favorable, et accompagné de manifestations pharyngées plus ou moins graves, avec ou sans réactions ganglionnaires.

D'autre part, par l'existence d'une formule leucocytaire à prédominance marquée de mononucléaires, cette mononucléose pouvant être, soit absolue, soit relative (agranulocytose). *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1927)

Sur les effets de la piqûre du IVe ventricule : hyperallantoïnurie et troubles de la régulation thermique. — MM. Angel ESTABLIER Y COSTA et Charles KAYSER.

Influence de la section d'un nerf sur l'excitabilité générale du système nerveux. — MM. J.-E. ABELOUS et H. LASSALLE.

Action de la N-méthyl-granatoline sur la circulation, le pneumogastrique et le cœur. — MM. Michel POLONOWSKI et René HAZARD.

(1) DAVID, *Med. Klin.*, 14 août 1925.

Influence de quelques électrolytes sur les phénomènes d'agglutination. — MM. Maurice Piettre et André Chrétien.

Lois de l'action pathogène. — M. Jules Amar.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 13 DÉCEMBRE 1927)

Après le rapport général sur les prix décernés en 1927 par M. Souques, secrétaire annuel, et la proclamation des prix par M. Gley, président, la parole est donnée à M. Vaquez pour prononcer l'éloge de Potain.

Éloge de Potain. — Il est peu de figures qui inspirent autant le respect que celle de Pierre-Carl Potain, dont M. Vaquez vient de prononcer l'éloge :

« Potain ne fut qu'un médecin, mais il le fut dans la plus noble expression : oubli de soi-même, dévouement à la science et à ceux qui souffrent. La renommée qui lui vint par surcroît ne l'enorgueillit jamais; il prisait plus un service rendu ou la solution d'un problème difficile, il y trouva la joie. »

Potain naquit à Paris en 1825, il appartenait à une longue lignée de médecins qui exerçaient dans la région de Saint-Germain-en-Laye depuis 1662. Son père avait interrompu la tradition. Potain la reprit avec éclat.

Il fit ses études à Paris, se lia avec quelques camarades Lacaze-Duthiers, Axenfeld et Parrot d'une amitié indissoluble. Après avoir été le collègue d'internat de Charcot, Vulpian et Trélat, avoir eu deux fois le choléra au cours de son service, il fut pendant quelque temps médecin adjoint de Baillarger à Ivry, mais sous l'influence d'Axenfeld il revient à la Clinique avec Bouillaud, en 1861 il est agrégé et médecin des hôpitaux et commence à devenir, « suivant le pronostic de Trousseau, le premier clinicien de Paris ».

En 1870, il s'engage dans un bataillon de marche et fait la campagne sous Paris. En 1876, il est nommé professeur de pathologie interne puis remplace bientôt son ami Axenfeld comme professeur de Clinique. En 1882 il passe à l'hôpital de la Charité, en 1883 il est membre de l'Académie de médecine, et en 1893 membre de l'Institut.

« La physionomie de Potain a été bien souvent décrite. Certes, la nature ne s'était pas mise en frais pour lui. Un grand corps maigre, à demi-voûté, d'apparence chétive; une figure longue, ascétique, asymétrique, sillonnée de rides profondes et encadrée de favoris clairsemés; un nez proéminent surplombant une bouche aux lèvres minces ; un crâne osseux, comme martelé, entouré d'une couronne de rares cheveux grisonnants et tombant sur la nuque; mais, dans cette disgrâce, que de beautés plus précieuses que la beauté elle-même : une résistance physique à toute épreuve due à l'entraînement quasi-spartiate de la jeunesse, un regard toujours pénétrant bien qu'un accident eût entraîné la perte d'un œil; une ouïe restée jusqu'au dernier jour remarquablement fine; on prétendit, il est vrai, qu'il était devenu sur le tard un peu dur d'oreille, mais c'était là propos de médisants qui eussent pris volontiers leurs désirs pour des réalités, et si parfois il semblait n'avoir pas entendu c'est que cela n'en valait pas la peine. Enfin, ce qui illuminait ces traits et les rendait presque agréables, c'était l'expression de douceur et de constante indulgence qui les animait et extériorisait pour ainsi dire l'exquise qualité de son âme.

« Ponctuel dans ses fonctions de médecin d'hôpital, comme dans toutes ses occupations professionnelles, Potain arrivait régulièrement dans son service le matin à 8 h. 1/2 et procédait tout de suite à sa visite. Il passait devant chaque lit et répondait affectueusement aux malheureux qui semblaient quêter de lui un conseil, un encouragement, ne fût-ce qu'un regard. Il s'arrêtait plus longuement quand le cas était particulièrement intéressant. Là il était plus à l'aise pour enseigner que dans l'amphithéâtre, car si son élocution était facile, claire et élégante, le timbre de sa voix, naturellement faible, s'accommodait mal d'un grand auditoire. Aussi, par nécessité comme d'ailleurs par goût, Potain préférait-il un cercle restreint d'assistants et d'élèves devant lesquels il pouvait parler sur le ton de la conversation. Il interrogeait alors les malades, faisant part, chemin faisant, à ceux qui l'écoutaient, de ses observations, les conviait à contrôler les signes qu'il avait notés, les remettait dans le droit chemin s'ils s'en étaient écartés et les conduisait par la main, pour ainsi dire, au but qu'il avait atteint lui-même. C'était la vieille manière; il ne faut pas trop en médire, sous peine de nous dénigrer, car cette éducation « à la française » a formé nombre de médecins qui ont porté au loin le renom de notre pays.....

« ... A la fin de décembre 1900 Potain atteignit l'âge de la retraite. Il en conçut un profond chagrin, et ceux qui assistèrent à sa dernière leçon le comprirent à son émotion. Le jour du départ il nous serra la main sans rien dire; quelques larmes coulèrent sur son visage.

« Le 1er janvier 1901, Teissier et moi, nous allâmes comme d'habitude lui présenter nos vœux. Le voyant triste nous tâchâmes de le réconforter, lui rappelant que Marey se faisait une joie de travailler désormais avec lui et qu'il était assuré de trouver auprès de nous, pour continuer ses recherches, l'accueil que des fils doivent à leur père. Suivant une coutume ancienne il nous embrassa puis, après nous avoir remerciés et comme s'il avait eu un sombre pressentiment, il ajouta : « Non, voyez-vous, c'est bien fini, quand la fonction est éteinte, l'organe doit disparaître. »

« Quelques jours plus tard, se sentant un peu souffrant, il s'était couché plus tôt que d'ordinaire. Vers minuit son domestique entra dans sa chambre et vit qu'il ne respirait plus. Il s'était éteint discrètement, comme il avait vécu, et la mort lui avait été plus douce encore que la vie.

« Le 8 janvier nous le conduisîmes à sa dernière demeure. Une foule émue et silencieuse entourait son cercueil; la douleur était unanime et sincère, et l'on écrivit sur lui cette belle phrase : « Paris serait couvert d'un crêpe si chacune des familles, où le docteur Potain apporta la confiance et la vie, prenait le deuil ce soir. » .....

« L'œuvre de Potain fut comme le reflet de sa vie toute de méthode et de probité ». Il fut un grand observateur, mais il fut aussi un novateur et il consacra tous ses soins à perfectionner les procédés d'examen et à en inventer.

Parmi ses amis quelques-uns furent ses conseillers : « Lacaze-Duthiers, un naturaliste, Marey, François Franck, Malassez, des expérimentateurs, des physiologistes ».

Sous leur heureuse influence nous voyons Potain obtenir de l'Administration un laboratoire annexé à son service de clinique. Innovation qu'il paya d'ailleurs de sa poche.

Nous le verrons plus tard adjoindre à sa clinique un service de radiologie.

Potain est toujours à la recherche du nouveau, il se fait inventeur. On lui doit le sphygmomanomètre, le mélangeur de l'hématimètre de Malassez, l'aspirateur, qu'il refuse d'ailleurs de faire breveter pour ne pas nuire aux malades.

Ce clinicien, ce chercheur, ce travailleur infatigable était un « écrivain discret » il n'a publié que deux ouvrages de longue haleine : les *Leçons cliniques de la Charité* suivies de mémoires sur les souffles cardio-pulmonaires et sur le choc de la pointe du cœur, et un livre sur la pression artérielle.

M. Vaquez nous montre que ce dernier livre est toujours d'actualité. » Il nous donne par surcroît une leçon d'humilité puisque, plus de vingt-cinq ans après la mort de son auteur, nous n'avons pas résolu le problème dont il avait posé les termes. »

Quel plus bel éloge peut-on faire d'un savant dont le nom reste l'objet de la vénération de tous.

PRIX DÉCERNÉS EN 1927

Prix de l'Académie (1.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix du Prince Albert Ier de Monaco (100.000 fr.). — Le prix n'a pas été décerné.

Prix Alvarenga de Piauhy [Brésil] (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Charles Petiteau, préparateur de physiologie à la Faculté de Bordeaux.

Prix Apostoli (800 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Argut (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Daniel (de Marseille).

Prix François-Joseph Audiffred (un titre de 24.000 fr. de rente). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement, les subventions suivantes : 2.000 fr. à M. le Dr Guinard, des sanatoriums de Bligny; 2.000 fr. à MM. les Drs Léopold Nègre et Alfred Boquet, chefs de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris. Une mention honorable est accordée à M. Lesbouyries, chef de clinique à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, et à M. le Dr Albert Vaudremer (de Paris).

Prix du Baron Barbier (2.500 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante : 1.500 fr. à M. le Dr Christian Zoeller, professeur agrégé au Val-de-Grâce; 1.000 fr. à M. Edm. Plantureux, docteur vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur d'Algérie. Une mention très honorable est accordée à MM. les Drs Galli-Valerio et Bornand, Institut d'hygiène expérimentale et de parasitologie à l'Université de Lausanne (Suisse).

Prix Barthélemy (3.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Berraute (un titre de 3.092 fr. de rente 3 p. 100). — L'Académie partage les arrérages du prix de la façon suivante : 1.892 fr. à MM. le Dr Ball, professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon, et Ch. Lombard, chef des travaux à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon; 1.200 fr. à MM. les Drs J. Surmont, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris; G. Ardoin, chef de laboratoire à l'hôpital de la Charité, et A. Sava (de Paris).

Prix Mathieu Bourceret (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Lambert, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Prix Henri Buignet (1.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Paul Fleury (de Paris).

Prix Elise Cailleret (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Rouzaud (de Toulouse).

Prix Capuron (1.800 fr.). — Le prix n'a pas été décerné.

Prix Marie Chevallier (9.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jean Chabaud (de Reims).

Prix Chevillon (2.500 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Civrieux (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à Mlle le Dr Gabrielle Lévy (de Paris).

Prix Clarens (500 fr.). — Le prix n'a pas été décerné.

Prix Daudet (2.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Desportes (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Bizard et Marceron.

Prix Ferdinand Dreyfous (2.800 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Fondation Ferdinand Dreyfous (1.400 fr.). — Les arrérages de cette fondation sont décernés à titre d'encouragement à M. Maurice Coffin (de Paris).

Prix Ernest Godart (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Marc Iselin (de Paris). Une mention honorable est accordée à MM. les Drs Laubie (de Donzenac, Corrèze) et Jean Torlais (de La Rochelle).

Prix Jacques Guérétin (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Etchegoin, de l'Institut Pasteur, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Pierre Guzman (un titre de rente de 2.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Théodore Herpin [de Genève] (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Thévenard (de Paris). Deux mentions honorables, l'une à M. le Dr Petouraud (de Lyon); l'autre à M. le Dr Potet (de Nancy).

Prix Henri Huchard (8.000 fr.). — L'Académie a décerné le prix à la mémoire du Dr Jean Clunet et à sa veuve Mme Clunet, née Marquet. Des mentions très honorables sont attribuées à la mémoire des médecins aides-majors Biessy et Glénisson.

Prix Itard (2.400 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Libert (de Paris).

Prix Laborie (6.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix du Baron Larrey (500 fr.). — L'Académie partage le prix entre : 1° MM. les Drs Villard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, et G. Duclos, préparateur à ladite Faculté; 2° MM. Jean Jacquemart, médecin-major de la section technique du Service de santé, et Charles Clavelin, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à Paris.

Fondation Laval (1.200 fr.). — L'Académie attribue, à titre d'encouragement, les arrérages du prix Laval en 1927 à M. Casalis, élève en médecine.

Prix Le Piez (2.000 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante, en accordant : 666 fr. 65 à M. le Dr Jean-Noël Péron (de Suresnes); 666 fr. 65 à M. le Dr Castéran (de Paris); 666 fr. 70 à M. le Dr Arthur Vallée, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Laval (Canada).

Prix Leveau (2.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Clotilde Liard (5.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr G. Loiseau, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, et à M. A. Lafaille, interne à l'hôpital Pasteur.

Prix Henri Lorquet (300 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Lévy-Valensi (de Paris).

Prix Magnan (3.500 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix A.-J. Martin (1.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le prof. E. Galemaerts (de Bruxelles). Une mention honorable est accordée à M. le Dr Toulant (d'Alger).

Prix Adolphe Monbinne (1.500 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante en accordant : 800 fr. à MM. Ach. Urbain et J. Barotte, vétérinaires à Paris; 400 fr. à M. le Dr Abbatucci, médecins principal des troupes coloniales (Paris); et 300 fr. à M. le Dr Henri Marcel, médecin auxiliaire de l'Assistance médicale à Hanoï.

Prix Nativelle (600 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Oulmont (1.000 fr.). — Ce prix, destiné à l'élève en médecine qui a obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (médecine), est décerné à M. Raymond Garcin (de Paris).

Prix Pannetier (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr André Léri. Des mentions très honorables sont accordées à M. le Dr Henry Chabanier, chef de laboratoire à la Faculté (hôpital Necker), à Paris; MM. les Drs Robert Debré et Pierre Joannon; M. Stéfan Mutermilch, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; M. le Dr Achille Urbain (de l'Institut Pasteur).

Prix Portal (1.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Potain (2.400 fr.) — L'Académie décerne le prix à M. le Dr André Aubin, ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Prix Pourat (1.200 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Jean Reynal (1.200 fr.). — L'Académie décerne le

prix à M. le Dr Bidault, vétérinaire principal de l'armée, directeur du laboratoire de microbiologie, à Paris.

PRIX PHILIPPE RICORD (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Noguès et Durupt (de Paris).

PRIX ROUSSILHE (10.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr J. Jacobson (de Paris).

PRIX MARC SÉE (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Mercklen, préparateur des travaux de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy.

PRIX TARNIER (4.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Claude Béclère, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX VERNOIS (800 fr.). — L'Académie divise le prix de la façon suivante, en accordant : 400 fr. à M. le Dr Estéoule (de Paris); 200 fr. à M. le Dr Paul Tissier (de Paris); et 200 fr. à M. le Dr G. Ichok (de Ville-d'Avray), professeur à l'Ecole des Hautes Etudes sociales.

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé et M. le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a bien voulu accorder les récompenses ci-après aux personnes qui se sont particulièrement signalées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies observées en France et dans les pays de protectorat pendant l'année 1926.

Rappels de médailles d'or, à : MM. les Drs Bauzon, médecin des épidémies de l'arrondissement de Chalon-sur-Saône, et Ott, inspecteur départemental d'hygiène de la Seine-Inférieure.

Médailles d'or, à : MM. les Drs Ginestous, médecin des épidémies de l'arrondissement de Bordeaux; Paquet, inspecteur départemental d'hygiène de l'Oise; Emeric, inspecteur départemental d'hygiène de la Loire.

Médaille d'argent, à : M. le Dr Broquin-Lacombe, inspecteur départemental d'hygiène de l'Aube.

Médailles de bronze, à : MM. les Drs Chapuis, inspecteur départemental d'hygiène de l'Aisne; et Villejean, directeur de la Santé Maritime de Cherbourg.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé et, par son arrêté, M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a bien voulu accorder pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1926, des médailles d'honneur de l'hygiène publique aux personnes dont les noms suivent :

Médaille d'or, à : M. le Dr Emile Roux (de Saint-Nectaire).

Médaille de vermeil, à : M. le Dr A. Corone (de Cauterets).

Rappels de médailles d'argent, à : MM. les Drs Constant (de Vittel), décédé, et Pouy (de Capvern); M. André Cussac (de Dieppe), docteur en pharmacie.

Médaille d'argent, à : M. le Dr Baqué (de Luchon).

Rappels de médailles de bronze, à : MM. les Drs Armengaud (de Cauterets) et Parturier (de Vichy) [en collaboration avec M. Dausset].

Médailles de bronze, à : M. Dausset, chef de laboratoire de physiothérapie à l'Hôtel-Dieu (en collaboration avec M. Parturier); M. le Dr Girard (de Toulouse).

SERVICE DE LA VACCINE. — L'Académie accorde, pour le service de la vaccine, en 1926 :

Médaille d'honneur, à : M. le Dr Colombani (de Rabat, Maroc).

Rappel de médaille de vermeil, à : M. le Dr Thierry (de Paris).

Médailles de vermeil, à : MM. les Drs Ferriol (de Marrakech, Maroc), Hermant (de Vinh, Annam), Ch. Ott (de Rouen).

Rappels de médailles d'argent, à : MM. les Drs Cange et Huguenin (de Paris).

Médailles d'argent, à : MM. les Drs Baude (de Douai), Bouveret (de Mogador, Maroc), Calbairac (de Kouang-Tchéou-Wan), Chapeyrou (de Thanh-Hoa, Annam), Lobligeois (de Paris), Mary (du Bourget), Richard (de Champigny), Tardieu (de Tourane, Annam), Virey (de Paris).

Rappels de médailles de bronze, à : MM. les Drs Abramoff, Bing, Joly, Oguse et Vincent (de Paris).

Médailles de bronze, à : MM. les Drs Agostini (de Cassis), Armani (d'Alger), Biard (de Paris), Bory (de Nanterre), Bouchard (de Paris), Chapuis (de Boujad (Maroc), Delage (du Laos), Durel et Duvoir (de Paris), Huillet (de Soctrang, Cochinchine), Izard (de Paris), Lardier (de Clichy), G.-L. Lévy et Meyer (de Paris), Montagnol (d'Orléans), Netter, Pelisse et Signoret (de Paris), Valeton (de Salé, Maroc), Wallimann et Mme le Dr Héron de Villefosse (de Paris).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2.000 francs destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux lauréats dont les noms suivent les distinctions suivantes :

Médaille d'argent. — MM. les Drs Cougoule, inspecteur départemental de l'Assistance publique de la Haute-Garonne; Macaigne, médecin inspecteur des maisons de santé, d'accouchement et de sevrage (Seine).

Médaille de bronze. — M. le Dr Sicard, inspecteur de la protection des enfants du premier âge (Seine).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1927)

Sur le rôle de la syphilis dans la détermination des affections cardio-vasculaires. — M. Maurice RENAUD rappelle ici l'importance des données sérologiques obtenues par la méthode qu'il emploie depuis quatre ans et qui lui permet de déterminer avec une quasi-certitude s'il existe des accidents syphilitiques en évolution.

Les traitements les plus poussés par l'arseno-benzol, faits en dehors des périodes de grande insuffisance d'un organe essentiel, sont généralement admirablement supportés par les malades dont il est ici question. Dans une très importante série de cas, l'auteur, s'il n'a jamais pu noter d'améliorations dues à la médication, n'a jamais du moins eu à regretter d'avoir institué un traitement d'épreuve.

M. René BESNARD partage l'opinion de M. Donzelot et considère que le traitement doit être conseillé toutes les fois que le foie ou le rein ne sont pas trop lésés.

M. AUBERTIN n'a jamais constaté d'accidents purement cardiaques par le traitement. Toutefois le traitement spécifique ne doit pas être institué au cours de l'insuffisance cardiaque ou quand le malade est menacé d'insuffisance. Il n'a jamais constaté de signes d'aggravation par réactivation des lésions. Il faut surtout faire un choix dans les médications, et si le foie et le rein sont touchés proscrire l'arsenic et le bismuth. Dans tous les cas on doit éviter les doses massives d'arseno-benzol. L'auteur donne la préférence au cyanure qui lui a permis de constater de très grandes améliorations.

De l'importance de la syphilis au point de vue cardio-vasculaire. Déductions thérapeutiques. — M. C. LIAN déclare au point de vue thérapeutique :

I. *Dans la syphilis cardio-vasculaire avérée.* — En cas d'insuffisance cardiaque, il y a lieu de soigner d'abord le malade sans tenir compte de la syphilis, et c'est seulement après amélioration notable qu'on instituera le traitement antisyphilitique.

II. *En l'absence de signes ou de présomptions cliniques ou sérologiques de syphilis.* — Le traitement d'épreuve s'impose pour les aortites, les artérites viscérales, l'hypertension artérielle, souvent chez les sujets de trente à quarante ans, moins

souvent chez ceux de cinquante ans, rarement chez ceux de soixante ans, exceptionnellement au delà de cet âge.

A propos du traitement des aortites syphilitiques. La base anatomique des notions de syphilis de l'aorte et d'aortite syphilitique. — MM. G. Caussade et André Tardieu rappellent que la syphilis au début provoque de la péricapillarite et qu'il n'est pas rare d'observer chez des sujets récemment infectés, morts d'affection intercurrente, une altération typique des vasa-vasorum, consistant en un épaississement des parois avec ou sans thrombose. Il est possible que cette altération, poursuivant son évolution, aboutisse à des lésions dégénératives dont l'athérome, avec ses incrustations de cholestérine et de carbonate de chaux ne représentent, peut-être, que les manifestations ultimes évidentes.

Ainsi l'anatomie pathologique enseignant que sur des coupes d'aortite chronique les lésions histologiquement caractéristiques de la syphilis de l'aorte peuvent s'intriquer, il n'y a pas lieu en pratique, en dehors des cas où l'on constate l'une des contre-indications précisées par M. Laubry ou par M. Donzelot, de refuser aux aortiques le traitement spécifique, seul susceptible d'enrayer l'extension des lésions soupçonnées.

Lèpre avec cypho-scoliose. — MM. Babonneix, Touraine et Widiez présentent un adulte atteint de lèpre évidente, ainsi qu'en témoignent les taches hyperchromiques et achromiques de la peau, la présence de lépromes sur les troncs nerveux, etc., et chez qui on constate une cypho-scoliose manifeste. Comme on ne peut admettre ni que le malade est atteint à la fois de lèpre et de syringomyélie, ni que la syringomyélie puisse compter au nombre de ses symptômes les taches pigmentaires et l'hypertrophie des troncs nerveux, force est de conclure, contrairement à l'opinion classique, que la lèpre peut, elle aussi, se compliquer de cypho-scoliose.

Cancer pulmonaire primitif à forme hémorragique. — MM. Pr. Merklen et M. Wolf rapportent le cas d'une malade de vingt-sept ans qui, pendant plus d'un an, présenta des hémoptysies pour ainsi dire quotidiennes : crachats hémoptoïques, rejet de sang pur ou crachats teintés de sang.

L'autopsie montra deux blocs cancéreux dans le poumon gauche et une dissémination à type granulique dans le poumon droit. Histologiquement, cancer atypique des poumons dont il fut impossible de déterminer l'origine alvéolaire ou bronchique.

Quoique souvent mis en lumière, le tableau morbide du cancer du poumon avec hémoptysie pour note émergente n'est pas de ceux dont la connaissance est assez répandue pour que l'erreur de diagnostic soit facilement évitable.

Nævus variqueux ostéo-hypertrophique. — MM. Sézary et Lichtwitz ont eu l'occasion d'observer un malade atteint d'une variété spéciale de nævus variqueux ostéo-hypertrophique du membre inférieur droit. Au nævus radiculaire et aux varices de constatation courante, s'associaient un allongement du membre sans hypertrophie osseuse, et de l'atrophie musculaire.

Claudication intermittente et gangrène par spasme artériel. Guérison par le traitement insulinique. — MM. Ardin-Delteil, René Azoulay, Salles et Chauzal.

Pneumopathie à expectoration fétide fuso-spirillaire. — MM. Léon-Kindberg et R. Cattan. Observation d'une négresse de trente-six ans dont le principal symptôme fut une expectoration purulente putride, extrêmement riche en asso-

ciation fuso-spirillaire et sans signe de foyer à l'examen clinique et radiologique. Aucune lésion des voies supérieures ne pouvait en fournir la raison. Or, à l'autopsie on ne trouva que des foyers de broncho-pneumonie avec petits cocci gram positifs, sans fusiforme ni spirille. Les auteurs discutent les problèmes que posent ces constatations contradictoires et tentent de classer leur cas parmi les bronchopneumopathies spirillaires déjà décrites.

Syphilis et maladie de Hodgkin. — M. Langeron (de Lille), à propos d'un cas de lymphogranulomatose ayant évolué rapidement à la manière d'une anémie aiguë chez un homme traité récemment avec succès par la thérapeutique spécifique pour une syphilis cutanée et osseuse. M. Langeron discute les arguments que certains auteurs ont apportés à l'appui de l'origine syphilitique de certaines lymphogranulomatoses, et conclut que le rôle de la syphilis dans cette affection est pratiquement nul.

Sur quelques aspects radioscopiques et anatomiques de la lobite tuberculeuse chez l'enfant. — MM. P. Armand-Delille et Lestocquoy projettent les radiographies prises quelques jours avant la mort et les photographies des préparations anatomiques correspondantes des poumons de cas de tuberculose à disposition lobaire observés chez des jeunes enfants; ils insistent sur la fréquence relativement grande de ces formes et pensent que, malgré quelques cas spontanément curables, il y a lieu de pratiquer, pour éviter les généralisations, le pneumothorax artificiel.

NOTES DE PRATIQUE

MYOCARDITE SÉNILE

Régime lacté et lacto-végétarien (ne pas dépasser deux litres de liquide pour éviter la pléthore vasculaire). Purgatifs.

Application d'une ventouse scarifiée sur la région cardiaque, à répéter cinq à six jours de suite.

Comme tonicardiaque, prescrire pendant cinq jours, deux cachets par jour (matin et soir, avant les repas) de *Théosalvose strophantique* et, pendant les cinq jours suivants, deux cachets de *Théosalvose digitalique*; après arrêt de cinq jours, recommencer ce traitement qu'on continuera pendant plusieurs mois. Il a, pour effet, de régulariser les battements cardiaques, de redonner au pouls son amplitude, d'atténuer et même de faire disparaître le bruit de galop.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

TRAITEMENTS UNIVERSITAIRES

M. Caffort, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique : 1° pour quelles raisons aucun des six chefs de laboratoire des cliniques, à la Faculté de Montpellier, n'a reçu le renouvellement de sa nomination, ni de son traitement pour l'année scolaire 1927-1928, malgré les propositions formelles des chefs de services respectifs; 2° quelles sont les responsabilités engagées alors que de pareilles fonctions demeurent sans titulaire régulier dans une faculté.

Réponse. — Les chefs de laboratoire de clinique de la Faculté de médecine de Montpellier ont été renouvelés dans leurs fonctions. Ce renouvellement avait été différé pour la Faculté de médecine de Montpellier, comme pour les autres facultés de médecine, la question du relèvement de la rémunération de cette catégorie de personnel étant à l'étude. (*J. O.*, 6 déc. 1927.)

CERTIFICATS D'ORIGINE

M. Marcel Arnould, député, a demandé à M. le ministre des Pensions si un ancien militaire, postulant pour une pension de guerre et n'ayant plus en sa possession les billets d'hôpitaux justificatifs de l'origine de blessure ou maladie, a le droit d'exiger des détenteurs des archives des hôpitaux intéressés les duplicata de ces pièces qui, dans de nombreux cas, leur sont refusées.

Le ministre a fait la réponse suivante : Aucun règlement n'oblige les détenteurs d'archives des hôpitaux à fournir aux intéressés les duplicata de documents les concernant; par contre, ils sont tenus de les produire à la demande des médecins chefs des centres de réforme chargés de la constitution des dossiers de pension. Dans ces conditions, les postulants à pension n'ont qu'à mentionner dans leurs instances les différents hôpitaux où ils ont été traités, en fournissant aussi exactement que possible les dates d'entrée et de sortie des différentes formations où ils ont été en traitement. (*J. O.*, 3 déc. 1927.)

LIVRES NOUVEAUX

La 4e édition (1928) du Formulaire Astier (1).

La 4e édition du *Formulaire Astier* s'est proposée de mettre ses lecteurs au courant des derniers progrès de la thérapeutique.

Signalons d'abord d'importantes additions; elles portent pour la plupart sur les médications chimiques, parmi lesquelles on a fait une place, d'une part, à des médicaments nouveaux, et, d'autre part, à quelques spécialités entrées dans le domaine courant et dont le médecin doit savoir la posologie et le mode d'emploi.

A l'Art de prescrire a été ajouté un paragraphe intitulé : Les divers médicaments groupés d'après leurs propriétés, ainsi que des additions de détail à chacun des chapitres.

Un article sur les résultats pratiques des examens de laboratoire a été incorporé au texte et la législation complétée sur divers points.

La présentation, enfin, est toute nouvelle et conçue de la façon la plus pratique.

Grâce à toutes ces modifications, grâce au plan général placé en tête de l'ouvrage, grâce à la table des matières qui le termine, la 4e édition du *Formulaire Astier* trouvera auprès du grand public médical le même favorable accueil que ses précédentes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 22 décembre. — Jury : MM. Marfan, président; Cunéo, Claude et Sicard. — M. Meignant. Le réflexe de flexion dorsale du pied. — M. Guilbert. Etude sur la tuberculose. — M. Paillard. Diagnostic de la tuberculose. — M. Mainguy. Etude des accidents cellulaires d'origine dentaire.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Balthazard, président; Brumpt, Robin, Henry, Coquot et Moussu. — M. Dechambre. Les assurances des chevaux contre les accidents. — M. Lebeau. L'hypodermose du bœuf.

Vendredi 23 décembre. — Jury : MM. Roger, président; Ménétrier, Binet et Hutinel. — M. Do van Tot. De l'influence de la médecine dans la colonisation. — M. Plantevin. Etude des malformations et états précancéreux de la peau.

Samedi 24 décembre. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Jeanselme, Brindeau et Brumpt. — M. Bidegaray. Etude sur le parasitisme intestinal. — M. Besnard. Hernies de l'intestin à travers les déchirures de l'utérus. — M. Ledos. Les poussées temporaires dans la syphilis tardive.

(1) Un volume format portatif, 1.200 pages, reliure souple. — Prix : 30 fr. — Paris, Vigot frères. — Librairie du *Monde médical*, 47, rue du Docteur-Blanche, Paris (XVIe).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50.** — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Mutations dans le personnel médical des hôpitaux a la date du 25 décembre 1928. — I. *Médecins* (7 vacances). — 1° A Beaujon, en remplacement du professeur Carnot, nommé professeur de clinique à l'Hôtel-Dieu, M. le docteur de Massary, de Lariboisière; à Lariboisière, M. le docteur Herscher, de Tenon; à Tenon (service Herscher), M. le docteur Lian, de Tenon (mutation intérieure); à Tenon (service Lian), M. le docteur Brulé, de la Salpêtrière; à la Salpêtrière, M. le docteur Faroy, titularisé.

2° A Necker (docteur Ribierre, décédé), M. le docteur Duvoir, titularisé.

3° A Ivry (docteur Foix, décédé), M. le docteur Chabrol, d'Ivry (tuberculeux); à Ivry (service de tuberculeux), M. le docteur Bénard, titularisé.

4° Aux Enfants-Malades (docteur Méry, décédé), M. le docteur Hallé, de Necker; à Necker, M. le docteur Laederich, de la Charité; à la Charité, M. le docteur Tixier, de Broca; à Broca, M. le docteur Gougerot, de Bicêtre; à Bicêtre, M. le docteur Weil (Mathieu-Pierre), titularisé.

5° A Hérold (docteur Lesage, limite d'âge), M. le docteur Weill-Hallé, de la Charité; à la Charité (service Weill-Hallé), M. le docteur Babonneix, de la Charité (mutation intérieure); à la Charité (tuberculeux), M. le docteur Tinel, titularisé.

6° A Lariboisière (docteur Macaigne, limite d'âge), M. le docteur Rivet, de Laennec; à Laennec, M. le docteur Baudouin, de la Rochefoucauld; à la Rochefoucauld, M. le docteur Chiray, des Ménages; aux Ménages, M. le doeteur Touraine, titularisé.

7° A Beaujon (docteur Laffitte (limite d'âge), M. le docteur Harvier, de Bicêtre; à Bicêtre, M. le docteur Vallery-Radot, de Bicêtre (tuberculeux); à Bicêtre (tuberculeux), M. le docteur Charles Richet, titularisé.

— Ne pas tenir compte des mutations provisoires indiquées dans notre précédent numéro.

II. *Chirurgiens* (1 vacance). — A Beaujon (docteur Souligoux, limite d'âge), M. le docteur Proust, de Tenon; à Tenon, M. le docteur Gernez, de Broussais; à Broussais, M. le docteur Roux-Berger, d'Ivry; à Ivry, M. le docteur Okinczyc, titularisé.

III. *Aliénistes* (1 vacance). — Hospice de Bicêtre (docteur Roubinovitch, limite d'âge), M. le docteur Camus, médecin adjoint titularisé.

IV. *Stomatologistes* (2 vacances). — 1° A l'Hôtel-Dieu (docteur Sauvez, décédé), M. le docteur Béliard, de Laennec; à Laennec, M. le docteur Darcissac, titularisé; 2° à la Salpêtrière (centre de prothèse créé), M. le docteur Guilly, de Vaugirard; à Vaugirard, M. le docteur L'Hirondel, titularisé.

V. *Electro-radiologistes* (2 vacances). — 1° A la Maison de santé (docteur Bouchacourt, limite d'âge), M. le docteur Charlier, titularisé; à la Charité (docteur Turchini, limite d'âge), M. le docteur Ronneaux, de Boucicaut; à Boucicaut, M. le docteur Guilbert, titularisé.

— Concours d'électro-radiologie. — *Epreuve de titres.* — Séance du 17 décembre. — MM. Dernas, 5; Gibert, 2; Lapeyre, 3; Mathieu, 5; Pierron, 2; Prévost, 3; Renaud et Laussan, 2; Stuhl, 4 1/2.

— Concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache et Hendaye. — Séance du 17 décembre. — *Anatomie.* — Question donnée : « Rapports de la tête du pancréas. »

Pathologie. — Question donnée : « Symptômes, diagnostic et indications thérapeutiques des pleurésies purulentes aiguës non tuberculeuses de la grande cavité chez l'adulte. »

M. Simon, 15; Mlle Develay, 27; MM. Pouey, 15; Cabrit, 21; Mlle Fayot, 28; MM. Vinceneux, 21; Balmelle, 18; Mlle Weiss, 28; M. Boyer, 21.

— Concours de l'externat. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Boudreaux (Jacques), Lance, Guillaumat, Tran-Quang-Dé, Beaufils, Aboulker, Grégoire, Debray, Cagny (de), Lagard,

11. Labarre, Bioy, Calvet, Kaplan, Watterwald, Heptia, Fleys, Simon, Maire, Cachin,

21. Joseph (Et.), Sterne, Reboul, Fresnois, Sauvain, Longuet, Fourestier, Willot, Genty, Abrand,

31. Delort (J.), Scheid, Mlle Spire, MM. Stefani, Giroux, Deparis, Meyer-Heine, Delamare, Bonnet (G.), Osénat,

41. Leborgne, Vauclin, Mlles Nevault d'Allonnes, Philippe, MM. Pivoteau, Luisada, Marre, Gillot, Alfonsi, Bevalot,

51. Kreis, Herrenschmidt, Lambert, Mlle Mignon, MM. de Font-Réaulx, Bensaude, Janaud, Bousseau, Golse, Pochon,

61. Bring, Demartial, Lichtemberg, Aliker, Martin, Valensi, Lauret, Ortholan, Blau, Bousquet,

71. Bonnel, Mlle Cottin, MM. Kagan, Roy, Turiaf, Personnaz, Chefdeville, Findjandjian, Bureau (Pierre), Camus (Jean),

81. Parent, Abramesco, Richard, Vial, Bouwens van der Bossen, Mlle Rogier, MM. Helluin, Bastien, Brunhes, Lando,

91. Challiol, Adèle, Lefebvre, Marie, Stewart, Vigneron d'Heucqueville, Rossi, Baumgartner, Bridgman, Leduc,

101. Michaut, Mlle Cahen, MM. Baglot, Genty, Mlle Sérieux, MM. Milhaud, Ronce, Dugas, Savelli, Coussieu,

111. Parrot, Borrey, Mofard, Mlle Laporte, M. Galup, Mlle Pomdessault, MM. Klein, Crossmann, Mlle Aghion, M. Hanrion.

121. Mlle Sainton, M. Parvil, Mlles Menabre, Bugeaud, M. Morelle, Mlle Métin, M. Lachèze, Mlles Lévy (Gilberte), Hollier-Larousse, M. Charousset,

131. Vallet-Bellot, Puistienne, Comte, Gonnet, Faure, Ghelman, Pineau, Maspétiol, Guidicelli, Vieuchange,

141. Dreyfus (Jacques), Bernaud, Préastaing, Gay, Juchet, Mahon, Marcombes, Kohen, Jacquet, Simon,

151. Bonhomme, Trotot, Jacobesco, Gailhard, Brochard, Maronne, Baudet, Pinchasowicz, Braillon, Delom,

111. Marmasse, Bernière, Bernardeau, Chaillonet, Gringoire, Mlles Beskin, Gasné, MM. Vannereau, Fuchs, Bidou,

171. Bandard, Tournafond, Mauvais, Beinis, Chareire, Fournet, Meunier, Gelbart, Tissot. Debidour,

181. Kipfer, d'Escrivan, Michelson, Vincent (Jean), Simonnet, Prat, Douay, Caby, Lacroix, Seydel,

191. Déchaux, Péron, Mlle Debay, MM. Streicher, Costes, Laroche, Mlle Vallet, MM. Sakon, Guy, Thévenin,

201. Leneman, Pouliguen, Desvignes, Lemelletier, Netter, Lesage, Brawerman, Talon, Millot, Girard (Emile),

211. Ogarrio, Cristesco, Azéma, Aboulker (Raphaël), Arvay, Waysman, Germon, Calvet, Roy, Bouan,

221. Bouroullec, Lebouchard, Dufour, Soria, Thomas, Renaud, Béchet, Grenet, Faur, Meyer,

231. Dragomiresco, Fecan, Serdario, Cohen, Jamet, Mlles Gabrielli, Solente, MM. Piram, Yvanovitch, Mainguy,

241. Ichard, Desbiez, Lion, Mlle Filderman, MM. Silvestre, Turbé, de Vulpian, Milovanovitck, Livierados, Landois,

251. Urbain, Parfus, Polak, Departout, Gireaux, Nocton, Sauvage, Nigaud, Canale, Bequignon.

261. Arnould, Darras, Delsuc, Chazette, Mlle Liphschutz, M. Roy (Guy), Mlle Desbois, MM. Grosperrin, Lavergne, Fay,

271. Michelet, Svartman, Lebourg, Paulus, Benvenitte, Ganière, Kaplan (Moïse), Tribalet, Laplane, Courvoisier,

281. Kiszelnik, Mlles Cazamian, de Loeschnigg, MM. Bouchacourt, Ferrier, Laurent (Paul), Delbès, Letrésor, Mlle Corny, MM. Schmid,

291. Lecomte, Crozat, Benoist, Mansour, Barré, Pelletier, Amestoy, Dubroca, David, Bertheau,

301. Mattern, Ganot, Mlle Huet, MM. Mourgues, Lemarinier, Cochard, Wilbert, Couve, Pulvenis,

311. Brandenburg, Mathieu (Maurice), Léonard, Baurens, Broustein, Minc, Caput, Bonamy, Delorme,

321. Dumont (Pierre), Leveiller, Guillaud-Vallée, Kuypers, Martinu, Duflos, Mlle Seguin, MM. Bourget, Herzfeld, Larroumets,

331. Poreaux, Gouzonnat, Macé, Giami, Julia, Israilovici, Mlle Lorsignol, MM. Doreau, Miquel, Barrière,

341. Chagnon, Léoni, Deglaire, Gahan, Petroff, Drapé, Vergé, Deutsch, Gourçon, Kimossy,

351. Bellière, Fécan, Landau, Penot, Ferroir, Heinon, Guidon, Magrin, Beurdeley, Grosbois,

361. Gérard (Pierre), Mallarmé, Lambling, Thésée, Binet, Dijon, Lambey, Filderman, Dhotel, Lichaa,

371. Hürstel, Liberton, Kramarz, Fabre (Ch.), Doussinet, Archaimbault, Angyal, Fasquelle, Vidart, Segall,

381. Oiseau, Regard, Mlles de la Motte Saint-Pierre, Patez, Perrier (Suz.), MM. Petit, Legall, Fergola, Sabatier, Ramadier,

391. Yun, Guynot de la Bernière, Huc (Jean), Deffay, Mlle Cherbuliez, MM. Mennecier, Carlet, Rossano, Mlles Ruais, Picquet,

401. MM. Lecat, Monier, Labatut.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : M. Laumonier, Mlle Garrigues, MM. Angibeau, Gaubert, Péry, Lange, Monglond, Guérin, Penaud, Kirsche, Le Scouezec, Malouines, Moulinard, Reboul, Casteigt, Dudit, de Boucaud, Martinet, Mlle Bardy, MM. Soulage, Grèze, Beauchesne, Mlle Capelle, M. Marty, Mlle Sallé, MM. Groc, Daron, Bastouil, Guenon des Mesnards, Rigaud, Minec, Ferradou, Dupuy, Rioux, Bergougnan, Mlle Lesparre, MM. Audit, Sentenac, Pouyanne, Remage, Roux-Naud, Ouary, Siegfried, Dupin, Lummau, Chantegril, Mlle Gauthier, MM. Magrou, Nancel-Pénard, Priquet.

Externes provisoires : MM. Petit, Soubigou, Serres, Ortolan, Pichevin, Lapouge, Debenguy, Bastien, Plazy, Winnaert, Letac, Blein, Bargues, Audhuy.

HÔPITAL FRANÇAIS DU CAIRE. — M. Dunet, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon, a été nommé chirurgien de l'hôpital français du Caire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE D'HISTOLOGIE. — Sont proposés : en première ligne, M. Verne; en deuxième ligne, M. Mulon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de notre excellent confrère et ami le docteur Alphonse Huguier, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, ancien président de la Société des chirurgiens de Paris; — de M. le docteur Henri Luys (de Paris), mort victime du devoir professionnel. Notre regretté confrère était le fils du docteur Luys, jadis médecin de la Charité, et le frère de notre collègue et ami le docteur Georges Luys à qui nous adressons l'expression de notre bien vive sympathie; — du docteur Th. Chauvin (de Rougé); — de M. Jean Daumont, interne des hôpitaux de Clermont-Ferrand, décédé victime du devoir professionnel à l'âge de 19 ans.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MALADIES INFECTIEUSES

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR DE BACTÉRIOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DES HÔPITAUX

I. GÉNÉRALITÉS SUR LES INFECTIONS

Zur Kenntnis der antigens funktion von Bakterienli Poiden. (A. KLOPSTOCK et E. WITELSKY, *Klin. Wochens.*, 15 janv. 1927, Jg5, n° 3, p. 119.) — On sait que l'immunisation réalisée avec des extraits bactériens alcooliques, peut faire apparaître dans le sang des anticorps lipoïdiques; résultat absolument opposé à celui qu'on obtient en injectant des extraits lipoïdiques d'organes par exemple. Les auteurs confirment ce fait; ils montrent que le bacille tuberculeux développe des anticorps actifs non seulement contre le bacille lui-même, mais contre les extraits alcooliques bacillaires; à côté des anticorps lipoïdiques spécifiques, le sérum antibacillaire contient des fractions lipoïdiques non spécifiques, qui sont identiques à celles dont la fonction est de combattre les extraits organiques d'origine animale, mais dont la nature est différente de ceux qui se forment chez l'homme et donnent lieu à la réaction de Wassermann. Avec le proteus X19 chez le lapin, tandis que l'injection des bacilles eux-mêmes provoque le développement d'anticorps spécifiques sans trace d'anticorps lipoïdiques, l'injection des extraits alcooliques de proteus X19 fait apparaître ceux-ci. Il n'y a aucune différence entre l'antisérum tuberculeux et l'antisérum Proteus obtenus par les injections d'extraits alcooliques de germes.

Donc la réaction de défense antimicrobienne n'est pas seulement spécifique; il semble y avoir, en outre, une réaction lipoïdique générale, indépendante des variétés microbiennes; et qui doit être vraisemblablement provoquée par des substances, autres que les lipoïdes microbiens, peut-être par des albumines spéciales faisant partie de la texture microbienne solubles dans l'alcool et entraînées dans l'extrait alcoolique.

R. KOURILSKY.

Zur Frage der Blutzuckerspiegels bei Infektions Krankheiten. (J. ANDRESEN et A. SCHMIDT, *Klin. Wochens.*, 29 janv. 1927, Jg 6, n° 5, p. 213.) — Les auteurs ont étudié les perturbations de la glycémie chez 306 malades atteints de maladies infectieuses diverses. Ils ont abouti aux résultats suivants :

Dans le paludisme (8 cas), le sucre du sang passe de 0g80 par litre (avec la méthode de Hagedorn et Jensen), chiffre normal, à 1g20 pendant l'accès puis retombe à la normale. Cette perturbation s'expliquerait par une irritation directe du centre glyco-régulateur.

Dans la rougeole (38 cas), la glycémie reste normale ou subit de minimes variations irrégulières, même en pleine hyperthermie.

Dans la scarlatine (145 cas, on constate une hyperglycémie moyenne (1g20) dans les premiers jours, sauf dans les cas graves où l'hyperglycémie peut atteindre 3 grammes sans s'accompagner de glycosurie.

Dans la fièvre typhoïde (33 cas), l'augmentation atteint 1g70 et persiste jusqu'à la quatrième semaine. La toxine typhique se distingue des autres toxines microbiennes par son vagotropisme, mais il est vraisemblable que les lésions abdominales retentissent directement sur le sympathique et expliquent ainsi l'hyperglycémie.

Dans la dysentérie à bacilles de Shiga (39 cas), on constate une grosse perturbation de la régulation glycémique (le taux du sucre du sang atteint couramment 1g40) qui dépend à la fois du retentissement sympathique des lésions intestinales, et aussi des lésions pancréatiques de dégénérescence graisseuse, retrouvées par Andresen et Schmidt dans les autopsies de dysentériques, même au huitième jour de la maladie.

R. KOURILSKY.

Studium zur Bedentung der Milz als Abwehrrorgan ber Infektionskraukheiten. (W. KIKUTH, *Klin. Woch.*, 26 fév. 1927, Jg6, n° 9, p. 406.) — Kikuth a étudié expérimentalement le rôle de la rate dans la défense anti-infectieuse chez les rats, il a constaté avec Meyer et Borchard, que la seule extirpation de la rate suffisait à déterminer la mort dans un délai de quelques jours. Celle-ci est due au développement dans le sang d'un parasite « Bartonella muris Ratti », qui n'est jamais retrouvé chez les rats normaux et dont la pullulation date du moment où on a extirpé la rate. Rien ne peut mieux démontrer le rôle de cet organe dans la défense contre les infections.

De plus, l'infection expérimentale des rats avec « Trypanosoma lewisi » est plus sévère et plus précoce chez les animaux dont on a extirpé la rate.

Kikuth a expérimenté également sur « la piroplasmose du singe, et a constaté que l'infection s'éteignait rapidement si la rate restait en place et devenait au contraire mortelle si elle était extirpée De même les inoculations de verruga péruvienne au singe prennent beaucoup plus facilement sur les animaux splénectomisés.

R. KOURILSKY.

II. FIÈVRE TYPHOIDE

Considérations épidémiologiques sur l'épidémie de fièvre typhoïde de Hanovre. (JURGENS, *Mediz. Klinik.*, t. XXIII, nos 27 et 28, 8 et 15 juil. 1927.) — A la suite de l'observation de l'épidémie de Hanovre de 1926, Jurgens rejette l'origine hydrique de la fièvre typhoïde. Il fait remarquer que le maximum de l'épidémie a été bien postérieur à l'infection de l'eau elle-même, constatée trois ou quatre semaines avant l'éclosion massive de l'épidémie et jugulée rapidement par javellisation. D'ailleurs, au cours de cette infection hydrique, on n'a jamais pu mettre en évidence le bacille d'Eberth. Jurgens conclut à l'existence d'une « maladie de l'eau », ayant entraîné des troubles gastro-intestinaux dus à des germes banaux, et qui a fait fléchir de façon globale la force de résistance de toute une population, permettant, par cette modification de terrain, l'éclosion de l'infection éberthienne, dont l'origine demeure inconnue.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Eberthémie à type d'ictère infectieux primitif avec manifestations ostéo-périostées tardives à bacilles d'Eberth. (J. NICOLAS, L. DESCOUTTES, A. JOLY, J. GATÉ et P. RAVAULT, *Journ. de méd. de Lyon*, 5 fév. 1927, p. 59.) — Les auteurs rapportent l'observation d'une femme de trente-huit ans venue

consulter pour des tumeurs osseuses multiples. Sept mois auparavant, était apparu un ictère fébrile qui rétrocéda très lentement et au décours duquel étaient survenues les tumeurs osseuses multiples, péronières, cubitales, tibiales et costales dont quelques-unes suppurèrent. Une ponction exploratrice faite dans un abcès tibial montra la présence de bacille d'Eberth. La malade guérit, après une intervention chirurgicale costale très étendue.

L'ictère du début semble s'être accompagné d'une légère atteinte vésiculaire concomitante.

Les auteurs confrontent cette observation avec les cas déjà publiés. R. KOURILSKY.

Un nouveau cas d'arthrotyphus. (H. SCHÆFFER et R. LIÈGE, *Paris méd.*, 9 avril 1927, n° 15, p. 346.) — Schæffer et Liège reprennent la question de l'arthrotyphus à la faveur de l'observation personnelle d'un homme de quarante-six ans sans antécédents rhumatismaux, saisi assez progressivement d'une polyarthrite fébrile qui se compliqua, au bout de huit jours, d'un état typhoïde manifeste avec splénomégalie, mais sans sans taches rosées. Malgré la venue de la défervescence, les arthrites continuèrent à évoluer. Une pyodermite à staphylocoque, une parotidite sans suppuration furent successivement observées. Les séro-réactions montrèrent une agglutination à l'Eberth au 1/100. Les auteurs passent ensuite en revue quelques observations récente d'arthrotyphus.

R. KOURILSKY.

Sur le mécanisme physiopathologique des hémorragies intestinales typhoïdiques. (P.-Emile WEIL et Robert LÉVY, *Presse méd.*, 2 mars 1927, n° 18, p. 274.) — L'influence du terrain humoral, hémorragique, constitutionnel ou acquis n'a pas été assez prise en considération dans la pathogénie des hémorragies intestinales qui viennent compliquer la fièvre typhoïde; celles-ci ne résultent pas exclusivement d'une lésion ulcéreuse locale. Il existe en réalité un syndrome hémorragique plus ou moins latent ou dissocié qui, en raison du siège et de la nature des lésions prédominantes, se manfieste surtout par l'entérorragie.

Dans la plupart des cas, le syndrome hémorragique — qu'il faut savoir dépister systématiquement — préexiste à la maladie et s'accompagne de modifications du temps de saignement, de la rétractilité du caillot

... Ces malades font souvent des typhoïdes graves avec des épitaxis initiales profuses, qui font augurer de l'hémorragie ultérieure, mais parfois la fièvre typhoïde peut créer de toutes pièces un syndrome hémorragique passager; il faut toutefois se souvenir que la simple diminution de la rétractilité du caillot existe presque toujours dans la fièvre typhoïde. Il serait donc indiqué lorsqu'on constate un tel syndrome chez un typhique, de le corriger par de petites injections hypodermiques de 20 centimètres cubes du sang du sujet, ou par de véritables transfusions intraveineuses.

De même, en présence d'une hémorragie intestinale, il convient de recourir plutôt aux médications qui agissent sur la coagulation du sang qu'aux méthodes vaso-constrictives.

R. KOURILSKY.

Versuche zur Frages des unzüchtbaren typhusvirus. (E. GILDEMEISTER et KURT HERZBERG, *Klin. Woch.*. 7 mai 1927, Jg6, n° 19, s. 890.) — Gildemeister et Herzberg ont cherché à vérifier les assertions de von Friedberger et Meissner, qui avaient montré en 1923 que le bacille typhique pouvait se transformer dans le corps des animaux en un ultravirus capable de se multiplier, d'être cultivé et de donner lieu par lui-même à desmanifestations fébriles (« Kryptantigenvirus »). Ils n'ont pu confirmer les observations de leurs précécesseurs; aucun des animaux inoculés avec des matériaux pathogènes provenant directement des cadavres humains, ne fut atteint des manifestations fébriles décrites; les passages en série faits à partir des premiers sur 60 cobayes n'ont montré aucun trouble général même au quatrième passage. Les organes des animaux inoculés ne contenaient pas de bacille d'Eberth; les cobayes noculés trois à huit semaines auparavant et injectés de nouveau dans la cavité péritonéale avec des bacilles d'Eberth virulents, n'ont pas montré une résistance spéciale à la fièvre typhoïde. Les lapins normaux, ayant subi l'injection intrapéritonéale ou intraveineuse de particules spléniques ou cérébrales provenant de cobayes inoculés au cours des passages n'ont développé aucune propriété agglutinante vis-à-vis des bacilles d'Eberth. Le sérum des cobayes de passage n'agglutine pas à plus de 1/40, le plus souvent au 1/20. Par conséquent, il est impossible d'accepter les conclusions de Friedberger et Meissner sur l'existence d'un virus filtrant éberthien.

R. KOURILSKY.

Ansiedelung biologisch hochwertger Colibakterien und Dauer ausscheidung von Paratyphusbacillen. (PFALZ, *Klin. Woch.*, 22 janv. 1927, Jg6, n° 4, p. 158.) — Pfalz se basant sur le rôle de défense attribué par certains à la prolifération saprophytique colibacillaire normale de l'intestin, a cherché si en acclimatant dans l'intestin des porteurs de germes paratyphiques, un colibacille d'origine éxogène, celui-ci ne pourrait pas étouffer sous son développement propre la reproduction des germes pathogènes.

Il a abouti aux résultats suivants :

1° Chez les porteurs de germes paratyphiques, la tendance proliférante des colibacilles existant dans l'intestin est anormalement faible; dans un tiers de cas, la résistance des germes pathogènes au développement du colibacille dépasse nettement la normale.

2° *In vitro*, on peut éteindre la prolifération des bacilles paratyphiques en les mettant en contact avec des colibacilles de souche étrangère, dans la plupart des cas.

3° *In vivo*, on peut par l'ingestion prolongée de cultures colibacillaires incluses dans des capsules de gélatine, substituer à la longue une flore colibactérienne intestinale étrangère à la flore normale saprophytique même chez des malades porteurs de bacilles paratyphiques, mais cette substitution ne réussit pas à empêcher la multiplication de ces germes et ne peut constituer un moyen prophylactique. R. KOURILSKY.

Meningitis typhosa. (SCHWEISGUT, *Klin. Woch.*, 29 janv. 197, Jg. 6, n° 5, p. 215.) — Schweisgut reprenant la question de la méningite typhique, apporte une observation intéressante de cette complication.

Elle survint chez un jeune homme de dix-huit ans, infecté par des porteurs de germes, au cours d'une fièvre typhoïde sévère (agglutination positive à l'Eberth). Dès le début, une réaction méningée avait été notée cliniquement et cytologiquement, mais elle était aseptique. Des hémorragies intestinales et un état hémorragique avec disséminations cutanées purpuriques apparurent. Puis un délire avec Kernig et douleurs lombaires. La ponction lombaire permit de retirer un liquide trouble dont l'ensemencement montra le bacille d'Eberth en culture pure. La méningite purulente fut vérifiée à l'autopsie. Contrairement aux signes cliniques — comme il est relativement fréquent en pareil cas — les lésions intestinales étaient peu importantes. R. KOURISKY.

III. TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

Etudes sur le typhus exanthématique. (P. HAUDUROY. *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, t. XVI, n° 3, p. 261.) — Hauduroy a repris, à l'Institut Pasteur de Tunis, des expériences antérieures de Mlle Feygin, tendant à prouver l'existence de formes filtrantes du *Proteus X19* qui pourraient représenter une forme bactériologique intermédiaire entre ce microbe et le *Rickettsia Provazeki*. En effet, si l'on lyse une souche donnée de Proteus X19 au moyen d'un bactériophage antiproteus, on voit le lysat filtré se troubler au bout de

quelques jours et reconstituer une nouvelle souche de Proteus que Hauduroy appelle le Proteus reconstitué. L'inoculation de bactériophage antiproteus ne contenant aucune forme filtrante visible ne donne pas le typhus expérimental au cobaye. Il reste à savoir si un filtrat de proteus X19, lysé et contenant des formes filtrantes, n'est pas capable de déterminer chez le cobaye un typhus expérimental.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Epidémies d'exanthème infectieux de nature indéterminée observé sur le littoral méditerranéen. (BOINET et PIÉRI. *Presse méd.*, 5 nov. 1927, n° 89, p. 1345.) — Boinet et Piéri rapportent neuf observations personnelles d'une affection exanthématique ne rentrant pas dans les cadres morbides habituels et qui s'observe depuis 1924 sur le littoral méditerranéen et principalement à Marseille.

Elle est caractérisée par une fièvre élevée, une éruption à type exanthématique, une évolution généralement bénigne.

Tous les examens bactériologiques et sérologiques se sont montrés négatifs.

Un certain nombre d'auteurs admettent qu'il s'agit là de cas de *typhus endémique bénin* (*maladie de Brill*).

Pour Boinet et Piéri, toutefois, cette affection ne peut être assimilée au typhus. En particulier, l'épreuve d'agglutination du proteus X19 s'est toujours montré négative.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Typhus exanthématique et infections typhoïdes avec exanthème. (D. OLMER et J. OLMER [de Marseille]. *Presse méd.*, Id.) — Contrairement aux auteurs de l'article précédent, D. et J. Olmer rattachent étroitement au typhus la fièvre exanthématique de la région marseillaise. Ils ont réussi avec Legroux les agglutinations du Proteus X19 par le sérum du malade, allant jusqu'au 1/500 dans un cas).

D'après eux, il faudrait rattacher au *typhus levissimus*, à côté de la maladie de Brill, décrite en 1918 aux Etats-Unis par cet auteur, un certain nombre de syndromes exanthématiques avec état typhoïde plus ou moins marqué : tels sont la *fièvre boutonneuse de Tunisie* de Conor; la *fièvre pourprée des Montagnes-Rocheuses*; la *fièvre fluviale du Japon*; le *pseudo-typhus de Sumatra*.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

IV. FIÈVRE DE MALTE

La fièvre ondulante et le melitensis. (E. BURNET. *Paris méd.*, 4 juin 1927, t. XVII, n° 23.) — La vaccinothérapie de la mélitococcie est très discutée. Burnet, personnellement, n'a pas enregistré de succès, sauf quelques cas de guérison par choc non spécifique.

Par contre, la vaccination préventive paraît efficace. Sa durée est mal précisée; l'injection expérimentale de culture virulente, cinq mois après la vaccination, a laissé indemnes les trois sujets inoculés. D'après Burnet, on peut ne vacciner que les sujets dont l'intradermo-réaction à la mélitine est négative. En effet, dans 20 p. 100 des cas, la vaccination est suivie d'une réaction fort vive.

L'intradermo-réaction à la mélitine rend, d'autre part, de grands services pour le diagnostic et est d'application simple. La séro-agglutination a une grosse valeur, à condition de chauffer le sérum à 56 degrés pour supprimer les agglutinations parasites et surtout d'employer un mélitocoque vrai et non un pseudo-mélitocoque qui agglutine souvent spontanément.

On peut également employer le B. abortum qui doit être préféré en raison de son innocuité.

Les deux germes sont identiques, et les épidémies de fièvre de Malte sont souvent précédées d'épidémies d'avortement chez les chèvres Mais il n'est pas prouvé que le B. abortum soit pathogène pour l'homme.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Human infections with the organism of contagious abortion of cattle and Hogs. (A. C. EVANS. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 26 fév. 1927, vol. LXXXVIII, n° 9, p. 630.) — Evans fait une Revue générale des cas d'infection humaine par le Bacillus abortus qui détermine l'avortement chez les bovins et les porcins. Ces infections sont rares et impossibles à distinguer cliniquement de la fièvre de Malte (dont le bacille est très voisin). Même bactériologiquement la différenciation est difficile et doit se faire par les réactions d'agglutination. Une autre infection à germe spécial « le Bacterium tularense » est très voisine des précédentes; les trois germes présentent même une agglutination croisée (Francis et Evans).

Aussi faut-il penser à ces trois infections bactériologiques (B. melitensis, B. abortus, B. tularense) en présence d'une fièvre ondulante primitive. La contagion se fait par les animaux et les bestiaux. Il est de toute importance de faire le séro-diagnostic.

L'auteur fait suivre cet article de la nomenclature les cas observés en Amérique (20 cas), dans l'Afrique du Sud (35 cas), en Italie et en Palestine.

Mais dans beaucoup de ces cas une différenciation serrée entre le B. melitensis et le B. abortus n'a pas été poussée assez loin.

R. KOURILSKY.

Undulant fever as a public health problem. (Th. HULL and L. A. BLACK. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 12 fév. 1927, vol. LXXXVIII, n° 7, p. 463.) — Hull et Black attirent l'attention sur la fièvre ondulante à *B. melitensis* ou à *B. abortus* qdi sont bien plus fréquentes qu'on ne le pense. Chez 69 malades atteints d'affections fébriles prolongées dans le sang desquels aucune agglutination à l'Eberth ne put être décelée par le séro-diagnostic, ils ont trouvé 5 fois une agglutination au *B. abortus* au 1/200 ou plus, ils font maintenant systématiquement cette réaction chaque fois que le séro-diagnostic de Widal pour le groupe Eberth et Para se montre négatif.

R. KOURILSKY.

V. STREPTOCOCCIES. PNEUMOCOCCIES MENINGOCOCCIES

La séro, chimio et bactériothérapie dans la prophylaxie des infections puerpérales. (J.-L. WODON [de Bruxelles]. *Presse méd.*, 15 juin 1927, n° 48, p. 756.) — L'auteur résume dans cet article les données récentes sur la prophylaxie de l'infection puerpérale. Malgré les divers moyens d'asepsie obstétricale mis en œuvre, la mortalité totale puerpérale se maintient aux environs de 10 à 12 p. 100, la morbidité des opérations obstétricales à 40 p. 100.

La sérothérapie prophylactique antistreptococcique est peu probante. Divers vaccins ont été préparés, soit en tuant les microbes par la chaleur, soit avec des microbes sensibilisés (virus-vaccins), soit en détruisant la virulence microbienne par le phénol ou l'iode, soit en fabriquant des lipo-vaccins.

Après avoir passé en revue les résultats obtenus par divers auteurs avec chacun de ces vaccins, Wodon conclut que dans l'ensemble la vaccinothérapie prophylactique n'est pas très efficace; sauf peut-être si elle emploie les vaccins chauffés (Kelewitsch) ou iodés (Brault et Rochard). Mais elle n'entraîne de toute façon l'immunité qu'après huit à dix jours, alors que les infections puerpérales graves débutent dans les cinq premiers jours. Même en y adjoignant l'immunisation sérothérapique simultanée (Louros), les résultats ne sont pas meilleurs.

La chimiothérapie (sulfarsénol, trypaflavine) est à l'étude. Wodon se rallie personnellement à la thérapeutique préventive arsenicale.

R. KOURILSKY.

Erysipelas. (K. E. BIRKHAUG. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 19 mars 1927, vol. LXXXVIII, n° 13, p. 885.) — L'auteur a cherché à obtenir une immunisation active de l'organisme contre l'érysipèle en suivant les mêmes principes que Dick

dans la préparation de son sérum antiscarlatineux streptococcique antitoxique. Il a abouti aux conclusions suivantes :

1. Le « streptococcus erysipelatis », retiré des lésions locales érysipélateuses, produit une toxine soluble et thermostabile, si on le cultive sur milieu de Douglas (pour digestion tryptique) pendant cinq jours. La concentration de la toxine varie entre 10.000 et 50.000 doses cutanées par centimètre cube.

2. Pendant la phase aiguë de l'érysipèle, l'inoculation cutanée de 10 doses cutanées de cette toxine est positive jusqu'au dixième jour de la maladie date à laquelle elle devient complètement négative.

3. En même temps qu'apparaît l'immunité cutanée, la toxine que l'on pouvait isoler jusqu'à ce jour dans le sang et l'urine du malade disparaît, et l'antitoxine augmente dans le sérum sanguin et peut neutraliser complètement la toxine in vitro à doses convenables.

4. L'immunité active conférée par la maladie au patient disparaît au bout d'un temps variable, mais court. Souvent la réaction cutanée redevient positive six semaines après l'atteinte érysipélateuse et l'antitoxine a disparu du sérum. C'est ce qui explique la possibilité des récidives rapprochées d'érysipèle.

5. Chez 24 de ces malades atteints d' « érysipèle récurrent », l'immunisation active par l'injection de 500, 5.000 et 500.000 doses cutanées de filtrat de toxine a été couronnée de succès.

Depuis deux ans aucune n'a été atteinte de nouveau.

Birkhaug estime à six à douze semaines le délai nécessaire à la création de l'immunité. R. KOURILSKY.

Méningite cérébro-spinale à pneumocoques, dite primitive, à pneumococcémie. (J. CHALIER et R. PUIG. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 juin 1927, p. 281.) — Chalier et Puig relatent deux observations de méningites primitives aiguës, prises au début toutes deux pour des méningites cérébro-spinales : l'examen du liquide céphalo-rachidien et l'hémoculture révélèrent dans les deux cas du pneumocoque à l'état pur. Dans un cas existait de l'herpès labial et une éruption pétéchiale. Les deux cas se terminèrent par la mort. L'autopsie ne révéla aucun foyer pneumococcique, aucune lésion pulmonaire.

La méningite à pneumocoques peut donc survenir primitivement sans lésions pulmonaires, par un mécanisme de pneumococcémie initiale qui ensemence les méninges par voie sanguine. Les auteurs discutent l'hypothèse classique de l'envahissement des méninges par la voie rhino-pharyngée, et montrent les lacunes de cette conception qui doit céder le pas à la pathogénie sanguine. R. KOURILSKY.

Zur Klinik der Meningokokkensepsis. (J. SPIRT et M. BRAUN. *Klin. Woch.*, 28 mai 1927, t. VI, n° 22, p. 1048.) — Les auteurs rapportent un cas de septicémie à méningocoques sans aucun syndrome méningé survenu assez curieusement chez une femme soignée dans un service de gynécologie pour une déchirure du col. L'affection débuta brusquement par de grands frissons, l'hémoculture fut positive, mais on posa à tort le diagnostic de gonococcie. La maladie dura deux mois et demi ; on nota un érythème passager, des arthralgies à peine manifestes. Le liquide céphalo-rachidien était normal et stérile. Tous les traitements (rivanol, électrargol) furent inefficaces. Seul le sérum antiméningococcique en trois injections de 60 centimètres cubes mit radicalement fin aux frissons journaliers, caractère dominant de la maladie.

L'identification du méningocoque n'est pas mentionnée comme ayant été faite. R. KOURILSKY.

VI. RHUMATISMES INFECTIEUX

Le traitement des rhumatismes et des septicémies blennorragiques par les injections intraveineuses de sérum antigonococcique. (Paul RAVAUT et DUCOURTIOUX. *Presse méd.*, 1er janv. 1927, n° 1, p. 1.) — Les auteurs jugent que les traitements spécifiques de l'infection blennorragique rhumatismale ou générale sont loin d'avoir donné tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre, et qu'ils doivent fournir. La sérothérapie doit être employée en injection intraveineuse diluée, à raison de 10 à 20 centimètres cubes de sérum antigonococcique de Nicole dans 100 à 150 centimètres cubes de sérum physiologique. Il est prudent de procéder lentement, d'ajouter au besoin à la solution un demi-centimètre cube d'adrénaline au 1/1.000, de faire précéder l'injection de l'introduction intraveineuse de doses minimes et successives du même sérum dilué dans les heures qui précèdent, pour éviter tout choc anaphylactique. En principe, on fera une injection tous les deux jours. Trois à six suffisent généralement. Chacune est suivie d'une réaction fébrile et douloureuse, à laquelle fait suite une amélioration très nette ; il faut aussitôt mobiliser les articulations le plus tôt possible et ne suspendre le traitement sérothérapique que lorsque les phénomènes fluxionnaires auront complètement disparu, et que la mobilisation ne provoquera plus ni réactions articulaires ni réactions fébriles.

Les auteurs n'ont observé au cours de ce traitement que des chocs légers, les phénomènes alarmants sont rares. Les résultats sont très encourageants et rapides, non seulement pour les arthrites récentes, mais sur certaines arthrites traînantes. L'influence sédative sur la douleur est immédiate, la résorption des exsudats est plus lente. Dans les formes septicémiques, l'action de la sérothérapie est immédiate et fait disparaître les signes généraux. Cette médication agirait non seulement comme une anonyme médication de choc mais comme un traitement spécifique. Les résultats sont de beaucoup supérieurs à ceux que l'on peut espérer des autres traitements médicaux de l'arthrite à gonocoques, et en particulier de la vaccinothérapie, à condition de se conformer à la technique indiquée. R. KOURILSKY.

Etudes sur l'épidémiologie du rhumatisme articulaire aigu. (D. SEEGAL et B. SEEGAL [de Boston]. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 2 juillet 1927, t. LXXXVIII, n° 24.) — Il ressort d'un certain nombre d'études statistiques, poursuivies aux Etats-Unis, que le rhumatisme articulaire aigu paraît plus fréquent dans les régions septentrionales que méridionales.

Les auteurs ont repris cette enquête, en l'étendant sur une vingtaine d'années. A cet effet, ils ont écrit à quatre-vingt-quatorze hôpitaux choisis parmi les plus importants, tant aux Etats-Unis même, que dans les colonies américaines et au Canada, en demandant de recevoir la statistique des cas de rhumatisme articulaire aigu soigné dans ces établissements depuis vingt ans.

De l'étude de cette statistique, les auteurs tirent les conclusions générales suivantes :

1° Le nombre annuel de cas de maladie rhumatismale admis dans les hôpitaux des Etats-Unis et du Canada est plus grand pour les régions septentrionales que pour les régions méridionales.

2° Dans dix hôpitaux sur quinze qui ont donné les renseignements demandés pour un nombre d'années identique, la fréquence annuelle des cas s'est montrée plus grande dans la période antérieure à 1918 que dans celle qui est postérieure à cette date.

3° Depuis 1918, la maladie tend à diminuer de fréquence.

4° Cependant, pour les années 1924 et 1925, on remarque une augmentation nette du nombre des cas, par rapport aux années précédentes, principalement à New-York, Boston et Baltimore. PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

VII. SEPTICÉMIES DIVERSES

Infection staphylococcique avec rash scarlatiniformes. (F. STEVENS [de New-York]. *Journ. of amer. med. Assoc.*,

18 juin 1927, t. LXXXVIII, n° 25, p. 1957.) — Stevens relate trois observations d'une infection aiguë avec érythème scarlatiniforme, langue à type scarlatin et angine, et dont la preuve bactériologique fut faite, dans un cas par l'apparition d'une ostéomyélite du fémur contenant du staphylocoque doré, dans les deux autres cas par la présence exclusive de staphylocoque au niveau de l'exsudat pharyngé.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Chronic pyocyanieus infection : gastro-intestinal localization with fatal outcome. (W. Ashby, W. Eldridge et W. Freenan. *J. of Am. med. assoc.*, vol. LXXXVIII, 23 avril 1927, n° 17, p. 1307.) — Le bacille pyocyanique — quoiqu'il vienne très souvent compliquer les blessures ou les suppurations lentes à titre d'infection secondaire — joue rarement un rôle pathogène à lui seul. Les auteurs rappellent cependant que l'on a déjà signalé des infections digestives ulcéronécrotiques surtout gastro-intestinales à bacille pyocyanique (Calmette, Barker, Perkins, White, Freeman). Les signes cliniques sont dues à la toxine; celle-ci agit en outre sur les muscles lisses, et paralyse les contractions digestives. Dans les ulcérations digestives, on n'observe pas la coloration verte caractéristique de la présence du B. pyocyanique dans les plaies, cette teinte ne se produisant qu'en contact de l'oxygène.

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de trente-neuf ans, atteint de troubles digestifs, d'allure œsophagiens au début; puis d'une éruption cutanée localisée aux poignets (et prise pour la pellagre); enfin d'un ictère avec manifestations purpuriques et douleurs abdominales vagues; 11.000 leucocytes par millimètre cube; l'examen des crachats montre l'absence de B. Koch. Les selles donnent en culture pure du pyocyanique, de même que les ensemencements de la bouche, l'anus, de la peau des mains et des genoux. L'existence concomitante d'un néoplasme colique étant néanmoins probable, le malade fut opéré; on enleva la vésicule un peu épaisse et l'appendice qui contenait du pyocyanique. La mort survint quatre semaines après l'intervention. L'autopsie montra un état inflammatoire de la muqueuse, érosif par places, sans ulcérations nettes, sauf au niveau du côlon. Ces ulcères étaient infectés de lymphocytes et modérément scléreux.

Cette observation montre que le bacille pyocyanique avait déterminé une infection descendante de tout le tractus digestif depuis la région buccale jusqu'à l'anus. L'aspect clinique a été celui d'une tuberculose cachectique lente. Il ne paraît pas y avoir eu de septicémie : l'hémoculture est resté négative. La bile ne contenait pas de bacille pyocyanique.

Les symptômes digestifs abdominaux qui ont fait croire à une obstruction s'expliquent par la paralysie motrice de l'intestin due à la toxine pyocyanique.

R. KOURILSKY.

Les bactériémies à bacillus perfringens. (L. Boez et J. Schreiber [de Strasbourg], *Presse méd.*, 1927, n° 74, p. 1122.) — On connaît depuis longtemps les septicémies graves à bacille perfringens dont, en particulier, une observation tout à fait typique avait été rapportée avant la guerre par Widal, Lemierre, Abrami et Léon Kindberg.

Un dispositif d'hémoculture du milieu solide et dans des conditionsparfaites d'anaérobiose, mis au point par Boez, lui a permis de constater la fréquence de bactériémies anaérobies transitoires au cours d'états pathologiques très divers.

Ce dispositif est représenté par deux coupes en verre ayant la forme de verre d'horloge s'emboîtant l'un dans l'autre. Le sang prélevé est rendu incoagulable par addition de sulfate de soude, est hémolysé dans l'eau distillée et additionné de 100 centimètres de gélose glucosée, puis introduit entre les deux verres du dispositif où il s'étale, l'interstice circulaire périphérique étant scellé à la paraffine. On peut ainsi assister au développement des germes anaérobies stricts et anaérobies facultatifs, et opérer la numération des colonies.

En usant de cette méthode, Bœz et Schreiber admettent que les septicémies ou bactériémies à germes anaérobies représentent environ 10 p. 100 du total des germes isolés du sang.

En particulier, chez huit malades entrés à l'hôpital pour une affection d'un autre ordre, Bœz et Schreiber purent constater l'existence d'une bactériémie transitoire à *bacillus perfringens*. Tantôt, celle-ci est survenue comme complication d'une infection génitale; tantôt, elle a fait suite à une otite avec mastoïdite, ou à une érysipèle; tantôt, elle fut observée au cours d'une granulie, d'une péritonite tuberculeuse; tantôt enfin, au cours d'une phlébite avec infarctus pulmonaire.

Dans presque tous les cas, la bactériémie fut intense. Dans tous, le B. perfringens isolé était virulent pour l'animal et, de plus, hémolytique.

Il est difficile de préciser quelle fut, dans ces diverses observations, l'influence de la bactériémie à *B. perfringens* sur l'évolution générale de la maladie. Dans un cas, au moins, l'essainage dans le sang parut coïncider avec une poussée thermique.

Le pronostic de cette bactériémie semble commandé par le foyer d'infection initial.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

VIII. TOXI-INFECTIONS. DIPHTÉRIE TÉTANOS. CHOLERA

Contribution à l'étude du rôle des reins et des surrénales dans la malignité diphtérique. (J. Chalier, Brochier, H. Chaix et Grandmaison. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 janv. 1927, p. 1.) — Ce travail est fondé sur 11 observations anatomo-cliniques de diphtérie maligne; les auteurs constatant qu'aucune des pathogénies proposées pour rendre compte de la malignité diphtérique (théorie microbienne par association streptococcique, théorie cardiaque, intoxicationbulbaire, etc.), n'entraîne à elle seule la conviction; et ayant relevé dans leurs observations des lésions simultanément rénales et surrénales, font de ces lésions les facteurs principaux de l'intoxication générale mortelle des diphtérics graves.

L'atteinte rénale est révélée par des lésions de néphrite aiguë à prédominance parenchymateuse tubulaire; on note de l'oligurie et de l'albuminurie, de l'*azotémie* surtout (elle a varié de 0,92 à 2,40 par litre). Cliniquement, toute une série de signes, gastro-intestinaux, nerveux (torpeur, adynamie, convulsions) même respiratoires (dyspnée toxique) sont explicables par la néphrite azotémique quoiqu'ils n'en réalisent que rarement le syndrome complet.

Les lésions surrénales sont surtout microscopiques (lésions de congestion très intense avec parfois, dislocation des travées cellulaires dans la zone d'union entre corticale et médullaire); cliniquement l'insuffisance capsulaire se manifeste par des signes d'intoxication qui sont à rapprocher des constatations expérimentales physiologiques (asthénie, vomissements, apathie, fonte musculaire) et par des signes cardio-vasculaires (hypotension, myocardie, tendance au collapsus et à la syncope, mort subite).

Donc la sidération viscérale — dans le cas de malignité diphtérique — atteint deux organes avec électivité; elle bloque le rein et détermine une azotémie et une intoxication croissante; elle lèse les surrénales et annihile la fonction antitoxique dévolue à ces glandes. La combinaison de ces deux lésions organiques crée une maladie générale tuant par intoxication.

R. KOURILSKY.

Serum sensitization resulting from diphteria toxin-antitoxin administration. (Chester A. Stewart. *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 16 avril 1927, n° 16, vol. LXXXVIII.) — L'auteur a observé chez sept enfants, préalablement immunisés contre la diphtérie par trois injections du mélange toxine-antitoxine, des chocs anaphylactiques graves à la suite d'injections ultérieures de sérum antistreptococcique ou de sérum de cheval. Il préconise pour éviter ces accidents (qu'il a pu reproduire point par point, chez l'animal) d'utiliser de

plus en plus le procédé plus moderne de l'anatoxine, ou de faire l'immunisation avec un sérum différent du sérum de cheval (par exemple le sérum de chèvre). C'est en effet le sérum de cheval qui est à incriminer et l'assertion qu'il entre en quantité trop faible dans la préparation toxine-antitoxine pour pouvoir provoquer des accidents est controuvée.

R. KOURILSKY.

Diphteria immunization in Providence. (Cl. SCAMMAN et Al. POPE, *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 19 févr. 1927, n° 8, t. LXXXVIII, p. 563.) — Les auteurs donnent les résultats d'une expérience faites en 1923-1924-1925 sur une grande échelle pour l'immunisation antidiphtérique d'un district voisin de New-York. 15.000 enfants ont été immunisés par la vaccination toxine-antitoxine. Cette pratique élimine — d'après les auteurs — dans 90/100 des cas, tout risque de contracter la maladie. Le groupe le plus difficile à atteindre est celui des jeunes enfants au-dessous de cinq ans — pour des raisons familiales et sociales. C'est précisément celui qui devrait être le plus rigoureusement vacciné. Il est à présumer que la pratique de la vaccination systématique diminuera le nombre des porteurs de germes.

R. KOURILSKY.

Augmentation du nombre des diphtéries anormalement graves. (DERIBER et AGULNIK. *Deuts. Med. Woch.*, 13 mai 1927, n° 20, t. LIII.) — On a observé en Allemagne, au début de 1926, une aggravation nette de la diphtérie, avec formes anormalement graves et résistant à la sérothérapie.

A l'autopsie, Deriber et Agulnik ont trouvé très souvent des bacilles dans les différents organes, ainsi que l'association de streptocoques hémolytiques dans les viscères, alors que durant la vie il n'y avait eu aucune manifestation streptococcique.

Le streptocoque paraît donc, par sa seule présence, exalter la virulence du bacille diphtérique.

Il ne semble pas s'agir d'une diminution de l'activité du sérum, mais d'une épidémie de diphtérie de virulence supérieure aux précédentes.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Immunisation passive contre le tétanos par la voie cutanée. (A. BESREDKA et S. NAGAKAWA, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin 1927, t. XLI, n° 6.) — Un animal, injecté avec de la toxine tétanique, présente une raideur caractéristique, d'abord localisée au niveau de la région injectée. Le tétanos apparaît ainsi à ses débuts, comme une maladie locale. On peut alors se demander si celle-ci ne peut pas être accessible à un traitement local, qui consisterait à faire agir l'antitoxine tétanique sur la région primitivement intéressée. Besredka et Nagakawa ont entrepris à ce propos une série d'expériences sur le cobaye. Voici leurs conclusions :

1° Le sérum antitétanique, appliquée sur la peau rasée, vingt-quatre heures après une injection de toxine faite au même endroit, préserve le cobaye du tétanos.

2° Appliquée, d'une à trois heures *après* la toxine, au point d'injection, le pansement imbibé de sérum antitétanique préserve d'un tétanos mortel sans empêcher toutefois l'apparition de troubles passagers.

3° Employé en pansement sous forme liquide, le sérum agit surtout sur la toxine se trouvant dans la région de pansement. Si on l'emploie sous forme de crème (quatre parties de sérum, deux de lanoline, une de vaseline) le sérum protège le cobaye contre l'injection de toxine faite loin du pansement et le lendemain : dans ce cas, à l'immunité passive locale se surajoute une immunité passive générale.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Sur la sérothérapie curative du tétanos. A propos d'un cas de tétanos grave guéri par le nouveau sérum purifié et curatif associé à la chloroformisation. (R. ARCHAMBAUD et J. FRIEDMANN, *Presse méd.*, 27 avril 1927, n° 34, p. 530.) — Les auteurs ont observé un tétanos grave avec crises de contracture généralisée et état asphyxique inquiétant, survenu chez une enfant de douze ans et demi, trois jours après excoriation accidentelle du pied. Alors qu'un cas analogue, traité l'année précédente avec 700 centimètres cubes de sérum antitétanique habituel (dont 70 intrarachidien, 340 intraveineux et 200 sous-cutané) s'était terminé par la mort, l'issue favorable survint dans l'observation actuelle après l'injection de 1.420 centimètres cubes du nouveau sérum purifié et curatif de l'Institut Pasteur. Cette quantité fut répartie sur dix-neuf jours dont 200 par voie lombaire, 660 par voie intraveineuse, 560 par voie intramusculaire. Le nouveau sérum contient 5.000 unités antitoxiques par centimètre cube au lieu de 1.500 unités pour l'ancien. Aucune réaction sérique n'a été observée. Archambaud et Friedmann sont d'avis que la voie intrarachidienne doit être employée d'une façon aussi précoce que possible.

L'anesthésie chloroformique favorise l'action du sérum, diminue le danger immédiat d'asphyxie et permet l'introduction lombaire du sérum, en relâchant la contracture vertébrale.

La dose de sérum intrarachidien peut aller de 25 à 100 centimètre cube par jour ; après la voie rachidienne, la voie intraveineuse et intramusculaire est la plus indiquée.

La dose totale journalière doit être avec le nouveau sérum de 50 à 150 centimètres cubes par jour.

R. KOURILSKY.

Gewinnung und Prüfung von Choleragift. (M. HAHN et J. HIRSCH, *Klin. Woch.*, 12 février 1927, Jg. 6, n° 7, p. 312.) — Les auteurs ont confirmé leurs premières recherches sur la possibilité d'extraire des vibrions cholériques une toxine soluble, qu'ils ont réussi à isoler à l'état de poudre sèche par dessiccation dans le vide et à purifier de façon à ce que 1 à 2 milligrammes de ce produit, injectés dans le péritoine d'un cobaye, tuent l'animal en six à vingt-quatre heures. Cette toxine n'est pas dialysable, et ne traverse pas les bougies filtrantes. Si on injecte une dose de 5 à 20 milligrammes sous la peau, le cobaye meurt en deux jours, après vingt-quatre heures d'incubation, d'une infection aiguë diarrhéique qui rappelle en tous points le choléra humain. L'autopsie y montre les mêmes lésions intestinales et surrénales. A une dilution infime — de 1/400.000e — cette toxine détermine une paralysie spastique de l'intestin isolé du lapin. L'addition d'immunsérum à la toxine, supprime ce phénomène; l'addition du sérum normal le retarde sans l'empêcher.

R. KOURILSKY.

IX. SPIROCHÉTOSES

Identité entre spirochètes et bacilles fusiformes; les « Héliconèmes Vincenti ». (G. SANARELLI [de Rome]. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet 1927, n° 7, t. XLI.) — L'auteur apporte, dans cet important mémoire, une contribution du plus haut intérêt à l'étude de la symbiose fuso-spirillaire de Vincent.

L'étude de celle-ci dérive de celle qui a été faite antérieurement par Sanarelli des spirochètes cæcaux (voir *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1927, n° 1).

La culture de ces derniers a été faite par Sanarelli sur des milieux catalyseurs ou milieux de Tarozzi, obtenus en introduisant au fond des tubes de gélose inclinée un fragment d'organe, dont l'oxygène atomique est fixé par les germes anaérobies. On obtient ainsi des cultures spirochétiennes luxuriantes. On constate ainsi que les spirochètes intestinaux, sur les cultures à gélatines à 37 degrés, ne peuvent être distingués des autres spirochètes humains.

Sanarelli a, d'autre part, établi que, dans le bouillon ordinaire, le bacille de la pomme de terre (B. mesentericus vulgatus), exerce une action favorisante sur le développement des spirochètes. Le point essentiel est que les spirochètes, dans ces cultures mixtes, se présentent au bout de quelques jours *non plus sous l'aspect de spirochètes* mais sous celui de *bacilles fusiformes typiques*. Cette transformation n'est d'ailleurs pas permanente, car, dans les repiquages successifs, on

voit reparaître les formes spiralées. Mais le contact prolongé des souches spirochétiennes avec l'air atmosphérique fait apparaître, aux dépens de la souche spirochétienne originelle, une souche fusiforme, qui présente dès lors des caractères fixes, et se cultive, dans les différents milieux usuels, comme des bacilles fusiformes authentiques.

Suivant Sanarelli, les bacilles fusiformes ne seraient donc que des spirochètes ayant perdu la propriété d'effectuer une rotation hélicoïdale autour de leur axe, s'étant, pour ainsi dire, retractés autour de leur axes. Sanarelli propose donc de désigner ces deux formes d'un même microbe sous le terme générique d'*Heliconema Vincenti*.

Sanarelli termine son mémoire en faisant une critique serrée des travaux qui ont conclu à la possibilité d'isoler les bacilles fusiformes en culture pure. Pour lui, cet isolement n'a jamais pu être pratiqué; le bacille fusiforme n'est pas un germe indépendant, mais un simple aspect morphologique du spirochète.

PIERRE-NOËL DESCHAMPS.

Contribution à l'étude des spirochétoses bronchiques, à propos de 32 cas. (J. GATÉ et M. BILLA. *Presse med.*, 23 avril 1927, n° 33, p. 513.) — Dans un résumé historique complet, Gaté et Billa retracent les étapes de la découverte des spirochétoses bronchiques depuis Castellani. D'abord retrouvés dans des manifestations bronchitiques, hémorragiques, pseudo-tuberculeuses, les spirochètes viennent d'être décelés dans les crachats et les lésions pulmonaires des malades atteints de gangrène pulmonaire lente. Toute la question est de savoir si les spirochètes sont du genre *S. Vincenti*, accompagné ou non de *B. fusiforme*, ou s'il s'agit d'un spirochète spécial, *Sp. bronchialis* ou *de Castellani*, susceptible de donner naissance soit à la bronchite sanglante, soit à la gangrène pulmonaire (Bezançon et Etchegoin). Enfin dans les crachats hémoptoïques des tuberculeux, il existerait un spirochète spécial intermédiaire entre le *Sp. de Castellani* et le *Sp. buccalis*.

Les auteurs apportent, à ce problème complexe, l'appoint de leurs recherches faites dans 32 observations.

Toutes les expectorations à spirochètes étaient en partie ou en totalité suivant les cas, colorées d'une teinte particulière rouge brique.

Le bacille fusiforme est très inconstant; la flore saprophytique toujours présente. Les spirochètes se retrouvent facilement dans les particules muco-salivaires, rouge brique. Ils sont *polymorphes*, de taille et d'ondulations très variées, très irrégulièrement groupés, très mobiles; assez facilement cultivables par l'ensemencement des crachats dans le sérum de cheval dilué, sans huile; mais les cultures sont presque toujours impures et envahies par la flore saprophytique. L'inoculation sous-cutanée, au cobaye, fait apparaître une escarre au point d'inoculation, au-dessous de laquelle se constitue un abcès sous-cutané fétide qui fistulise; et le cobaye meurt au douzième jour.

L'examen de la sérosité de l'abcès, des franges sphacéliques qui bordent sa cavité révèlent le spirochète et la flore associée à l'autopsie, tous les viscères sont congestionnés, surtout les poumons qui présentent des suffusions hémorragiques très nettes.

Les passages successifs d'animal à animal — avec le pus de l'abcès — sont possibles, mais la virulence des microbes associés s'exalte au point que l'on arrive à obtenir des infections gangréneuses suraiguës tuant le cobaye en vingt-quatre heures.

Le spirochète n'a jamais été retrouvé dans les urines des cobayes inoculés. Les spirochètes des cultures ou ceux du pus d'inoculation présentent — contrairement aux spirochètes des crachats — une constance de forme remarquable : ce sont des éléments très fins, à tours de spire assez serrés et ayant de 15 à 20 μ.

Parmi les 32 malades, 8 étaient atteints de tuberculose évolutive, 17 de spirochétoses autonomes. Parmi celles-ci, 12 correspondaient au syndrome décrit par Castellani, 5 se présentaient sous le type d'une *sclérose pulmonaire diffuse hémoptoïque*, sans trace apparente de tuberculose ou de syphilis et ce type clinique doit prendre place à côté de la bronchite hémorragique parmi les spirochétoses bronchiques.

R. KOURILSKY.

Recherches sur la spirochétose broncho-pulmonaire. (C. SCHLOSSMANN [Esthonie]. *Presse méd.*, 12 fév. 1927, n° 13, p. 195.) — L'auteur reprend longuement et complètement l'histoire de la spirochétose broncho-pulmonaire avec les données cliniques, bactériologiques et expérimentales de la question. Sa contribution personnelle au problème est la suivante :

Les affections broncho-pulmonaires, la spirochétose ne sont connues en Esthonie que depuis 1920; depuis cette date Schlossmann a constaté 4 cas de bronchite fétide et 8 cas de gangrène pulmonaire dont aucun n'a été consécutif à un foyer septique de la cavité buccopharyngée. 3 cas de gangrène seraient survenues à la suite de pneumonies franches; la grippe joue un rôle favorisant indéniable. Un cas de contagion familiale aurait été constaté. Les formes cliniques de la spirochétose bronchopulmonaire sont au nombre de trois : la bronchite fétide, la gangrène pulmonaire aiguë, la gangrène pulmonaire subaiguë surtout, et la gangrène chronique. Dans les crachats le bacille fusiforme est très souvent associé au spirochète. Schlossmann a pu inoculer de ces crachats contenant à la fois les spirilles et le bacille fusiforme, sous la peau du cobaye, et a provoqué l'apparition d'un abcès puis d'un ulcère gangréneux, qui détermine la mort en vingt jours environ.

L'examen du pus montre les spirochètes et le bacille fusiforme, on peut faire des passages en série sur plusieurs animaux, avec accroissement progressif de la virulence. Les souris blanches sont extrêmement sensibles et meurent trente à trente-six heures après une seule injection d'émulsion de crachats faite à la base de la queue. Les frottis de rate ont montré des spirochètes et des cocci. Les rats blancs sont moins sensibles, mais les lapins meurent en un à trois jours avec des lésions de gangrène gazeuse expérimentale. La filtration des crachats sur bougie, n'entraîne aucun virus pathogène. Les coupes de lésions gangréneuses expérimentales ont montré au centre, du bacille fusiforme; à la périphérie, les spirochètes.

Schlossmann a enfin pu cultiver les spirochètes dans un milieu au sérum de lapin ou au sérum de cheval. La pullulation se fait en dix à quinze jours à 37 degrés. Les repiquages peuvent être répétés cinq ou six fois avec succès; mais les cultures s'infectent régulièrement et il est impossible de les obtenir pures. Faute de quoi l'identité des spirochètes ne peut être actuellement déterminée.

R. KOURILSKY.

Salvarsanfestigkeit den Recurrenten Spirochäten. (KRITSCHEWSKI. *Klein. Woch.*, 5 mars 1927, n° 10, t. LXXXXVI, p. 441.) — Dans cet intéressant travail l'auteur donne le résultat des recherches entreprises par lui avec sept souches différentes de spirochètes de la fièvre récurrente (*S. Obermaier* et *S. Duttoni*) sur 1.775 souris, afin de déterminer l'action exacte du salvarsan sur l'évolution de la maladie. Dans des travaux antérieurs Kritschewski s'était trouvé en contradiction avec les recherches d'Ehrlich et Hata, qui avaient conclu que le néosalvarsan déterminait une stérilisation définitive et une disparition du spirochète. Confirmant ses premières expériences, Kritschewski conclut au contraire qu'il est très difficile d'obtenir la disparition des spirochètes, même en injectant le salvarsan avant l'apparition du spirochète dans le sang. Si au lieu de faire simplement le contrôle microscopique du sang, comme Ehrlich et Hata, on prélève le cerveau des souris en apparence guéries, et qu'on en inocule une émulsion à des souris saines on constate qu'une forte proportion de

celles-ci sont infectées; les spirochètes se sont donc simplement réfugiés dans les centres nerveux. Il faut convenir que la stérilisation par le salvarsan est très difficile à obtenir, qu'elle nécessite des doses très élevées de salvarsan, voisines de la dose toxique; qu'elle est variable avec les diverses souches (le Sp. icterohemorragiæ est entre autres d'une résistance absolue). Les divergences qui séparent les divers expérimentateurs, ne sont pas tant dues à la variété de la souche employée, ou à la nature chimique du composé arsenical qu'à l'insuffisance des contrôles; le seul qui soit valable étant l'inoculation à la souris saine des émulsions cérébrales.

R. KOURILSKY.

Ætiologie der Weilschen Krankheit. (Baermann et Suelzer, *Klin. Woch.*, 21 mai 1927, Jg. 6, n° 21, s. 979.) — Ce travail très intéressant a été entrepris par Baermann et Suelzer, à l'hôpital de Petoembockan à Sumatra, pour résoudre la question de la nature exacte des spirochètes trouvés dans les ictères fébriles (spirochétose ictéro-hémorragique, fièvre jaune, ictère infectieux fébrile, ictère infectieux à rechutes ou maladie de Weil) et des spirochètes isolés des eaux courantes ou stagnantes à l'endroit où furent observés les cas d'ictère.

L'incertitude règne encore en effet quant à l'identité de ces divers spirochètes, ou à leur différence d'espèce. Les auteurs ont utilisé 118 souches de spirochètes provenant de divers ictères, dont 96 observés sur place; les autres provenaient de centres bactériologiques européens ou japonais et avaient été isolés au cours d'ictères diagnostiqués fièvre jaune, spirochétose ictéro-hémorragique ou maladie de Weill.

L'analyse des eaux, faite avec une très grande rigueur dans les localités où s'étaient déclarés les cas d'ictère, à Sumatra, a montré dans tous les cas l'existence de spirochètes, qu'il s'agisse des eaux courantes de fleuves, de mares, de ruisseaux souillés de matières organiques diverses. Les cultures impures obtenues sur sérum de lapin, étaient sélectionnées par inoculation au cobaye ou lapin, en prélevant du sang du cœur périodiquement pour le cultiver sur le milieu au sérum de lapin. Baermann et Suelzer sont parvenus ainsi à isoler les spirochètes en culture pure.

Avec ces cultures, les auteurs ont pu reproduire chez l'animal (cobaye ou lapin) une maladie absolument analogue à l'ictère à rechute ou maladie de Weil; mais celle-ci n'est souvent apparente qu'après des passages successifs. Aux premières inoculations se fait une dissémination générale des spirochètes que l'on retrouve dans le sang de l'oreille et la sérosité péritonéale; que l'animal meure avec ou sans ictère, on retrouve constamment des lésions rénales et surtout hépatiques.

L'inoculation de la souche hydrique de spirochètes à l'homme, faite en injection intraveineuse (germes tués à une heure à 56 degrés), à très faible dose détermina au quatrième jour une élévation fébrile minime, le spirochète apparut dans le sang du quatrième au neuvième jour et au vingt-cinquième jour dans l'urine; on ne constata pas d'ictère; le germe après son passage chez l'homme était devenu immédiatement agglutinable au sérum humain.

Baermann et Suelzer concluent donc à l'identité du spirochète des eaux et des spirochètes pathogènes déterminant l'ictère infectieux (maladie de Weil). Il en est très probablement de même des germes européens.

Les auteure entreprirent ensuite une différenciation sérologique minutieuse des divers spirochètes pathogènes; ils ont effectué plusieurs milliers de recherches d'agglutination, et de lyse, de détection d'anticorps, et ont reconnu qu'il est impossible de différencier entre eux les différents spirochètes par cette méthode : la même souche ne réagit pas de la même façon vis-à-vis d'un même sérum; toutes peuvent par simple contact, ou par mélange intime, échanger leurs propriétés ou les perdre partiellement. En réalité, toutes les souches humaines, marines, ou hydriques qui ont passé par l'homme et les animaux, acquièrent les mêmes caractères sérologiques par une même influence spécifique. En général, quelle que soit la maladie en cause, l'agglutinabilité des germes vis-à-vis du sérum humain, est extrêmement élevée au début (1/34.000e dans les cinquante premiers jours) tombe très rapidement (1/700e du cinquantième au centième jour) à un taux fixé 1/300e au centième jour). Aussi les auteurs concluent résolument à *l'identité complète des spirochètes retirés des eaux, avec le spirochète de la maladie de Weil, les spirochètes de Inada et Ido*, très probablement aussi avec le spirochète de la fièvre jaune.

Il existe donc une infection spirillaire d'origine hydrique, capable d'atteindre à la fois les animaux et l'homme; celui-ci est même le meilleur réactif à l'infection spirochétosique.

L'infection par l'eau ne se fait pas nécessairement par déglutition d'eau infectée; le simple contact de l'eau pendant le bain suffirait.

La grande majorité des infections à spirochètes déclarées ne se traduit pas par un ictère; de simples malaises, des symptômes généraux banaux, un petit état subfébrile les trahissent; le diagnostic en est impossible. Toutes ces manifestations sont souvent notées après des inondations par exemple, qui amènent une recrudescence d'ictères infectieux.

Ce fait explique encore les grandes variétés qu'offre le tableau de la spirochétose ictéro-hémorragique, notées par tous les observateurs.

Cliniquement, la spirochétose et la maladie de Weill des pays tempérés sont dus au même germe. Le seul terme étiologique exact pour tous les cas d'ictère fébrile est celui de *Spirocheta ictérogènes ;* très probablement le « Leptospira ictéroïdes » représente également le même germe.

L'hémoculture est positive dans 80 p. 100 des cas; 2/10 de centimètre cube du sang de la veine suffisent : on les introduit dans 3 centimètres cubes de sérum de lapin dilué au 1/10, on peut encore injecter 5 centimètres cubes de sang dans le péritoine des cobayes pendant trois jours de suite; le diagnostic peut être fait au quatrième ou cinquième jour en examinant au microscope une goutte du sang de l'oreille du cobaye, méthode couramment employée par les auteurs à Sumatra.

Ils n'utilisent pas la centrifugation. Toutes les cultures sont faites sur du sérum de lapin au 1/10. L'agglutination peut être employée au huitième jour et doit être faite avec de multiples souches.

Le traitement des cas graves nécessite le sérum polyvalent à hautes doses (150 à 200 centimètres en trois ou quatre jours) préparé à l'aide de plusieurs souches, qui a également fait ses preuves dans plusieurs ictères graves européens.

R. KOURISKY.

Rapports entre Leptospira ictéroïdes (Noguchi) et Leptospira ictéro-hemorrhagiae (Inada et Ido). (Puntoni, *Soc. de biol.*, séance du 30 avril 1927; C. R., n° 14, p. 1139, 1927.) — Puntoni a étudié comparativement une souche de *L. ictéroïdes* et une souche de *L. ictéro-hemorrhagiae*. Il n'a trouvé aucune différence culturale (toutes deux sont tuées en dix minutes à 56 degrés), aucune différence dans la réaction immunologique qu'ils déterminent chez le lapin.

L'auteur ayant vacciné deux lapins avec l'un ou l'autre des Leptospires, a constaté que le phénomène de Pfeiffer réalisé avec chacun des deux sérums sur 6 Leptospires homologues est incomplet dans les deux cas; le procédé de fixation du complément révèle une inhibition très faible et inconstante de l'hémolyse soit dans les réactions homologues, soit dans les réactions croisées. L'agglutination, très caractéristique dans les deux cas, se produit avec la même intensité, en présence d'un sérum homologue ou hétérologue.

Les deux sérums protègent indistinctement les cobayes contre le L. ictéro-hemorrhagiae (le seul qui détermine une action pathogène constante chez le cobaye). Les sérums des animaux vaccinés exercent à peu de chose près indifféremment

sur l'une et l'autre souche le même pouvoir inhibiteur. Par conséquent, la différenciation des deux espèces étudiées est pratiquement impossible par les moyens actuels de la microbiologie. R. KOURISKY.

Immunitätstudium bei dem experimentellen Rückfallefieber der Maus. (R. STREMPELL et G. ARMUZZI [de Bonn], *Klin. Woch.*, 8 janvier 1927, Jg 6, n° 2, p, 62.) — Dans l'espoir d'éclaircir le mécanisme général de la défense humorale au cours des spirochétoses humaines; Strempell et Armuzzi se sont attachés à mettre en évidence chez la souris infectée par le spirochète de la fièvre récurrente murine, les réactions d'immunité. Avant eux, Buschke et Kroo, Tonioka, avaient montré que pendant la phase d'immunité, on trouvait encore des spirochètes dans le cerveau, quelquefois d'autres organes profonds.

Strempell et Armuzzi ont modifié cette donnée en montrant que la présence des spirochètes dans les centres nerveux des souris immunisées était rare et passagère et qu'on n'en peut trouver trace dans d'autres organes.

Les spirochètes trouvés dans les centres nerveux n'ont aucune résistance particulière aux substances immunisantes trouvées dans le sérum.

L'immunité des souris est toute relative : les souris infectées par voie péritonéale, et immunisées vis-à-vis de cette voie d'infection peuvent être surinfectées par l'injection sous-cutanée de la même souche de spirochètes.

Il ne semble pas que les spirochètes ou les substances immunisantes du sérum puissent traverser le placenta.

R. KOURILSKY.

X. INFECTIONS A PROTOZOAIRES

Paludisme quinino et arsenico-résistant traité avec succès par l'iodo-bismuthate de quinine solubilisé (280 de Fourneau). (P. CARNOT et BOLTANSKY, *Paris méd.*, 14 mai 1927 n° 20, p. 472.) — L'action a été manifestée dès la première injection qui a été de 8 centimètres cubes.

Le traitement total fut de 6 injections 10 centimètres cubes de produit solubilisé de Fourneau correspondant à 0g30 d'iodobismuthate de quinine précipité.

La quinine ne semble pas jouer de rôle thérapeutique, celui-ci dépend du bismuth et surtout de la grande solubilité du sel employé. R. KOURILSKY.

The Symptomatology of Infection with Endamoeba Histolytica in Carriers. (Ch.-F. CRAIG *Journ. of Am. med. Assoc.*, 1er janv. 1927, vol. LXXXVIII, n° 1, p. 19.) — Craig insiste sur la fréquence actuelle aux Etats-Unis des formes frustes de dysentérie amibienne; il estime que 10 p. 100 de la population totale est infectée de porteurs de germes. Ceux-ci ne sont pas indemnes de manifestations digestives ou générales qu'il faut savoir dépister et traiter immédiatement. Des mesures de détection et de prophylaxie générale s'imposent contre l'amibe. R. KOURILSKY.

Quelques résultats éloignés du traitement de la maladie du sommeil par le tryparsamide. (G. LE DENTU, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept. 1927, t. XLI, n° 9, p. 982.) — Ce mémoire expose les résultats du traitement de la maladie du sommeil par la tryparsamide, entrepris pendant un an environ (de novembre 1924 à octobre 1925) à l'Institut Pasteur de Brazzaville et dont Le Dentu vient exposer les résultats éloignés.

Il envisage donc ici les malades dont le traitement a été suspendu pendant au moins neuf mois; le plus grand nombre des observations remonte de treize à dix-huit mois, ce qui, en y comprenant la période de traitement, suppose un an et demi à deux ans de surveillance médicale.

64 cas sur 130 malades traités ont pu ainsi être suivis.

Parmi les malades traités au début de la seconde période, 4 ont pu être suivis; 2 sont apparemment guéris, 2 ont fait une rechute.

Parmi ceux qui ont été traités au cours de la seconde période confirmée (altération très marquée du liquide céphalo-rachidien, sans signes cliniques), 28 ont pu être suivis; 23 d'entre eux ont présenté pendant toute une année les apparences de la guérison. 3 rechutes sont survenues.

24 malades, traités à un stade avancé de la période secondaire (début de signes cliniques) ont pu être suivis. 13 paraissent guéris au bout d'une période d'environ seize mois.

Enfin, chez des malades traités à la période terminale de la trypanosomiase, on trouve 6 succès, 1 amélioration et 1 décès.

Les rechutes sont en général imputables à une insuffisance de traitement.

Un traitement antérieur par l'atoxyl ne semble pas contrairement à ce qui a été avancé, conférer une arsénorésistance et nuire à la thérapeutique par la tryparsamide.

PIERRE-NOËL RESCHAMPS.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MALADIES PROFESSIONNELLES

Diverses dispositions réglementaires sont intervenues au sujet des maladies professionnelles. Il importe de les faire connaître à nos lecteurs :

1. Le décret du 30 novembre 1926 a étendu les dispositions du Code des assurances sociales (Alsace-Lorraine) à des maladies professionnelles.

L'article 1er de ce décret dispose que la législation sur l'assurance contre les accidents du travail dans l'industrie, en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, est étendue, dans les conditions que fixe le décret, aux affections aiguës ou chroniques mentionnées aux tableaux annexés au décret dont il s'agit.

L'article 2 déclare que les affections visées à cet article 1er sont considérées comme maladies professionnelles, lorsqu'elles atteignent des travailleurs assurés en vertu des articles 544 et suivants du Code des assurances sociales du 19 juillet 1911 et habituellement occupés aux travaux industriels correspondants.

Les entreprises soumises à l'assurance contre les maladies professionnelles sont celles qui effectuent les travaux énumérés dans les tableaux annexes. L'article 7 oblige les chefs d'entreprise effectuant ces travaux à faire une déclaration avant l'ouverture des dits travaux soit à la corporation dont ils sont membres, soit à l'office d'assurance du siège de l'entreprise, lorsque celle-ci n'est pas encore assurée auprès d'une corporation; en ce dernier cas, la déclaration doit satisfaire aux conditions stipulées à l'article 653 des assurances sociales. D'autre part, l'article 8 spécifie que tout industriel qui cesse d'employer des procédés de travail comportant l'usage des substances susceptible de provoquer l'une des maladies professionnelles visées à l'article 1er doit en faire la déclaration à la corporation dont il est membre.

Le décret détermine le délai dans lequel la déclaration doit être faite et les conditions dans lesquelles l'ouvrier a droit à une indemnité.

2. Il y a lieu de signaler à l'attention des médecins le décret du 19 février 1927 qui abroge et remplace le décret du 4 mai 1921. Aux termes de ce nouveau décret, les cas de maladie d'origine professionnelle que les docteurs en médecine ou officiers de santé *doivent déclarer* aux termes de l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919, en vue de l'extension éventuelle de la législation sur les accidents du travail à ces maladies, sont les suivantes :

Toutes les maladies ayant un caractère professionnel causées :

a. Par le plomb et ses composés;

b. Par le mercure et ses composés;

c. Par les hydrocarbures et leurs dérivés chlorés et nitrés, notamment le benzène, le tétrachloréthane, le tétrachlorure de carbone, l'éthylène perchloré, l'éthylène trichloré, l'éthylène dichloré, le chloroforme, l'éthane pentachloré, les nitrobenzènes;

d. Par l'aniline et ses dérivés;

e. Par le sulfure de carbone;

f. Par les vapeurs nitreuses, le chlore et autres gaz chlorés, le brome, l'acide fluorhydrique, le gaz sulfureux, l'hydrogène sulfuré et le sulfhydrate d'ammoniaque, l'acide cyanhydrique, l'oxyde de carbone, l'oxychlorure de carbone (gaz phosgène), les formoldéhydes;

g. Par le phosphore blanc et l'hydrogène phosphoré;

h. Par l'hydrogène arsénié et autres composés de l'arsenic;

i. Par l'action des brais, goudrons, huiles minérales, bitumes, ciments, chaux et autres produits caustiques;

j. Par l'action de l'acide chronique et des chromates alcalines;

k. Par l'action des rayons X et des substances radio-actives.

On voit par l'énumération qui est faite que l'obligation de déclaration imposée au médecin est importante. Il doit s'y conformer dans les conditions que nous avons déjà indiquées, lorsque nous avons fait connaître les dispositions de la loi sur les maladies professionnelles.

3. Un arrêté du 16 décembre 1926, devant prendre effet à partir du 1er janvier 1927, a apporté des modifications au tarif dee frais médicaux en matière d'accidents du travail. Il décide :

1° Le prix de la visite ou de la consultation fixé à l'article 1er dudit tarif, est porté de 10 à 12 fr.;

2° L'indemnité de déplacement, fixé à l'article 2, est portée, dans les villes de moins de 100.000 habitants et dans les campagnes, de 1 fr. 10 à 1 fr. 50 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour pour les régions de plaine et de 1 fr. 65 à 1 fr. 80 pour les régions des montagnes. Le régime spécial appliqué aux régions dévastées est supprimée;

3° A l'article 26, la majoration des frais et honoraires prévu aux paragraphes Ier et VI dudit article pour les médecins électroradiologistes et radiothérapeutes est porté de 20 à 50 p. 100.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

La vésicule biliaire, anatomie, physiologie, sémiologie, pathologie, thérapeutique (1), par M. Chiray, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et I. Pavel, assistant universitaire à la Faculté de médecine de Bucarest, prosecteur de l'hôpital Coltza; avec un exposé de radiologie vésiculaire par A. Lomon, électroradiologiste des hôpitaux de Paris.

La pathologie de la vésicule s'est, jusqu'à une époque récente, plus ou moins confondue dans l'esprit des médecins avec celle de la glande hépatique.

La conception moderne fait une part de plus en plus importante à la pathologie proprement vésiculaire. Cette conception nouvelle de la pathologie vésiculaire s'est édifiée grâce aux nombreux travaux publiés depuis quelques années dans le monde entier et auxquels les auteurs de cet ouvrage ont considérablement contribué.

C'est une monographie complète de la vésicule biliaire que

(1) Un volume de 568 pages avec 130 figures et 4 planches couleurs. — Prix : 70 fr. — Paris, Masson et Cie.

contient ce livre. Après un exposé d'anatomo-physiologie, on y trouvera développés :

Les méthodes d'examen (épreuves de l'excrétion vésiculaire provoquée, radiologie de la vésicule).

Les syndromes vésiculaires.

La pathologie vésiculaire.

Enfin *des considérations thérapeutiques, tant médicales que chirurgicales.*

Le travail des auteurs ne s'est pas limité aux travaux principaux, on trouvera à leur place, maints documents intéressants, maints faits cliniques qui n'avaient pas été groupés jusqu'à présent en raison de leur caractère disparate.

Les auteurs ont donné une large extension à l'exposé des méthodes nouvelles employées pour l'exploration vésiculaire, en particulier à l'épreuve de Meltez-Lyon à laquelle le docteur Chirey a consacré de nombreux travaux. Ils ont fait une large part à l'exploration radiologique, notamment à la cholécystographie.

Beaucoup de questions étudiées par d'autres auteurs dans des mémoires spéciaux ont été mises à leur place réelle : ainsi *le cas du volvulus de la vésicule, de la péritonite biliaire sans perforation, des parasitoses vésiculaires, des malformations congénitales et des suites médicales de la cholécystectomie.*

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

MAL PERFORANT PLANTAIRE

Caractérisé par une **ulcération** du pied **indolore** e **atone**, envahissant les tissus en profondeur et n'ayant aucune tendance spontanée à la guérison.

ÉTIOLOGIE

Deux grandes causes, loin devant les autres :

Le tabes.

Le diabète.

Puis :

a. Affections du système nerveux :

Syringomyélie. Paralysie générale. Paralysie infantile. Spina bifida. Mal de Pott. Fracture du rachis. Névrite ou plaies du sciatique.

b. Certaines intoxications : l'alcool.

c. Enfin, la tuberculose.

Affection de la cinquantaine, la station debout prolongée et la fatigue ne sont que des causes prédisposantes, localisatrices : le **mal perforant** est la traduction d'une **névrite**.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Coupe : **Bords** : bourrelet saillant d'épiderme épaissi et de derme à papilles hypertrophiées.

Fond : derme détruit formé par un tendon exfolié à synoviale épaissie reposant sur un os raréfié à cartilage détruit.

Vaisseaux : endartérite proliférante.

Nerfs périphériques : névrite dégénérative.

CLINIQUE

Début. — Aux **points de pression** du pied : têtes du premier ou du cinquième métatarsien. Talon.

Parfois : plaie ou phlyctène d'emblée.

Le plus souvent :

D'abord un **durillon dur, épais**.

Puis une **phlyctène** qui se rompt, laisse écouler un liquide roussâtre et met à nu un derme **rosé**, saignotant, **douloureux**.

Après une série de guérisons et de récidives, l'ulcère est constitué.

Etat. — Se présente sous deux types :

Ou bien : sous un épiderme décollé, petit trajet étroit, communiquant en bouton de chemise sous le derme avec une bourse séreuse.

Ou bien : vraie ulcération caractéristique.

Bords : **arrondis, réguliers, cratériformes**, à pic, formant collerette.

Fond : **atone, indolent**, sanieux, avec **bourgeons grisâtres**.

Autour :

Zone d'inflammation chronique, pigmentée, violacée, œdémateuse.

Zone d'anesthésie au contact, à la piqûre, à la température.

L'orteil correspondant est souvent le siège de troubles trophiques :

Peau épaisse, écailleuse.

Ongle fenaillé, cassant.

Pas d'adénopathie en dehors de l'infection secondaire.

Dans les deux cas faire un examen général.

Wassermann. Ponction lombaire. Examen d'urine.

EVOLUTION

A la suite d'améliorations et d'aggravations successives suivant que le malade garde le lit ou reprend la marche, il gagne en profondeur, aidé par l'infection secondaire.

Le tendon à nu s'exfolie.

La synoviale s'épaissit.

L'**os nécrosé** donne sec sous le stylet.

Lésions souvent plus importantes que ne le laisse supposer l'aspect extérieur.

COMPLICATIONS

Gangrène. Phlegmon. Lymphangite. Arthrite.

PRONOSTIC

Celui de l'affection nerveuse causale.

FORMES CLINIQUES

Maux perforants des pieds bots paralytiques et traumatiques (cals vicieux de fracture de Dupuytren), changent de localisations car les points d'appui et de pression du pied sont décalés.

DIAGNOSTIC

Positif. — Ulcération **rebelle, atone, indolente siège spécial**.

Différentiel. — Au début :

Durillon forcé. Hygroma. Psoriasis plantaire.

A la période d'ulcération :

Durillon forcé.

Arthrite fistulisée.

Ulcération fistulisée.

Le gros diagnostic :

L'**épithélioma cutané**.

Adénopathie inguinale.

Etiologique. — Le traumatisme n'est retenu que comme agent localisateur.

Rechercher d'abord **tabes, diabète**.

Puis les autres causes.

TRAITEMENT

Avant tout : la cause.

Puis : **repos au lit** et **pansements aseptiques** sont encore le meilleur traitement.

Le hersage des nerfs de la plante, la sympathectomie périartérielle ont donné, dans certains cas, de bons résultats.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'électro-radiologie. — *Epreuve de manipulation.* — Séance du 20 décembre. — MM. Stuhl et Renaud, 12; Lapeyre et Gibert, 8; Mme Tedesco, 12.

Séance du 21 décembre. — MM. Pierron, 10; Mathieu, 16; Prévost, 12; Dernas, 19; Mme Sousson, 8.

Classement des candidats : MM. Deruas, 24; Mathieu, 21; Stuhl, 16 1/2; Mme Tedesco, 16; M. Prévost, 15.

— Concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache et Hendaye. — Séance du 19 décembre. — *Lecture des copies.* — MM. Bachman, 25; Benech, 20; Gaudin et Cain, 18; Levannier, 16; Deluire, 25; Blanchard, 15; Choffé, 24; Lebovits, 21.

Oral. — Séance du 20 décembre. — Question donnée : « Symptômes, diagnostic et traitement du tétanos. »

MM. Boyé, 15; Bochman, 16; Mlles Fayot, 18; Develay, 19 1/2; Weiss, 20; MM. Lebovits, 13; Vinceneux, 15; Balmelle et Benech, 14; Deluire, 10; Choffé, 13.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — Un emploi d'agrégé de chirurgie est déclaré vacant. (*J. O.*, 20 déc. 1927.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Besançon. — L'Ecole de médecine et de pharmacie de Besançon fait connaître que l'emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle est vacant.

Les agrégeables désirant être nommés sans concours sont priés de se faire connaître d'urgence au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris. — Le traitement est de 2.000 fr.

— Dijon. — Un concours s'ouvrira le 22 octobre 1928 devant la Faculté de médecine de Lyon pour un emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie, clinique chirurgicale et clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Dijon. (*J. O.*, 20 déc. 1927).

GUERRE. — Section technique du Service de santé. — Sont nommés membres externes de la section technique : MM. les médecins principaux Jeandidier, Pasteur, Morisson.

MM. les médecins-majors Sciaux, Bellot, Schneider, Col, Anglade, Pilod, Bolotte, Clavelin et Chaumet.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille des épidémies en or a été décernée, à titre exceptionnel, à M. Jean Daumont, interne des hôpitaux de Clermont-Ferrand, victime du devoir professionnel. (*J. O.*, 21 déc. 1927.)

XXVe ANNIVERSAIRE DE M. CHARLES NICOLLE A LA DIRECTION DE L'INSTITUT PASTEUR DE TUNIS. — Sous le haut patronage de S. A. le Bey et de M. Lucien Saint, ministre plénipotentiaire, résident général de la République française en Tunisie, un comité vient de se former pour offrir au maître une médaille d'or à son effigie. La remise de la médaille aura lieu au printemps prochain.

Des médailles de vermeil, d'argent ou de bronze seront remises aux souscripteurs de 250, 200 ou 100 fr.

Les souscriptions doivent être adressées au nom du Comité Ch. Nicolle à la Société Générale, agence de Tunis.

Le comité est composé des docteurs E. Conseil, C. Anderson, Dinguizli, F. Gérard, G. Soria et de M. Joseph Valensi.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE BELGE. — L'Association vient de renouveler son bureau. M. le professeur Léopold Mayer, président sortant, non rééligible est remplacé par M. le docteur Watry (*Anvers médical*); M. le professeur de Nobele (*Journal de radiologie*) a été élu vice-président; M. R. Beckers (*Bruxelles médical*) secrétaire général; M. J. Rosenthal (*Journal dentaire*), trésorier.

JOURNÉES MÉDICALES BELGES (21-25 avril 1928). — Les Journées de 1928 organisées par *Bruxelles médical* seront présidées par M. le professeur Auguste Slosse, directeur de l'Institut de physiologie et membre de l'Académie royale de médecine.

M. Mayer est vice-président, M. Beckers, secrétaire général. On annonce des conférences de MM. Gley (de Paris), Bordier (de Toulouse), Pautrier (de Strasbourg), Donati (de Turin), N. Fiessinger et Mathieu-Pierre Weill (de Paris), Egas Moniz (de Lisbonne), Bastos (de Madrid).

La conférence inaugurale sera faite par M. Henri Jaspar, premier ministre, qui parlera de l'ordre des médecins.

LES SECOURS MÉDICAUX EN MER PAR T. S. F. — A différentes reprises des consultatione médicales ont été données par T. S. F. à des cargos dépourvus de médecins. On se rappelle aussi que l'an dernier du sérum antitétanique fut envoyé d'urgence à un grand paquebot dont la provision était épuisée.

Notre excellent confrère Raoul Bernard (de Bruxelles), assisté du lieutenant radiotélégraphiste Hoeck, de la marine belge, vient de réaliser un projet pratique de consultations médicales par T. S. F. qui peut être réalisé immédiatement. Désormais les appels de secours médicaux de navire à navire ou de navire à port côtier peuvent être envoyés et recevoir une réponse dans un délai qui varie de dix-sept à trente-cinq minutes.

ENQUÊTE SUR LES CAS DE MORTS PAR ANESTHÉSIE LOCALE. — Le docteur Georges Canuyt, professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine de Strasbourg, prie les médecins et les spécialistes oto-rhino-laryngologistes qui auraient observé ou eu connaissance de cas de morts survenues au cours d'une anesthésie locale, de bien vouloir les lui communiquer en répondant au questionnaire ci-après.

Le professeur Canuyt prend l'engagement de tenir rigoureusement secret le nom des confrères qui voudront bien lui écrire.

1° Caractéristiques du malade (sexe, âge, etc.).

2° De quelle affection était-il atteint?

3° Quelle est l'opération que l'on voulait pratiquer?

4° La mort a-t-elle eu lieu avant, pendant ou aussitôt après l'intervention?

5° Dans quelles conditions l'accident est-il survenu?

a. Anesthésique employé;

b. Dose, concentration;

c. Mode d'application (badigeonnage, injection, etc.).

6° Quels ont été les symptômes accusés?

Le professeur Canuyt remercie d'avance les confrères qui voudront bien lui répondre. Les réponses devront être adressées au professeur Canuyt, Clinique oto-rhino-laryngologique, hôpital civil, Strasbourg.

INSPECTEUR DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE DES ARDENNES. — Un concours sur titres, pour l'emploi d'inspecteur départemental des services d'hygiène des Ardennes, est ouvert à Mézières jusqu'au 15 janvier 1928.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 15 janvier 1928.

DIRECTEUR DE BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE. — Le poste de la Rochelle est vacant. Traitement : 10.000 fr. par an. S'inscrire dans un délai de vingt jours au ministère de l'Hygiène (direction de l'hygiène publique, 6e bureau, 7, rue Cambacérès, Paris. (*J. O.*, 15 déc. 1927.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chiron, chirurgien honoraire des hôpitaux de Chambéry ; Vieillard-Baron, chirurgien de l'hôpital d'Autun; John Paterson et Andrew Wauchope (de Glascow).

CHRONIQUE

INAUGURATION DU FOYER MÉDICAL FRANCO-INTERNATIONAL

Le Foyer médical, dont l'inauguration officielle a eu lieu mardi, est magnifiquement installé avenue d'Iéna dans l'ancien hôtel du Prince Roland Bonaparte qui est devenu, on le sait, la propriété de la Compagnie de Suez.

La cérémonie était présidée par M. Jean de Piessac, représentant M. André Fallières, ministre du Travail et de l'Hygiène, retenu au Sénat. Il était assisté de M. le professeur Charles Richet, président d'honneur, et du docteur H. Thiéry, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France, président du Cercle. A leurs côtés se trouvaient M. Goris, doyen de la Faculté de pharmacie; M. Béclère, vice-président de l'Académie de médecine; M. Bellencontre, président de l'A. G.; M. Rouy, chef du personnel médical de l'Assistance publique. On remarquait aussi des représentants des ministres de la Guerre, de la Marine, des syndicats et des groupements médicaux et pharmaceutiques.

Dans la très nombreuse assistance nous avons noté au hasard des rencontres MM. les professeurs Achard et Netter, MM. Siredey, Ch. Fiessinger, Levassort, Noir, Vimont, Decourt, Paul Boudin, Lortat-Jacob, Léri, Laignel-Lavastine, Dartigues, Wattelet, Paul Lutaud, Toraude, Darras, Mainot, Crinon, Monnot, secrétaire général du Foyer, Noguès, Buizard, Paul Camus, Lobligeois, Georges Brouardel, Weissenbach, Bertillon, Rehm, Foveau de Courmelles, Pierre Maurel, etc., et de nombreuses dames.

Des discours furent prononcés : M. de Piessac apporta les vœux du ministre; M. H. Thiéry fit l'historique du Cercle. Il dit tout ce qu'on doit à ses animateurs Crinon et Monnot et exposa le but de ce Foyer, lieu de réunion et de délassement où les médecins français pourront recevoir dignement les médecins étrangers et faire ainsi la plus utile des propagandes pour notre pays.

M. Charles Richet, dans une charmante improvisation, fit un rapprochement entre la maison de Socrate qu'il voulait toujours pleine d'amis et le Foyer qui, en réunissant tous les médecins amis, sera un nouveau centre de rayonnement de la science médicale française.

Sous l'aimable conduite de M. Thiéry, les invités visitèrent les beaux salons, la salle du restaurant où les médecins peuvent recevoir leurs amis, les confortables salles de lecture et de correspondance, les salles de bridge et enfin le bar. Là des toasts chaleureux furent portés à la prospérité du nouveau club parisien qui sera vraiment la Maison des médecins.

F. L. S.

REVUE GÉNÉRALE

SYNDROMES NON CLASSÉS A MONONUCLÉOSE

avec évolution aiguë ou subaiguë (1)

Par le docteur TURRIÈS,

Chef de clinique médicale adjoint à l'École de médecine de Marseille.

ÉTUDE NOSOLOGIQUE

La classification des maladies du sang, et en particulier des leucopathies, est un terrain encore mouvant sur lequel des opinions opposées s'affrontent. Son intérêt est cependant des plus grands car, en se basant sur une classification solide et rationnelle, il sera plus facile de s'orienter vers la découverte des causes morbides de la pathologie sanguine.

Les syndromes que nous venons de décrire n'ont pas leur place bien nettement indiquée encore. Ils réalisent cependant des types cliniques précis qu'il est indispensable de situer dès maintenant au milieu des cadres plus anciens. A cet effet, nous allons étudier successivement : d'abord leurs rapports réciproques, ensuite les rapports de chacun d'eux avec les états toxi-infectieux et avec les diverses hémopathies.

I. **Rapports réciproques des groupements symptomatiques précédents.** — Ce qui nous a incité à rapprocher les uns des autres ces trois types cliniques c'est l'existence commune, au cours d'un syndrome d'apparence toxi-infectieuse et à évolution aiguë, d'une mononucléose, soit absolue, soit relative, accompagnée de leucopénie ou d'hyperleucocytose. En outre, il y a coexistence dans les trois cas de phénomènes pharyngés plus ou moins graves.

Il est évident que de telles analogies ne sont pas à négliger. Mais les points de rapprochement sont encore plus étroits entre la fièvre ganglionnaire et la mononucléose infectieuse : signes cliniques à peu près identiques, évolution de durée et de pronostic semblables. D'après Letheby Tidy et Daniel (2), on serait autorisé à conclure que la fièvre ganglionnaire et la mononucléose infectieuse sont identiques, et pour eux il ne faut voir dans ces deux groupes qu'une seule et même affection.

Par contre, si l'on compare d'une part la fièvre ganglionnaire et la mononucléose infectieuse avec d'autre part l'agranulocytose, on s'aperçoit que ces divers syndromes sont séparés par les particularités suivantes :

Leucopénie dans l'agranulocytose et hyperleucocytose dans les autres groupes.

Mononucléose relative dans l'agranulocytose, absolue dans les autres groupes.

Adénopathies absentes dans l'agranulocytose, présentes dans les autres syndromes.

Lésions anatomiques spéciales dans l'agranulocytose.

Evolution fatale dans l'agranulocytose, et favorable dans les autres cas.

En réalité, ce qui rapproche le plus ces divers syndromes, ce sont encore leurs rapports communs avec les états toxi-infectieux et les états leucémiques et leucémoïdes que nous allons maintenant envisager.

II. **Rapports des syndromes précédents avec les états toxi-infectieux.** — Nous avons déjà signalé chemin faisant que beaucoup d'auteurs cherchent l'origine des leucopathies qui nous occupent dans une infection ou une intoxication, spécifique ou non. Le rapprochement de ces leucopathies avec un état toxi-infectieux se base en effet sur des données non négligeables.

Ces données sont surtout convaincantes en ce qui concerne la fièvre ganglionnaire et la mononucléose infectieuse. Il est évident que ces deux affections (ou ces deux formes d'une même affection) s'apparentent d'abord étroitement aux mononucléoses symptomatiques de certaines infections classées, et principalement la rougeole, les oreillons, la fièvre typhoïde, le paludisme, la coqueluche, le kala-azar, etc. Dans ces différents cas la formule est à peu de choses près analogue à celle des syndromes étudiés ci-dessus.

D'autres états infectieux moins bien classés peuvent être aussi rapprochés de ces syndromes, au même point de vue : des endocardites aiguës, des piqûres anatomiques, des infections cryptogénétiques ont pu s'accompagner d'une lymphocytémie accentuée (60 à 90 p. 100) avec hyperleucocytose de 15.000 à 30.000, et être suivies de guérison. Dans toutes ces observations la maladie évolue comme une infection, à microbe connu ou inconnu, s'accompagnant de réaction lymphoïde, mais celle-ci, si accentuée soit-elle, reste loin des lymphomes véritables. Clerc émet l'idée que ces réactions si spéciales des sujets témoignent d'une sorte d'état lymphatique antérieur.

Des particularités analogues peuvent se rencontrer au cours de certaines angines banales. De Lavergne et Pilod rapportent l'observation de trois malades (1) atteints d'angine aiguë banale accompagnée d'adénopathies généralisées d'emblée et de mononucléose marquée, à évolution courte et bénigne. Pour ces auteurs, la mononucléose infectieuse (et donc la fièvre ganglionnaire) ne doit pas être considérée comme une entité morbide distincte, mais comme une réaction sanguine non spécifique à une infection pharyngée quelconque avec adénopathie.

On peut émettre des considérations semblables en ce qui concerne l'agranulocytose. Cette maladie s'apparente de toute évidence à la raréfaction des polynucléaires que l'on peut observer dans certaines infections ou intoxications. On a pu rencontrer, en effet, des syndromes agranulocytaires dans des septicémies caractérisées, chez des cancéreux après un traitement aux rayons X ou au radium, dans des

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 101, p. 1661.

(2) Letheby Tidy et Daniel. *Lancet*, 7 juillet 1923.

(1) De Lavergne et Pilod. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 25 mai 1923.

intoxications graves par le benzol. En outre, comme le font remarquer Roch et Mozer, puisque la fièvre typhoïde et la grippe, d'une part s'accompagnent habituellement de leucopénie, et que, d'autre part, la variole, les oreillons, etc., donnent de la mononucléose, rien n'empêche de concevoir une association de ces deux tendances aboutissant à l'agranulocytose. La leucopénie polynucléaire ne serait donc qu'un syndrome pouvant survenir au cours d'infections très diverses, au cours de « septicémies agranulocytosiques » [W. Feer (1)].

Tout ce qui précède aboutit donc à la tendance de considérer la fièvre ganglionnaire, la mononucléose infectieuse et l'agranulocytose comme des états infectieux ou toxi-infectieux. Et cependant, la preuve manque. Aucune cause infectieuse ou toxique n'a pu être mise en évidence de façon nette; on n'a décelé ni contagiosité indéniable, ni foyer épidémique franc, ni origine professionnelle véritable. En outre, pour l'agranulocytose, les syndromes de ce type observés au cours d'étiologies précises manquent en général de stomatopharyngite et des lésions particulières de la moelle osseuse. Si l'origine infectieuse reste, malgré tout, assez probable pour les deux premiers groupements, elle peut être mise fortement en discussion pour l'agranulocytose.

III. **Rapports des syndromes précédents avec les maladies du sang**. — Nous étudierons ces rapports, d'abord pour la fièvre ganglionnaire et la mononucléose infectieuse envisagées globalement, ensuite pour l'agranulocytose.

Il est possible de préciser rapidement les rapports de la fièvre ganglionnaire et de la mononucléose infectieuse avec les anémies et les syndromes hémorragiques. Les observations jusqu'ici connues n'établissent aucune relation entre ces affections.

Il n'en est pas de même pour les leucémies et les états leucémoïdes. Abstraction faite de la leucémie myéloïde, complètement opposée aux cas qui nous occupent, il y a lieu de fouiller de près leurs rapports avec la leucémie lymphatique et la leucémie aiguë. Les adénopathies, la mononucléose, l'histologie des ganglions malades sont, en effet, bien sensiblement analogues dans ces syndromes et la leucémie lymphoïde, au point qu'au début le diagnostic est quelquefois impossible à poser nettement. En réalité ce qui différencie les deux groupes de maladies, c'est uniquement l'évolution qui, dans la leucémie est longue et fatale, et dans les autres cas est courte et bénigne. Cela ne laisse pas que d'établir un rapprochement étroit entre ces états morbides.

On peut émettre des considérations analogues à propos de la leucémie aiguë, d'autant plus que dans certains cas de mononucléose infectieuse, on décèle dans le sang des cellules du type originel. Ainsi Bloerdorn et Houghton signalent dans une intéressante observation (2) une lymphocytose aiguë bénigne dont la formule leucocytaire était celle d'une leucémie lymphatique aiguë. Toutefois une telle ressemblance des formules est plus rare et une biopsie ganglionnaire décèle dans la leucémie surtout la présence du grand lymphoblaste. En outre l'évolution isole nettement les deux groupements symptomatiques.

La lymphadénie ganglionnaire se rapproche également des syndromes à mononucléose. Dans l'un et l'autre cas, on est en présence d'une maladie frappant électivement le système lymphatique ganglionnaire, macroscopiquement et histologiquement. Cependant, la lymphadénie est, fréquemment, totalement aleucémique et sans modification de la formule; et, même dans les formes subleucémiques, qui se rapprochent le plus des groupements à mononucléose, la rapidité d'évolution, la guérison spontanée caractérisent encore la fièvre ganglionnaire et la mononucléose infectieuse.

Les ganglions sont d'ailleurs beaucoup moins développés dans ces dernières maladies que dans les lymphadénies. Quant à la maladie de Hodgkin, ses particularités symptomatiques (prurit, éosinophilie) et anatomiques (cellules de Sternberg) la classent tout de suite à part.

En somme, exception faite de la lymphogranulomatose, on voit que ce sont essentiellement les différences évolutives qui opposent les syndromes à mononucléose aux états leucémiques et lymphadéniques. Mais ne connaît-on pas, en pathologie, des cas extrêmement nombreux où des formes cliniques d'une seule et même affection se distinguent seulement par une évolution anormale? Il nous paraît que l'analogie manifeste, sinon l'identité, des manifestations fondamentales, hématologiques et surtout histopathologique, des divers types cliniques envisagés ci-dessus, impose un rapprochement étroit dans la classification de ces types mêmes.

Passons maintenant à l'agranulocytose.

Les symptômes anémiques et hémorragiques manquent en général dans la véritable agranulocytose, décrite par Schülz. Mais ils ont été assez fréquemment signalés dans les divers syndromes agranulocytaires énumérés plus haut. Cela permet de concevoir tout au moins, sinon d'affirmer, des relations entre ces groupements morbides.

Nous désirons insister surtout sur un rapprochement, d'ordre exclusivement nosologique, et que l'on a jusqu'ici mal mis en évidence. C'est que les anémies (surtout les aplastiques) et les syndromes hémorragiques (surtout les purpuras et les états hémogéniques) ont pour un de leurs caractères essentiels l'atteinte élective soit des éléments de la série érythrocytaire, soit des plaquettes, de la même façon que l'agranulocytose se caractérise à la base par l'atteinte élective de la série granulocytaire. On a là trois groupes cliniques et hématologiques qui réalisent le type des syndromes à lésion élective. Cette spécificité fondamentale constitue, au point de vue de la classification, un élément dont on ne peut se passer. Nous y reviendrons.

Quant aux rapports de l'agranulocytose et des leucémies, ils sont pratiquement inexistants en ce qui concerne les leucémies myéloïdes et lymphoïde chroniques. La formule leucocytaire, le chiffre des

(1) W. Feer. *Schw. med. Woch*, 5 juin 1926.

(2) Bloerdorn et Houghton. *Arch. of intern. med.*, mars 1921, p. 315.

leucocytes, l'histologie des ganglions, l'évolution sont autant de différences qui les opposent.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne la leucémie aiguë. Agranulocytose et leucémie aiguë présentent, au cours d'une évolution également rapide et fatale, des manifestations analogues de stomato-pharyngite hémorragique ou gangréneuse, un état général très rapidement grave, une formule leucocytaire à prédominance de mononucléaires. Dans la majorité des cas, il est vrai, le diagnostic est facile à poser en se basant sur l'absence ordinaire d'hémorragies dans l'agranulocytose, le petit nombre des formes cellulaires originelles qui sont, au contraire, en quantité dans la leucémie aiguë, enfin, l'hyperleucocytose de cette dernière qui s'oppose à la leucopénie de l'agranulocytose. En outre, la tuméfaction et l'histologie pathologique des ganglions ne sont pas les mêmes dans les deux cas, et la moelle osseuse présente dans l'agranulocytose des particularités toutes spéciales.

Il n'en reste pas moins vrai qu'un certain nombre de faits sont difficiles à classer et paraissent, pour l'instant, constituer des faits de passage entre l'agranulocytose et la leucémie aiguë. Tel est le cas de Schaeffer (1), dans lequel un malade qui semblait guéri d'une agranulocytose, mourut trois mois après au milieu des signes indéniables d'une leucémie aiguë. Tel est encore le cas de Roch et Mozer (2) : ici on était en présence d'une lymphomatose médullaire aiguë avec leucopénie extrême et 96 p. 100 de lymphocytes; on pensait à une agranulocytose quand une brusque poussée leucémique (73.000 lymphoblastes) dévoila la véritable nature de l'affection. Le malade mourut, peu après, de nouveau aleucémique. Ces deux observations restent, dans l'état actuel de nos connaissances, assez difficiles à situer.

Il y a lieu, enfin, d'établir autant que possible les rapports qui peuvent exister entre l'agranulocytose et l'aleucie hémorragique. Celle-ci est caractérisée, on le sait, par du purpura s'accompagnant d'hémorragies graves et d'anémie prononcée; hématologiquement, on a ces mêmes symptômes d'anémie, souvent de type aplastique, avec diminution marquée du nombre des plaquettes, des leucocytes (leucopénie à 1.500, ou même moins), et principalement des polynucléaires. L'évolution est, en général, fatale. L'agranulocytose paraît donc constituer un des éléments qui contribuent à former le tableau clinique de l'aleucie.

IV. **Conclusions nosologiques.** — En ce qui concerne la fièvre ganglionnaire et la mononucléose infectieuse, il y a lieu de penser qu'on se trouve en présence d'états lymphadénoïdes ou leucémoïdes aigus (3). Selon toute vraisemblance, les réactions lymphoïdes discrètes des infections et intoxications, les états lymphadénoïdes et les leucémies ne constituent que des degrés dans l'échelle des troubles de la leucopoïèse. On retrouve la même gamme dans les lésions : la différence morphologique y est quantitative, non pas seulement qualitative. Etats leucémoïdes et leucémies, loin de constituer des manifestations morbides distinctes dans leur essence ne représentent que des stades d'altération, réparables ou irréparables, de l'activité tissulaire des organes de la leucopoïèse. Quant au mécanisme intime qui les déclenche, il reste obscur.

L'interprétation de l'agranulocytose est également bien difficile à fournir. En laissant de côté toute hypothèse pathogénique, et pour demeurer sur le terrain de la classification, nous avons personnellement tendance à rapprocher l'agranulocytose de la thrombopénie essentielle (dont l'expression clinique est un purpura), et de l'anémie aplastique. L'agranulocytose est un syndrome électif, frappant de façon particulière les leucocytes, et de façon spécifique les granulocytes, de la même manière que la thrombopénie essentielle atteint électivement les plaquettes et l'anémie aplastique la série normoblastes-érythrocytes. De ce rapprochement nosologique peuvent découler quelques fils directeurs sur lesquels nous reviendrons ailleurs. Quand ces trois syndromes électifs seront réunis chez un même sujet, le tableau clinique réalise exactement celui de l'aleucie hémorragique. Celle-ci serait donc un syndrome global résultant de la combinaison de trois ordres de lésions dont chacune frappe de façon quasi spécifique soit la série normoblastique, soit la série granulocytaire, soit la série des globulins.

(1) Schaeffer. *Deut Arch. f. klin. Med.*, mai 1926; analysé in *Presse méd.*, 1926, n° 81 (article de Mouzon).

(2) Roch et Mozer. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 17 déc. 1926.

(3) Lemaire. Rapport au *Congrès de méd.*, Paris 1922. — Clerc. *Nouveau Traité de médecine*, f. 9.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

En outre des références essentielles citées au cours de ce travail, on consultera les travaux suivants, choisis principalement parmi ceux de ces dernières années :

Bass et Hermann. Infection mononucleosis in chilhood, *Med. Clin. of North. amer.*, 1925, p. 589.

Bloomfied. Glandular fever, *Progrès méd.*, Philadelphia 1924, p. 171.

Brelet. Un cas de fièvre ganglionnaire, *Gaz. méd. de Nantes*, 1913, t. XXXI, p. 701.

Carlson, Brooks et Marshall. Acute glandular fever, a recent epidemic report of cases, *Wiscontin med. Journ.*, Milwaukee 1926, t. XXV, p. 176.

Chapman. A case of infection mononucleosis, *Lancet*, 1923, t. I, p. 434.

Cheinisse. La fièvre ganglionnaire, *Semaine méd.*, 1906, p. 289.

Coon et Thévoliss. Infection mononucleosis, *Wiscontin med. Journ.*, Milwaukee 1922, t. XXI, p. 191.

Dick. Glandular fever, *Brit. med. Journ.*, 1921, t. I, p. 546.

Elkin. Report of case infection mononucleosis, *Atlantic med. Journ.*, 1925-1926, p. 241.

Funk. Glandular fever, *Progrès méd.*, Philadelphia 1924, t. II, p. 371.

Gilbert et Coleman. Laboratory findings in an epidemic of glandular fever, *Amer. Journ. of hyg.*, 1925, p. 35-48.

Gourichon. Essai sur la fièvre ganglionnaire, *Th. de Paris*, 1895.

Guthrie et Pessel. An epidemic of glandular fever in a preparatory school for boys, *Amer. Journ. of dis. of children*, 1925, p. 432.

Hislop. Infections mononucleosis or glandular fever, *Med. Journ. of Australia*, 1925, t. II, p. 557.

JAMISON. Glandular fever, *New-Orleans med.* et *Surg. Journ.*, 1922, p. 346.

LEASK. Glandular fever, *Brit. med. Journ.*, 1921, p. 703.

MACKEY et MAKEFIELD. The occurence of abronnal leucocytes in the blood of a patient with jaundice, *Ann. of clin. med.*, Baltimore 1925-1926, p. 727.

MORICHEAU-BEAUCHANT. Fièvres prolongées avec adénites cervicales et infection pharyngée légère chez les enfants, *Pediatrie prat.*, 1908, p. 223.

MORLEY. Glandular fever, *Brit. med. Journ.*, 1921, p. 452.

MORSE. Glandular fever, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1921, p. 1403.

MUNDEL et FRANZ. Ueber Drüsenfieber, *Monat. f. Kind.*, 1925-1926, p. 545.

PFEIFFER. Drüsenfieber, *Verhandl. d. Kong. f. inn. Med.*, Wiesbaden 1908, p. 533.

ROHNER, BLADRIDGE et HAUSMANN. Studies in glandular fever, infection mononucleosis, *Proc. of Soc. of experim. biol. et med.*, 1925, t. XXIII, p. 221.

SANCTIS (DE). Di un probabile caso di fabbre ganglionare, in un adulta, *Med. prat.*, Napoli 1922, p. 334.

SCANLAN. Report of a case of acute mononucleosis, *Journ. of med. Soc.*, New-Jersey 1926, p. 37.

SMITH. Infections mononucleosis, *Med. Journ. of Australia*, 1926, p. 407.

STEINFIELD et GOLDBERG. Acute infection mononucleosis, *Med. Journ. and Record*, 1926, p. 633.

STELLA (DE). La fièvre ganglionnaire, *Belgique méd.*, 1913, p. 339.

TELLING. Glandular fever, *Brit. med. Journ.*, 1921, p. 509.

TERRIEN. Formes cliniques de la fièvre ganglionnaire, *Journ. de méd. interne*, 1910, p. 201.

TIDY. Glandular fever and mononucleosis, *Proc. of roy. Soc. of med.*, 1922-1923, p. 70.

VAN DERSEN. Glandular fever, *Journ. of Michigan med. Soc.*, 1923, p. 271.

ZIMMERMAN. Acute glandular fever in children, *Lancet*, Minneapolis 1922, p. 66.

V° CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE (1)

(Lausanne, 29 septembre 1927.)

Broncho-pneumonies. — M. L. DUCHON, chef de laboratoire de bactériologie à la Faculté de médecine de Paris, discute les méthodes qui ont abouti à l'opposition du monomicrobisme ou polymicrobisme.

1° La méthode des ponctions in vivo, il montre ses dangers; sa valeur douteuse comme méthode de recherche; fréquence des ensemencements négatifs.

2° Il préfère les ensemencements postmortem et en montre le bien-fondé; aucune comparaison possible entre les poumons sains stériles et les foyers de broncho-pneumonie toujours d'une culture extrêmement riche; les ensemencements monomicrobiens de certains poumons, même avec des germes nombreux dans le rhino-pharynx.

Selon M. Duchon, l'opposition tient à une technique bactériologique différente; il réclame pour les isolements des ensemencements sur milieux solides et en particulier sur gélose sang au pH 7,5 qui révèlent beaucoup mieux la flore aérobie et en particulier le bacille diphtérique.

La valeur pathogène d'un germe ne tient pas pour M. Duchon à sa fréquence plus ou moins grande, mais se fonde sur le synchronisme des surinfections bactériologiques et cliniques à la faveur d'une carence d'immunisation.

M. Duchon rappelle que les streptocoques rencontrés, contrairement à la définition de l'entérocoque, ont toujours été des germes hémolytiques; que le staphylocoque peut donner des broncho-pneumonies monomicrobiennes, que le Pfeiffer et le catarrhalis sont parmi les plus fréquents.

Quant au diphtérique, il montre que, à Paris, dans les hôpitaux, sa fréquence varie avec les méthodes employées, très fréquent dans les salles de rougeole, fréquent dans les salles de médecine générale, il est plus ou moins rare en ville suivant les milieux et ne peut en être exclus.

Le bacille diphtérique n'a jamais été isolé pur des foyers, mais, si souvent il n'est pas l'agent causal des broncho-pneumonies, sa présence les aggrave singulièrement.

Pour l'auteur, le mécanisme des broncho-pneumonies pourrait se concevoir ainsi :

1° Infection endogène par les germes du rhino-pharynx à la faveur de la perte de l'immunité cellulaire superficielle due à l'altération des muqueuses des voies respiratoires supérieures (gaz toxiques, rougeoles, etc.).

2° Possibilité de surinfection exogène variable et plus ou moins nocive avec le milieu ambiant.

3° Perturbation de l'immunité profonde qui explique la fréquence des broncho-pneumonies de la rougeole, de la coqueluche et par conséquent la nécessité de la vaccinothérapie.

L'immunisation des broncho-pneumonies ne saurait se comparer à l'immunisation des infections hautement et spontanément immunisantes. La présence des streptocoques, pneumoccies, etc., semble indiquer qu'elle ne saurait être qu'une prévention à court terme.

En outre, quand dans une polyinfection entre un germe toxique tel le bacille diphtérique, il convient d'ajouter à l'immunité antimicrobienne une immunité antitoxique.

L'immunité antitoxique, à défaut d'immunité active, comporte une immunité passive par une dose élevée de sérum judicieusement employée. C'est ainsi que l'on peut arriver aux statistiques obtenues dans les broncho-pneumonies de toute nature à l'hôpital Bretonneau : 23 p. 100. Dans les broncho-pneumonies morbilleuses : aux Enfants-Assistés, 30 p. 100. Statistique comparative et édifiante du docteur Apert : 66 p. 100 sans sérothérapie, 27 p. 100 avec sérothérapie.

Celle que vient d'apporter le docteur Lesné ne l'est pas moins : pourcentage de guérisons considérable, 28 p. 100 dans les broncho-pneumonies des diphtéries cliniques (pourcentage dû à la lyso-vaccinothérapie comprenant le lysat diphtérique et non pas à la vaccinothérapie simple), pourcentage faible, 58 p. 100 dans les autres broncho-pneumonies. Or, du point de vue bactériologique : identité; du point de vue clinique : beaucoup plus grande gravité des premières; un seul élément diffère : la dose de sérum, sa précocité toujours très importante pour les premières, elle est restée faible, nulle ou tardive pour les autres.

Association de la Pressemédicale française.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1927, p. 1509.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 12 DÉCEMBRE 1927)

Discours du Président. — M. Ch. BARROIS, président, prononce l'allocution d'usage; il rappelle les centenaires célébrés par l'Académie des sciences en 1927 : ceux de Berthelot, Fresnel, Marc Seguin et Vulpian ; puis il adresse un souvenir ému à la mémoire des membres disparus, et notamment à celle de Daniel Berthelot.

Prix de l'Académie. (Voir pour les prix décernés, *Gaz. des hôpit.*, 1927, p. 1505, 1593 et 1641.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1927)

M. Emilio Conde Flores (de Caracas), président de l'Académie de médecine et sénateur du Venezuela, assiste à la séance.

Prophylaxie et traitement des accidents pulmonaires post-opératoires. — M. Louis Weiller, se basant sur les résultats obtenus par le docteur Schoull avec la médication créosotée dans le traitement des pneumococcies, a eu l'idée d'employer l'imprégnation créosotée après les interventions chirurgicales et tout particulièrement chez les opérés de l'estomac, de la vésicule biliaire et des voies urinaires chez lesquels on observe plus fréquemment les complications pulmonaires post-opératoires.

Sa méthode consiste à administrer deux fois par jour un lavement de XXX à L gouttes de créosote de hêtre, pour un adulte, suivant sa corpulence. XXX à XL gouttes suffisent habituellement. On se sert d'un verre de lait tiède comme véhicule dans lequel on agite fortement la dose de créosote prescrite. On peut y ajouter, mais il en est très exceptionnellement besoin, V à VI gouttes de laudanum. Ce lavement doit être gardé au moins une heure par le malade.

Chez l'enfant, dans la moitié d'un verre de lait, on prescrit de II à V gouttes de créosote pour un nourrisson, et environ V à X gouttes, plus I goutte par année d'âge, dans la seconde enfance et chez les adolescents.

Chez les opérés du rectum, on peut remplacer les lavements de créosote par des injections sous-cutanées d'huile créosotée. On met la dose de créosote à injecter dans de l'huile camphrée.

En suivant systématiquement cette méthode, on n'observe plus d'accidents pulmonaires après les opérations chirurgicales. Il n'existe aucune contre-indication à ce traitement.

Sur la régénération de la rate. — MM. J. Jolly et C. Lieure. Depuis les premières expériences de Philipeaux (1860) la question de la régénération de la rate, plusieurs fois posée, n'a pas été résolue d'une manière certaine. La plupart des expériences sont restées négatives. Les résultats positifs ont été, en général, interprétés comme dus à ce que de minuscules fragments en avaient été laissés en place au cours de l'ablation de l'organe.

Les auteurs ont étudié la régénération de la rate chez les Batraciens, en particulier chez le Triton crêté. De leurs expériences, ils concluent que la régénération de la rate est possible chez ces animaux. On l'obtient, après quatre ou cinq mois dans environ 15 à 20 p. 100 des cas. La régénération se fait toujours au lieu d'élection, au point même où se trouvait la rate enlevée. La régénération n'est pas favorisée par la greffe de l'organe. Les résultats positifs paraissent correspondre à une vraie régénération et ne semblent pas représenter seulement l'accroissement d'un nodule laissé en place dans une opération incomplète.

Renouvellement du bureau. — M. Quénu est élu vice-président pour 1928, en remplacement de M. Béclère appelé à la présidence.

M. Renault est élu secrétaire annuel en remplacement de M. Souques qui assurait depuis sept ans avec un dévouement si grand ces délicates fonctions.

MM. Grimbert et Brault sont élus membres du conseil.

Présentations. — M. L. Camus, au nom de M. Edmond Chaumier (de Tours), offre à l'Académie de médecine pour le Musée Jenner deux ouvrages remarquables par leurs belles et nombreuses illustrations :

Le *Musée de la caricature* en deux volumes, par E. Jaime, édité chez Delloye à Paris, 1838, et le *Peintre Louis Boilly*, par Paul Marmottan, édité par Gateau, 1913, exemplaire n° 216.

Dans le deuxième volume du *Musée de la caricature* on trouvera la gravure sur l'*Inoculation* ou le *Triomphe de la vaccine* (an 1800) simple prétexte, est-il dit dans le texte, a une critique de la mode.

A la page 121 de l'ouvrage de Paul Marmottan sont donnés quelques renseignements sur cette gracieuse composition, bien connue, de Louis Boilly, la *Vaccine* ou le *Préjugé vaincu*. La planche correspond au tableau de la collection Chaix d'Est-Ange.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1927)

Troubles cardio-vasculaires et traitement syphilitique. — M. H. Dufour est d'avis que, dans sa communication, M. Donzelot a peut-être attribué à trop de médecins une habitude qui consisterait à établir entre différents syndromes cardio-vasculaires et l'étiologie syphilitique une véritable équation.

L'auteur fournit une statistique personnelle de laquelle il résulte que, dans les différents syndromes envisagés, le pourcentage des syphilitiques est le suivant : hypertension simple, 20 p. 100; angine de poitrine, 20 p. 100; mauvais fonctionnement du myocarde, 39 p. 100; lésions mitrales prépondérantes, 40 p. 100; aortites, 40 p. 100.

Une cause d'échec de l'oléothorax. La septicémie d'origine pleurale. — M. Burnand estime que l'oléothorax est le traitement de choix des pleurésies purulentes qui compliquent parfois le pneumothorax artificiel. Pratiqué comme il convient après assèchement et lavage de la plèvre, il lui a donné des résultats constants, au moins temporairement.

Deux fois seulement l'échec a été complet. Dans un des cas il a eu l'idée de faire une hémoculture et a obtenu du streptocoque. Une phlegmatia alba dolens est venue à brève échéance confirmer le diagnostic de septicémie streptococcique.

Le pneumothorax artificiel chez l'enfant et chez l'adulte. — M. Ameuille, Mlle Blanchy et M. Taquet ont pratiqué le pneumothorax chez des enfants avec en trois ans 37 p. 100 de décès ou d'aggravation permettant de prévoir un décès très rapproché.

Opérant chez des adultes, ils ont eu seulement 14 p. 100 de décès ou aggravations.

D'autre part, les lésions paraissent présenter sous le pneumothorax une tendance bien moins rapide à la cicatrisation que chez l'adulte et l'état général se relève beaucoup moins vite chez l'enfant.

M. Barbier considère que la gravité est encore plus grande pour les enfants du sexe féminin.

Remarques sur la technique de la bronchographie lipiodolée à propos d'un cas de bronchiectasie méconnue. — MM. Rist et Soulas. Il s'agit d'un malade qui, opéré d'un mégacôlon sous anesthésie au protoxyde d'azote, fit une broncho-pneumonie double les jours suivants. Depuis cette complication il tousse et crache continuellement en donnant l'impression clinique d'un bronchectasique. La bronchectasie prédominant en apparence à gauche, un pneumothorax artificiel fut fait de ce côté mais ne donna pas de résultat. L'examen radiologique au lipiodol fut négatif. Le 27 juillet 1927, un nouvel examen radiographique au lipiodol montra une bronchectasie ampullaire de la base gauche des plus nettes.

Etude histologique à propos d'un cas de maladie de Woillez. — MM. G. Caussade et A. Tardieu. Dans un cas de congestion pulmonaire aigu du type décrit par Woillez, les auteurs ont pratiqué la ponction directe du parenchyme. L'analyse cytologique du liquide séreux et sanglant ainsi retiré leur a montré: quelques gouttelettes séro-albumineuses,

des polynucléaires altérés et surtout des cellules macrophagiques, phagocytaires, se colorant facilement par le bleu de Unna. Celles-ci étaient de dimension variable, sans grain de charbon ni de pigment sidérosique, mais contenaient des éléments alvéolaires à peu près digérés.

Ce procédé d'exploration direct du poumon préconisé récemment par A. Dufourt dans la bactériologie des bronchopneumonies infantiles est susceptible de rendre des services chez l'adulte dans les congestions aiguës sans expectoration, et cela sans aucun danger.

Action de la phrénicectomie sur la tuberculose du lobe supérieur du poumon. — M. Tapie rapporte deux observations où cette action a été très favorable, enrayant nettement l'évolution de lésions tuberculeuses du lobe supérieur, et, dans un cas, faisant disparaître une caverne. Il se demande comment ces résultats, qui s'ajoutent à ceux qu'ont publiés d'autres auteurs, peuvent s'expliquer.

Abcès du poumon guéri par évolution spontanée. — M. Eschbach.

Un cas de syndrome de Weber avec hémianopsie bilatérale. — M. Carlos Bonorino Udaondo (de Buenos-Aires).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 10 décembre 1927)

Les formes filtrantes du streptocoque gourmeux. — M. A. Urbain a réussi, en partant des cultures de streptocoques gourmeux ou de pus d'abcès gourmeux, à obtenir des formes filtrantes qui se présentent sous l'aspect de celles obtenues par différents auteurs en partant de streptocoques humains.

Action comparée de l'ingestion de divers sels calciques sur le taux de la calcémie. — M. H. Dorlencourt étudie comparativement chez des sujets hypocalcémiques l'efficacité relative des divers sels de chaux sur l'augmentation du taux de Ca dans le sang. Les sels à radical acide organique sont moins efficaces que ceux à radical acide minéral. Parmi ces derniers le chlorure de calcium assure le relèvement le plus rapide et le plus prolongé du taux de la calcémie.

MM. Képinoff et S. Petit-Dutaillis. L'ingestion ou injection de glucose détermine une **hyperglycémie** qui est elle-même suivie d'une diminution du glucose sanguin au-dessous du taux normal. Cette hypoglycémie est due à l'augmentation réactionnelle de la sécrétion insulinique, comme le montrent les résultats négatifs des expériences des auteurs sur des chiens partiellement dépancréatés et pourvus d'une greffe pancréatique sous-cutanée.

Le chondriome des cellules du corps jaune humain. — M. P. Moulonguet. Le corps jaune humain nouvellement formé possède un appareil mitochondrial filamenteux.

Le corps jaune menstruel est très pauvre en cellules pourvues de chondriome.

Le corps jaune gravidique est au contraire riche en cellules pourvues d'un chondriome et celui-ci est formé par de grosses sphérules.

Cette étude permet de noter une nouvelle différence d'aspect entre le corps jaune menstruel et le corps jaune gravidique. De plus, elle apporte un nouvel argument à la théorie défendue par l'auteur et suivant laquelle la grossesse est pour le corps jaune, glande endocrine, la période d'excrétion; en dehors de la grossesse, au contraire, le corps jaune n'excrète pas ses produits de sécrétion, il reste en charge, c'est une glande qui ne fonctionne pas.

Etude quantitative de l'action de l'ion calcium sur l'excitabilité de l'appareil sécrétoire. Corde du tympan. Glande sous-maxillaire. — M. et Mme A. Chauchard et Mlle J. Hurynowicz injectent à des chiens une solution décalcifiante (oxalate de sodium). L'excitation électrique de la corde du tympan, nerf itératif, met en évidence une modification des lois de sommation qui se manifeste par un étalement de la courbe des arythmes avec très légère augmentation de la chronaxie du nerf. L'injection de chlorure de calcium, au contraire, diminue la chronaxie de la corde et redresse la courbe des rythmes. L'étalement de la courbe des rythmes correspondrait à un accroissement de la chronaxie de la glande sous-maxillaire, son redressement indiquerait une diminution de la constante de temps de cette glande.

Régulation de la sécrétion interne d'insuline par un processus humoral, démontrée par des transplantations de pancréas au cou. — M. René Gayet et Mlle Gillaumie ont utilisé pour étudier la sécrétion interne d'insuline par le pancréas, dont le comportement physiologique entretient la constance de la glycémie et dont le déficit entraîne le diabète, une des méthodes appliquées par Delezenne, Hallion et Gayet à des recherches relatives à la sécrétion du suc pancréatique; elle consiste à anastomoser avec la carotide et la jugulaire d'un chien les vaisseaux d'un pancréas extirpé à un autre chien. Il s'agissait de voir si l'organe ainsi intercalé dans la circulation sanguine du porteur, mais sans connexion aucune avec le système nerveux, se montrerait néanmoins capable d'influer sur le taux du sucre sanguin et notamment capable d'empêcher ou de corriger l'hyperglycémie diabétique.

Des expérimentateurs ont cru récemment pouvoir trancher cette question par la négative : la sécrétion de l'insuline exigerait, suivant eux, le concours du système nerveux. Or, les expériences des auteurs, qui ont porté sur des animaux normaux et sur des animaux dépancréatés, les conduisent toutes à une conclusion bien différente. Même privé de toute connexion avec le système nerveux et ne pouvant plus obéir dans son fonctionnement qu'à des excitations purement humorales, le pancréas reste capable de produire sur l'hyperglycémie diabétique un effet correcteur non seulement léger et d'interprétation plus ou moins discutable, mais intense et rapide; bien plus — c'est là un fait important et que les auteurs croient nouveau — il reste capable de ramener exactement le taux très surélevé du sucre sanguin à son chiffre normal, et de l'y maintenir, pour le moins durant un temps assez long.

M. L. Lapicque présente au nom de M. Rizzolo deux notes expérimentales sur les **modifications de l'excitabilité corticale sous l'influence d'excitations périphériques.** L'échauffement de l'extrémité d'un membre (patte antérieure plongée dans de l'eau à 50 degrés) provoque d'abord une diminution de chronaxie dans le centre moteur (soit extension, soit flexion) du membre en cause; si l'échauffement est prolongé plusieurs minutes la chronaxie, au contraire, devient notablement plus grande qu'à l'état normal. Des excitations cutanées (par chocs d'induction répétés) donnent des résultats analogues. Cette action ayant été portée, soit sur une patte, soit sur la région orbiculaire produit dans les centres corticaux des muscles sous-jacents une diminution de chronaxie quand elle est brève, une augmentation de chronaxie quand elle est prolongée. Mais, de plus, il y a retentissement d'une des régions à l'autre, cette fois dans le sens d'une diminution de chronaxie.

Ces résultats, qui font suite à d'autres du même auteur, se rattachent à toute une série de recherches récentes, d'une part celles de Chauchard au laboratoire de physiologie générale de la Sorbonne, d'autre part celles de Cardot avec divers collaborateurs au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine. Cet ensemble constitue un progrès notable dans nos connaissances et permettent d'entrevoir comme prochaine une théorie du fonctionnement cérébral suivant les conceptions modernes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1927)

L'hypertension familiale. — M. J. SÉDILLOT, à l'occasion de la présentation d'une famille d'hypertendus (la mère et les trois fils âgés de moins de quarante ans) étudie la triade symptomatique qui permet de démasquer dès l'enfance l'arthritisme dangereux à forme hypertensive et sclérosante : gros cœur dit primitif, indice oscillométrique élevé, rapport élevé de l'azote résiduel à l'acidité urinaire.

Cancers de la cavité buccale traités par le radium. — M. Jean GAGEY.

Avenir des cancers du rectum. — M. Victor PAUCHET. Actuellement, le pronostic devient tous les jours meilleur, la mortalité opératoire, qui était autrefois de 50 p. 100, approche actuellement de 5 p. 100. Cela tient d'abord à ce que les malades sont vaccinés avant l'opération; ensuite, à ce que l'on fait souvent l'opération en deux temps, on a recours de nouveau à un drainage très large; enfin, les progrès techniques sont très importants, et en chirurgie la technique est toujours la condition la meilleure de succès. Les cancers non opérés durent vingt mois, les cancers opérés dans de bonnes conditions donnent au moins 50 survies dans 50 p. 100 des cas.

Injection intraveineuse sucrée de salicylate de soude. — M. Georges ROSENTHAL, continuant ses recherches sur les milieux sucrés pour les injections intraveineuses sans adultération des parois des veines, préconise la formule suivante :

Salicylate de soude..................	1 gr.
Eau glucosée à 30 p. 100..........	10 cc.
ou eau saccharosée à 100 p. 100.	

La formule saccharosée donnée en 1919 donne toute satisfaction, de même que l'eau glucosée à 30 p. 100, taux limite des solutions glucosées facilement stérilisable. Comme l'a établi R. Bénard, le salicylate sucré intraveineux est la formule du traitement actif de l'encéphalite léthargique (Carnot et Blamoutier). Il doit s'associer à l'ingestion pour l'administration dans la maladie de Bouillaud des fortes doses préconisées par G. Caussade.

Les platyspondylies de croissance. — M. ROEDERER rappelle la fréquence relative de ces aplatissements vertébraux que l'on croyait, il y a peu de temps encore, en coïncidence constante avec la spina bifida. M. Roederer croit au contraire que souvent ces aplatissements se voient sur des vertèbres de teinte et de conformation normales. Mais il ne pense pas qu'il s'agisse toujours de cas d'anomalies congénitales, mais d'aplatissements progressifs en rapport avec l'ostéochondrite vertébrale ou l'épiphysite. Ce serait parfois une affection de croissance qu'on verrait en particulier chez les grands cyphotiques de l'adolescence.

Appendicite avec crises multiples; leur signature radiologique. — M. Maurice PÉRAIRE présente les radiographies d'une appendicite avec crises multiples à répétition. On peut voir sur les radiographies une série d'étranglements, signature des différentes crises subies par le malade.

(SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1927)

Malformations vertébrales congénitales et accidents du travail. — M. Albert MOUCHET attire l'attention sur des aplatissements congénitaux des vertèbres, ignorés des blessés, et découverts par la radiographie à l'occasion de traumatismes souvent insignifiants. Il ne faut pas rendre le traumatisme responsable de cette déformation et croire à une fracture par compression du corps vertébral.

Fractures bi-malléolaires avec luxation du pied. Réduction idéale. — M. H. JUDET.

Acrocyanose guérie par le traitement endocrinien. — M. PEUGNIEZ.

Le danger des villégiatures. — M. Ch. LEVASSORT appelle l'attention de la Société sur les nombreux cas d'intoxications gastro-intestinales, fièvres typhoïdes, paratyphoïdes et autres contractées chaque année au cours des déplacements de vacances. Le fait qu'une commune est classée comme station hydrominérale ou climatique est loin d'être toujours une garantie, et la surveillance des eaux potables ou l'établissement des égouts laisse parfois à désirer. Aussi conseille-t-il comme moyen prophylactique la vaccination antityphoïdique avant le départ, ou, à son défaut, la vaccination par voie buccale dont l'efficacité est peut-être moindre, mais qui, plus simple, a l'avantage de pouvoir être employée sans inconvénients chez les enfants et les vieillards.

Le cumul des radiations. — M. FOVEAU DE COURMELLES.

(SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1927)

Sur la symptomatologie de l'ulcère gastro-duodénal chronique. Sa forme intestinale ou entérocolitique. — M. PRON (d'Alger) complétant un travail sur la question, paru en 1924, insiste sur la fréquence du type hyperchlorydrique simple, mais aussi sur le fait que, dans environ 10 p. 100 des cas, l'ulcère gastro-duodénal a une symptomatologie anormale. Il affecte le type hypochlorydrique ou bien il se manifeste par des troubles intestinaux à type entérocolitique banal. Seul, le laboratoire peut alors faire le diagnostic.

Traitement de l'uréthrite chronique blennorragique par la dilatation gazeuse. — MM. L. BIZARD et MAISLER.

Acrocyanose thyroïdienne, métabolisme basal. — M. LÉOPOLD-LÉVI.

A propos de l'érythrocyanose. — M. SÉDILLOT expose les raisons qu'il a de croire que l'érythrocyanose est au niveau de la main affaire de déficit de la jambe, elle est affaire de déficit ovarien (jambe hypogénitale de Maranon).

A propos de la platyspondylie. — M. LANCE montre que la platyspondylie ou vertèbre élargie présente plusieurs variétés. Tantôt, elle s'accompagne d'un rachischisis postérieur (spina bifida) comme c'est le cas le plus fréquent; plus rarement d'un rachischisis antérieur (double hémivertèbre). Dans ces cas plus rares encore, les vertèbres présentent une disposition en lentille biconcave; les disques intervertébraux sont au contraire biconvexes et plus hauts que des disques normaux. Cet aspect peut se voir sur une seule vertèbre ou s'étendre à tout le rachis. Quand ces caractères sont observés, l'origine congénitale de la lésion ne peut faire de doute.

Limite de la durée de l'immunité conférée par le vaccin T. A. B. — M. A. LEGRAND rapporte une observation d'où il semble résulter que l'immunité conférée par le vaccin mixte T. A. B. est inférieure à dix années.

La cure rapide des petits traumatismes par effort musculaire. — M. WETTERWALD englobe sous ce terme les « coups de fouet, torticolis, lumbagos d'effort et certaines lésions péri-articulaires à allure d'entorse légère ». Selon lui, ces accidents ont pour cause une « contusion interne » par contraction musculaire brusque chez des prédisposés (arthritiques) avec petite hémorragie intratissulaire. Le spasme musculaire est une réaction de défense contre la douleur. Celle-ci a pour origine le nodule hémorragique et l'irritation de quelque filet nerveux englobé dans le traumatisme. La guérison s'obtient généralement en deux ou trois séances d'un traitement manuel consistant à repérer le point douloureux,

dissoudre l'épanchement et exercer les muscles dont la contracture a disparu par un massage spécial préalable.

Un cas complexe d'angiocrinose. — M. P. Hartenberg.

Traitement des rétrécissements urétraux par les bougies de thyosinamine. — M. Peraire.

LIVRES NOUVEAUX

Les syndromes névropathiques (1), par A. Hesnard, professeur de clinique des maladies nerveuses à l'Ecole d'application du Service de santé de la marine.

Cet ouvrage est le premier manuel médical français consacré à une étude d'ensemble des névroses.

Le docteur Hesnard, à la fois psychologue, neuropsychiatre et médecin praticien, décrit, sans aucune doctrine préalable, les névroses sous forme d'ensembles de signes cliniques ou *syndromes* : s. neurasthéniques et psychasténiques, s. anxieux, s. obsédants, s. hystériques et pithiatiques, de manière à permettre à tout praticien de les déceler chez ses clients, se bornant dans un seul chapitre à résumer clairement les conceptions théoriques contemporaines sur la question (principalement empruntées à l'observation psychologique pratique des émotions et des instincts humains, d'une part, et de l'autre, à la clinique du système nerveux végétatif). Il termine par un résumé frappant de la thérapeutique de ces syndromes si répandus : thérapeutique à la fois physique et morale, cette dernière empruntant ses principes, faciles d'application, aux méthodes les plus récentes, en particulier à la régularisction de la vie sexuelle et à la psychanalyse. L. G.

(1) « Bibliothèque des grands syndromes », directeur : H. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris. — Un volume de 250 p., 23 fig. dans le texte. — Prix : 40 fr. — Paris, G. Doin.

Les indications cliniques de l'électro-radiothérapie. Electrothérapie. Diathermothérapie. radiothermothérapie. Photothérapie. Actinothérapie. Rœntgenthérapie. Curiethérapie (1), par Etienne Piot, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, radiologue diplômé de l'Université de Paris, assistant d'électro-radiologie des hôpitaux. Préface de M. Ledoux-Lebard, chargé du cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Donner au médecin une vue d ensemble du domaine de l'électro-radiothérapie, lui indiquer ce qu'il peut et doit demander à cette thérapeutique, les raisons cliniques qui, dans les cas particuliers, doivent guider son choix, en un mot, faire œuvre non de technicien, mais de clinicien, tel est le but que s'est proposé l'auteur.

Ce livre, conçu sur un plan nouveau, se divise en trois parties .

(1) Un volume in-8 de 340 pages avec 96 figures dans le texte. et 4 planches hors texte. — Prix : 46 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

Une première partie très succincte renferme les quelques considérations physiques et pratiques indispensables.

La deuxième partie traite des indications cliniques.

La troisième partie constitue un répertoire alphabétique des maladies avec l'indication du traitement à leur appliquer.

Ce volume, abondamment illustré, sera consulté avec intérêt non seulement par le médecin praticien, mais aussi par l'étudiant au cours de son initiation à la thérapeutique, et par l'électro-radiologiste à ses débuts dans la spécialité.

L. G.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. Fernand WIDAL.) — *Cours de perfectionnement*, sous la direction de M. le professeur Lemierre et de MM. Abrami, Brulé et Pasteur Vallery-Radot, agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle et oscillométrie : Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° Etude des ictères : recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. — Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, de l'auto-agglutination des hématies.

2° Insuffisance hépatique : rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation et de floculation (1 leçon). — Syphilis, maladie hydatique, lèpre, peste, mycoses.

Les cuti-réactions (1 leçon). — Asthme, rhume des foins, urticaire, etc.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Transfusion du sang (1 leçon). — Technique et indications.

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 heures, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 9 janvier et seront terminés le 2 février 1928.

Trois séries de cours ont lieu dans l'année, en janvier, mai et octobre.

Le droit d'inscription est fixé à 200 fr. pour chacun des cours.

Prière de retirer les bulletins de versements relatifs à ces cours au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — *Certificat de bactériologie.* — Un cours pratique de bactériologie et de sérologie appliquées au diagnostic et au pronostic des infections s'ouvrira le lundi 9 janvier 1928 au Laboratoire de médecine expérimentale et de bactériologie, sous la direction du professeur Arloing et des professeurs agrégés L. Thévenot et Dufourt, avec la collaboration de MM. Basset, Chalier, Garin, Gaté, Josserand, Le Bourdellès et Sédaillan. Il comprendra 35 séances de manipulations, de 14 à 17 h. et se terminera le 29 février. Droit de laboratoire : 200 fr. Programme affiché dans les vestibules de la Faculté.

Ce cours est sanctionné, si les assistants le désirent, par l'obtention, après examen, du certificat de bactériologie de l'Université de Lyon créé par arrêté ministériel de février 1922, il a été délivré, en 1927, 40 diplômes.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine du 1er décembre 1927 au 6 janvier 1928, dernier délai.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. (Service de M. le docteur MILIAN.) — COURS PRATIQUE D'HISTOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE LA PEAU, du 11 janvier au 18 février 1928, sous la direction de M. le docteur Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Les cours auront lieu le mercredi 11 janvier 1928 et les jours suivants, à 2 h., à l'hôpital Saint-Louis.

Les élèves seront exercés à la pratique de l'histologie pathologique. Ils recevront des coupes à colorer et à étudier.

Le droit à verser est de 400 fr.

S'inscrire au laboratoire de la salle Henri IV, à l'hôpital Saint-Louis, le matin, de 9 à 11 h. (sauf le mercredi). — Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Périn.

HÔPITAL BEAUJON. (Laboratoire de rayons X.) — Le lundi 16 janvier et les jours suivants, à 16 h. 1/2, MM. J. Baumann (de Chatel-Guyon) et J. Quivy, assistant d'électro-radiologie, feront, au laboratoire d'électro-radiologie du docteur Aubourg, une première série de conférences pratiques sur le traitement physiothérapique de la constipation.

Ces conférences seront suivies de présentations de malades et de démonstrations pratiques des méthodes de physiothérapie.

L'assistance à ces leçons pratiques, réservées aux étudiants et aux médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

HÔPITAL FOCH, 60, rue Vergniaud. — Le docteur Léon Giroux reprendra ses conférences de cardiologie pratique le dimanche 15 janvier, à 10 h. et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Présentation de malades. Examen clinique, radioscopique, électrocaschographique. Traitement.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 4 janvier. — Jury : MM. Vaquez, président; Legueu, Couvelaire et Ecalle. — M. LAGASQUIE. Etude sur les circulaires du cordon ombilical. — M. FELLOUS. Vaccinothérapie dans la blennorragie.

Jeudi 5 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Bernard, président; Lecène, Panisset, Nicolas, Coquot et Robin. — M. ELIZÉ. Recherches sur les toxines du lait des animaux tuberculeux. — M. FLEURET. Manuel opératoire du javart cartilagineux.

Samedi 7 janvier. — Jury : MM. Lejars, président ; Lecène, Terrien et Velter. — M. DELLETIER. Résultats des résections dans l'ulcère de la petite courbure. — M. PÉRÈS. L'occlusion intestinale après la kélotomie. — M. LOUGNON. Etude des complications oculaires d'origine dentaire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAL-HOSPICE DE SAINT-DENIS (SEINE). — Un concours pour l'obtention de trois places d'internes titulaires, à l'hôpital-hospice de Saint-Denis, aura lieu les lundi 30 et mardi 31 janvier 1920, à 9 h. précises.

Indemnité mensuelle de 400 fr., nourriture, logement et blanchissage.

Pour les conditions du concours et tous renseignements complémentaires, s'adresser au directeur de l'hôpital-hospice, de 9 h. à midi et de 2 h. à 5 h.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours d'agrégation* (section de pharmacologie). — Jury : MM. Desgrez, Bedard, Galavielle, Morel, Tiffeneau.

Exposé de titres. — MM. Dorlencourt, 28; Mercier, 24,5.

Leçon orale. — MM. Mercier, 20; Dorlencourt, 19.

Epreuve pratique. — MM. Mercier, 28; total, 60,5.

M. Mercier est proposé.

— Un concours pour une place de chef de clinique des maladies mentales s'ouvrira le 4 janvier 1928, à la Faculté de médecine.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE. — Sont nommés membres du Comité de l'Office international du vin : MM. les docteurs Jean Durand et Orazon.

SANATORIUMS PUBLICS. — Le *Journal officiel* du 22 décembre publie un décret relatif aux sanatoriums.

Il est spécifié que les sanatoriums seront, autant que possible, réservés à des malades du même sexe. Dans les sanatoriums mixtes on devra réserver à chaque sexe des bâtiments séparés avec lieu de promenade distinct.

Ce décret décide la création d'une Commission chargée d'examiner les titres des candidats aux fonctions de médecins de sanatoriums. Cette Commission comprendra notamment des représentants de l'Union des syndicats et de l'Association générale des médecins de France.

SERVICE DE SANTÉ. — PROGRAMME des cinq conférences, communes aux quatre Ecoles annexes de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé qui auront lieu au cours du premier semestre 1928 au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine. Chaque conférence sera suivie d'un exercice pratique.

Dimanche 19 février 1928, 9 h. 30, — Par M. le médecin-major de 1re classe Schneider, médecin-chef de l'Ecole supérieure de guerre : « Le poste de secours divisionnaire au combat. »

Dimanche 18 mars 1928, 9 h. 30, — Par M. le médecin-major de 1re classe Boyé, de l'Etat-major général de l'armée : « Les évacuations dans l'Armée. »

Dimanche 22 avril 1928, 9 h. 30. — Par M. l'officier d'administration principal de réserve Bouillard : « Les services administratifs du Service de santé. »

Dimanche 20 mai 1928, 9 h. 30. — Par M. le médecin principal de réserve Friteau : « Le service dentaire dans l'Armée mobilisé, son importance dans la récupération des effectifs, ses répercussions administratives et budgétaires. Son utilité au point de vue de l'Hygiène sociale. »

Dimanche 17 juin 1928 9 h. 30. — Par M. le médecin-principal de 2e classe Schickelé, de la section technique du Service de santé : « Equipement du Service de santé d'un front d'armée. »

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'ASSOCIATION DE THALASSOTHÉRAPIE (22 au 30 mai 1928, Bucarest, Constantza, sous le haut patronage de S. M. la Reine Maria de Roumanie). — Président d'honneur : M. I. J. C. Bratiano, président du Conseil des ministres; président du Comité de patronage : M. Inculetz, ministre de la santé et de la prévoyance sociale;

président du Congrès : M. le docteur Thechari, professeur de Clinique thérapeutique; président de l'Exposition nationale : M. le général docteur Vicol, inspecteur général balnéo-climatique.

Question à l'ordre du jour : « Le mal de Pott à la mer. »

PROGRAMME. — *22 mai.* — Arrivée, soit par le Simplon, soit par l'Express-Orient. Réunion aux grands bains thermaux d'Hercule. Réception de la part du ministère de la santé. — Fêtes locales.

23 mai. — Arrivée le matin à Bucarest. Séance d'ouverture du Congrès. Visites aux institutions, à l'Exposition nationale balnéoclimatique et touristique. Festival. Réception par la ville, etc.

24-25 mai. — Excursions dans les vallées de Dambovitza et Prahova. Fêtes locales. Visites aux palais royaux de Bran et de Sinaia. Réception par les propriétaires des grandes mines de pétrole (Moreni) et de sel (Slănicul). Retour à Bucarest.

26-27 mai. — Séance du Congrès à Constantza. Visites à la plage de Mamaïs et de la station balnéaire et climatique marine de Tekirghiol.

28-29 mai. — Excursion en mer à Cetates alba (bouche du Nistre) et dans le Delta du Danube.

29 mai, à 11 h. du soir. — Embarquement pour Constantinople. Séjour. Excursions. Retour par l'Orient-Express ou par bateau avec excursions en Grèce.

L'Agence de voyages « Exprintor » (2, rue de Scribe, à Paris) sera en mesure de fournir tous les billets.

Pour les renseignements et adhésions, s'adresser : soit au « Comité d'action » (hydrologie médicale), 14, rue Izvor (Bucarest) ; soit au docteur Léo, secrétaire général de l'Association de thalassothérapie, 50, avenue du Président-Wilson, Paris (XVIe); soit (pour les cotisations) au docteur Bith, 29, rue Hamelin, Paris (XVIe).

Conditions de l'adhésion au Congrès. — Membres titulaires (cotisation) : 50 fr., réduite à 40 fr. pour les membres de l'Association ayant payé leur cotisation annuelle; membres adhérents : 20 fr.

BULLETIN INTERNATIONAL. — ORGANE DES CONGRÈS INTERNATIONAUX DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. — Les Congrès internationaux de médecine et de pharmacie militaires, institués en 1921, sur l'initiative de la Belgique, et réunis depuis lors, tous les deux ans, à Bruxelles, Rome, Paris, Varsovie, ont permis, sur de nombreuses questions techniques intéressant la médecine et la pharmacie militaires, des discussions, des échanges de vues, des mises au point, qui ont été particulièrement appréciés. Le prochain Congrès se tiendra à Londres en 1931.

Lors du IVe Congrès international, tenu à Varsovie, en juin 1927, il a été décidé de maintenir, dans l'intervalle des Congrès, une liaison permanente au moyen d'un Bulletin international paraissant chaque mois dans les *Archives médicales belges* et rédigé, pour le moment, en français et en anglais.

Les abonnements sont reçus par le major-médecin Voncken, secrétaire du Comité permanent des Congrès internationaux de médecine et de pharmacie militaires, hôpital militaire de Liége (Belgique). Le prix de l'abonnement annuel est de 8 belgas.

EXERCICE ILLÉGAL. — Un masseur, qui faisait des applications de rayons ultra-violets, vient d'être condamné à 200 fr. d'amende et 500 fr. de dommages et intérêts envers le Syndicat des médecins de la Seine.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PATHOLOGIE MÉDICALE. (Professeur : M. SICARD.) — M. Pasteur Vallery-Radot, agrégé, commencera ses leçons sur l'immunité et les maladies infectieuses le mercredi 4 janvier 1928 à 18 h., et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre.

M. Donzelot, agrégé, commencera ses leçons sur la pathologie cardiaque le jeudi 5 janvier 1928, à 18 h., et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

INSTITUT D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE. — Conférences faites à la Faculté de médecine, à *18 h.*, laboratoire de M. le professeur Desgrez, Ecole pratique, escalier E, 3e étage.

Hydrologie générale. — MM. G. et P. Urbain, M. Poiret-Delpech, le mardi, à partir du 10 janvier.

Chimie biologique appliquée à l'hydrologie. — M. le professeur Desgrez, MM. Blanchetière, Lescœur et L. Violle, le lundi, à partir du 9 janvier. — Pour les autres cours, consulter les affiches.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Michel Brocard, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Langres.

NOTES DE PRATIQUE

PRÉSCLÉROSE GASTRO-INTESTINALE

Sous cette dénomination est envisagé un état pathologique justiciable des médicaments utilisés contre l'artériosclérose. Chtchoukine n'a eu que des insuccès avec l'iode comme avec les iodures ainsi qu'avec la théobromine. Par contre, l'Adonis vernalis s'est montrée efficace ; il attribue cette supériorité de l'Adonis sur la théobromine à ce que celle-ci ne provoque qu'une dilatation des parois vasculaires, tandis que l'adonis exerce, en outre, une action stimulante de la circulation d'où rétablissement d'un équilibre suffisant.

En conséquence, prescrire l'Adonis sous forme de Diurène, deux a trois cuillerées à café en y ajoutant quelques gouttes de teinture de condurango à titre de tonique gastro-intestinal.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSOCIATION DE MÉDECINS

M. Petitfils, député, demande à M. le ministre du Travail si un médecin, qui a un cabinet installé, peut constituer une société à responsabilité limitée, soit avec ses collaborateurs médecins qui viennent exercer dans son cabinet, soit avec des tierces personnes. (*Question du 5 décembre 1927*).

Réponse. — Il résulte d'une jurisprudence constante qu'il peut y avoir seulement, entre médecins, collaboration de fait ou même louage de service, mais la clientèle d'un médecin ou de plusieurs médecins ne saurait être mise en société. (*J. O.*, 21 déc. 1927).

DIAGNOSTIC
DE LA
PARALYSIE INFANTILE[1]

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

Messieurs,

Pour les classiques, la paralysie infantile est, comme l'indique son nom, une maladie propre au jeune âge; non contagieuse, non épidémique, elle se caractérise, cliniquement, par des paralysies d'un type particulier : frappant uniquement les membres, toujours flaccides, elles occupent, au début, un territoire très étendu; au bout d'un certain temps, elles rétrocèdent, se cantonnant à un petit nombre de groupes musculaires qui s'atrophient définitivement. « La paralysie est toute la maladie » [RILLIET et BARTHEZ (2)] : jamais de phénomènes spasmodiques, jamais de troubles sensitifs, sensoriels, intellectuels ni sphinctériens, jamais de réactions méningées, jamais d'accidents bulbaires, et par conséquent, aucun danger de mort. Elle est produite par des lésions strictement localisées aux cornes antérieures de la moelle : c'est donc, dans toute l'acception du terme, une *poliomyélite antérieure aiguë* (πολιός, gris, μυελός, moelle).

Autant de mots, autant d'erreurs!

En effet :

La maladie *peut s'observer à tout âge*, et, au cours de ces dernières années, on en a observé un grand nombre de cas chez les adultes; nous en avons nous-même, avec M. PAGE (3), vu un chez un territorial.

Elle est *infectieuse*, comme le professeur P. MARIE a eu le mérite de l'établir, il y a plus de trente ans, dans ses belles leçons sur les *Maladies de la moelle* (4), *contagieuse* et *épidémique*, ainsi qu'en témoignent les épidémies d'Europe (1905-1910) et d'Amérique (1916); son *incubation* est d'environ un à quatre jours;

Elle se caractérise, au début, par des *phénomènes généraux*, malheureusement inconstants (P. MARIE, LOWETT) : fièvre, malaise, courbature généralisée, signes de coryza, d'angine aiguë, de catarrhe laryngo-trachéo-bronchique, d'entérite aiguë, de torticolis, et par des *phénomènes locaux*, au premier rang desquels il faut placer les *réactions méningées*, les unes, d'ordre clinique, déjà entrevues par RILLIET et BARTHEZ (5) : céphalée, constipation, vomissements, phénomènes d'excitation ou de dépression, *raideur de la nuque* et des membres, signes de Kernig et de Brudzinski, strabisme, modifications pupillaires, intermittences du pouls et de la respiration, etc., les autres, d'ordre biologique : hyperalbuminose et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

A la période d'état, ce sont bien, d'habitude, les paralysies flasques et atrophiques qui dominent la scène, mais il peut s'y associer : 1° des phénomènes spasmodiques; 2° des accidents bulbaires, généralement mortels; 3° des troubles sphinctériens, d'ailleurs exceptionnels; 4° de vives douleurs (DUQUESNOY, O. WICHMANN); 5° des phénomènes sensoriels; 6° des modifications définitives du caractère.

Pourquoi ces associations? Parce que, contrairement à la théorie classique, *les lésions ne se cantonnent jamais aux cornes antérieures*. Elles les débordent, en largeur, pour s'étendre, soit au cordon antéro-latéral et particulièrement au faisceau pyramidal (P. MARIE), soit aux cornes postérieures : à la première de ces deux localisations, ressortit la spasmodicité, à la seconde, les douleurs. Bien plus! Loin de se localiser à la moelle, elles gagnent parfois encéphale, bulbe et protubérance, cervelet, écorce même, comme dans le cas que nous avons jadis publié avec M. A. COYON (1). Elles sont donc *essentiellement diffuses*, bien que prédominant, sans conteste, sur les cornes antérieures de la moelle.

Une fois constituées, ces paralysies régressent. Durables, pouvant se prolonger des mois et des années, cette *régression spontanée* doit toujours être envisagée quand il s'agit, aux premières heures, de fixer le pronostic. Tous les neurologistes, tous les médecins d'enfants n'ont-ils pas vu de ces cas où, à la longue, les phénomènes paralytiques rétrocèdent, où l'atonie musculaire diminue et où, la plupart des groupes musculaires finissant par reprendre leur fonction, le patient peut être considéré comme à peu près guéri?

*
* *

Les éléments du diagnostic ESSENTIEL une fois exposés, voyons comment se pose, en pratique, le diagnostic DIFFÉRENTIEL.

Pour les classiques, il est facile, dans les cas « où « la paralysie est partielle, instantanée, temporaire. « Le mode de début, l'âge de l'enfant, la cause occa- « sionnelle, la conservation de la santé générale, « l'absence de tout symptôme cérébral, la localisa- « tion de la maladie, sa prompte disparition, ne peuvent laisser aucun doute » (RILLIET et BARTHEZ). Aussi, est-ce surtout pour la forme qu'ils énumèrent, parmi les affections capables de simuler la paralysie infantile, certaines arthrites, les paralysies radiculaires obstétricales, la pseudo-paralysie de PARROT, les affections cérébrales, dont, surtout, l'hémiplégie infantile, les diverses amyotrophies : ARAN-DUCHENNE, CHARCOT-MARIE, WERDNIG-HOFFMANN.

Rien de plus exact, d'une manière générale, mais aussi, rien de plus schématique, rien de moins clinique. La question de diagnostic différentiel est, en effet, beaucoup plus complexe, beaucoup plus délicate qu'on ne pourrait le croire. Pour la résoudre, appliquons, une fois encore, le principe cartésien,

(1) Leçon clinique faite le 3 décembre 1926, à la Charité, dans le service du professeur SERGENT.

(2) RILLIET et BARTHEZ. Art. PARALYSIE, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 2e édition, Paris 1853, t. II, p. 551.

(3) L. BABONNEIX et M. PAGE, in *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 9 fév. 1917, p. 122.

(4) P. MARIE, in *Leçons sur les maladies de la moelle*, Paris 1892, in-8, p. 444.

(5) Id., *opere citato*, p. 550.

(1) A. COYON et L. BABONNEIX. Un cas de paralysie ascendante chez un enfant de onze ans, in *Gaz. des hôpit.*, 9 fév. 1912, n° 16.

et envisageons-le séparément pour chaque période de la maladie.

I. *A la période aiguë*, la maladie est souvent méconnue [LOWETT (1)], méconnaissance d'autant plus fâcheuse que c'est alors que le traitement pourrait être le plus efficace. Enumérons donc les principales causes d'erreurs.

Méningites diverses. — Vers 1912, à la Clinique du professeur HUTINEL entraient des enfants pour lesquels on portait aussitôt le diagnostic de *méningite tuberculeuse*. De cette affection, ne présentaient-ils pas tous les symptômes : raideur de la nuque et des membres, signes de KERNIG et de BRUDZINSKI, céphalée, vomissements, constipation, lenteur du pouls, intermittences du rythme respiratoire, attitude en chien de fusil, photophobie, mâchonnement? Chez tous, les réactions du liquide céphalo-rachidien, clair, riche en albumine et en lymphocytes, n'étaient-elles pas celles que, depuis les travaux du professeur WIDAL, on considère comme propres aux inflammations subaiguës de l'espace sous-arachnoïdien? Le diagnostic semblait donc fermement établi. Il commença à chanceler lorsque, vers la troisième semaine, nous eûmes l'heureuse surprise de voir ces enfants sortir de leur torpeur, puis bientôt soumettre à mille agaceries les élèves du service, défaisant les cordons de leur tablier, introduisant des jouets dans leurs poches, leur donnant des sobriquets. Sont-ce bien là les manières de sujets arrivés à la troisième semaine de leur méningite? On les réexamina donc avec soin, et on constata, chez tous, l'existence de paralysies flasques et atrophiques localisées ici, à un bras, là, à une jambe. Il s'agissait, non de méningite tuberculeuse, mais de paralysie infantile à forme méningée. Des faits de ce genre ont été observés à cette époque, par de nombreux auteurs : ils ont fait l'objet de leçons du professeur HUTINEL, de communications de MM. NETTER, ZAPPERT, de l'excellente thèse de M. J. PIGNOT.

Une petite fille de sept ans nous est adressée, le 18 juillet 1921, pour des troubles nerveux ayant débuté, le 21 juin précédent, par de la fièvre et une sensation de malaise général. Quelques jours après, apparition de paraplégie, puis de douleurs et de raideur de la nuque. Les premiers médecins, en présence de ces symptômes, pensent à une méningite tuberculeuse et pratiquent une ponction lombaire, laquelle ramène un liquide clair, contenant quelques lymphocytes. Ils émettent ensuite l'hypothèse de syphilis héréditaire et instituent un traitement spécifique sous forme d'injections de biiodure. Le docteur LANZENBERG (de Paris), appelé à voir la fillette, constate une paraplégie flasque avec troubles moteurs localisés à certains groupes musculaires, une légère atteinte des muscles du tronc, et porte, avec raison, le diagnostic de poliomyélite antérieure aiguë, que confirme l'évolution (1).

(1) Robert W. LOWETT. The diagnosis, prognosis, and early treatment of poliomyelitis, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 27 mai 1922, p. 1607-1611 : « It is common knowledge that many cases of « poliomyelitis are overlocked in the early stages, being incor- « rectly diagnosed as all sorts of febrile affections, and the dia- « gnosis clared up only after the paralysis develops. »

Même histoire avec quelques variantes :

Une fillette d'une dizaine d'années, habituellement bien portante, est prise brusquement, le 20 octobre 1920, de réactions méningées violentes : céphalée atroce, vomissements de type cérébral, photophobie, raideur de la nuque et de la colonne vertébrale. Les médecins appelés à son chevet pensent d'abord étant donné, d'une part l'absence de tout antécédent tuberculeux, de l'autre, l'intensité des réactions méningées, à une *méningite cérébro-spinale*; sans doute, le liquide céphalo-rachidien est-il clair, sans doute, ne contient-il ni polynucléaires « avariés », ni méningocoques. Mais cette formule ne peut-elle s'observer au début de la méningite cérébro-spinale? Les voilà donc qui procèdent à des injections de sérum antiméningococcique! Aucune amélioration. Ils se demandent alors s'il ne s'agirait pas, malgré l'absence d'antécédents, d'une méningite tuberculeuse. A ce diagnostic, une objection décisive : la maladie se prolonge, atteint sa troisième semaine sans aboutir au coma. Ils songent alors à incriminer une hypothétique hérédo-syphilis et à instituer, malgré le caractère négatif de la réaction de Wassermann, un traitement spécifique... Cependant, la mère leur fait remarquer que le membre inférieur droit de la petite malade ne bouge plus, qu'il est comme mort. Ici encore, poliomyélite antérieure aiguë méconnue jusqu'à la découverte d'une paralysie flasque et atrophique (2).

J'aurais d'autant plus mauvaise grâce à critiquer ces confrères qu'après tant de leçons, articles, conférences, publications, par moi consacrés à cette question qui, cette année encore, a fait l'objet de la thèse de mon élève MARTINET, je suis tombé dans la même erreur qu'eux.

Il y a cinq ans, je suis appelé dans les environs de Paris par un ancien interne des hôpitaux, homme expérimenté et parfait observateur : « Mauvais cas, « me dit-il, il s'agit d'une méningite tuberculeuse « arrivée à la période de coma chez un sujet de quatorze ans que je connais depuis longtemps, qui a « toujours joui d'une parfaite santé et dont les parents « sont eux-mêmes indemnes de toute tuberculose. « Ce diagnostic m'a tellement surpris, que j'en ai « demandé confirmation à la ponction lombaire. « Hélas! Aucun doute, puisque le liquide est clair « comme de l'eau de roche et contient un excès d'al- « bumine et de nombreux lymphocytes. » Je procède moi-même à un examen attentif. Impossible de porter un autre diagnostic. Des semaines se passent. Mon confrère, m'écrivant à propos d'un autre patient, ajoute : « Le petit malade que nous avons « vu est tiré d'affaire, mais il garde une paralysie « flasque et atrophique des deux quatriceps cru- « raux ». Cet enfant, je l'ai revu il y a deux ans à ma consultation de la Charité : paralysie infantile typique. Ici, comme dans les cas précédents, il

(1) L. BABONNEIX. Diagnostic de la paralysie infantile, in *Gaz. des hôpit.*, 3 et 5 oct. 1922, n° 77.
(2) Id., *opere citato*.

s'est agi d'une poliomyélite antérieure aiguë dans laquelle les troubles moteurs caractéristiques avaient été méconnus, les réactions méningées occupant la première place dans le tableau clinique. Comment, à ce sujet, ne pas évoquer le travail de notre regretté collègue COURTELLEMONT, qui devait, au cours de la guerre, tomber au champ d'honneur? Il avait, en 1907, demandé à ses Maîtres, comme à ses amis, de lui fournir des observations de paralysie flasque et atrophique survenue au cours de la méningite cérébro-spinale. Il en avait, lui-même, recueilli un certain nombre. Des unes comme des autres, il avait fait le sujet d'une thèse infiniment consciencieuse. Vient-on à les relire aujourd'hui, on voit que la plupart concernent des paralysies infantiles à forme méningée.

Comment donc différencier ces paralysies infantiles à forme méningée des méningites vraies?

En se fondant sur trois éléments :

Survenance, au cours d'un état méningé, d'une paralysie flasque et atrophique. — Pratiquement, une telle paralysie ne s'observe que dans la poliomyélite antérieure aiguë.

Caractères du liquide céphalo-rachidien. — Limpidité, hyperalbuminose, lymphocytose, absence de tous germes : bacilles de Koch, méningocoques, décelables à l'examen direct ou grâce aux cultures.

Evolution caractéristique. — C'est quand les réactions méningées ont disparu que l'on découvre l'existence d'une paralysie qui s'accompagne d'hypotonie ou d'atonie, d'aréflexie tendineuse, d'amyotrophies, de troubles profonds de réactions électrique.

Voici un jeune enfant qui est pris de fièvre et chez lequel, à l'examen, les membres paraissent douloureux, il ne vous en faut pas plus pour porter le diagnostic de rhumatisme articulaire. Vous prescrivez donc quelque pommade à base de salicylate de méthyle. Ne vous étonnez pas de n'être plus jamais rappelé! Il s'agissait, ici encore, de paralysie infantile. Vous avez eu un double tort. En premier lieu, vous vous êtes fié aveuglément à la formule classique pour laquelle l'existence de douleurs exclut l'hypothèse de paralysie infantile. Vous avez aussi négligé de vous assurer de la motilité des membres. Conclusion pratique : vous ferez bien, lorsque vous serez appelés auprès d'un petit enfant qui a été pris brusquement de fièvre et qui souffre des bras ou des jambes, de songer à la poliomyélite avant d'affirmer que l'on se trouve en présence de rhumatisme articulaire aigu.

Affections ostéo-articulaires. — Il y a quelques années, j'étais appelé en province par un de mes anciens collègues d'internat, chirurgien connu et considéré. « Croirais-tu, me dit-il en m'abordant, que « moi, chirurgien, j'ai passé à côté d'un mal de Pott? « Et pour qui? Pour ma propre fille! Je n'ai rien vu « des phénomènes vertébraux proprement dits, j'ai « méconnu l'abcès par congestion, et la voilà main- « tenant avec une paralysie flasque! ». Cette fillette était en parfaite santé quelques jours auparavant. Puis soudainement étaient apparus chez elle les phénomènes habituels : fièvre, malaise, courbature, vomissements. Ils étaient à peine dissipés qu'on découvrait chez elle une paraplégie flasque. D'abord totale, cette paraplégie se cantonnait aux quatriceps fémoraux qui ne tardaient pas à s'atrophier. Rien, ni cliniquement, ni radiologiquement, à la colonne vertébrale. Quel autre diagnostic porter que celui de paralysie infantile? La régression presque totale des troubles moteurs ne vint-elle pas, ultérieurement, confirmer cette hypothèse? (1).

Avec M. LANCE, j'ai été appelé à voir, en juillet 1924, une petite fille que l'on ramenait précipitamment de Touraine, le chirurgien ayant porté le diagnostic de coxalgie. M. LANCE, auquel elle avait été adressée, ne lui trouvant aucun signe de coxalgie, m'avait prié d'examiner avec lui la petite malade. En raison du début brusque, fébrile, de l'existence d'une paralysie flasque, localisée au membre inférieur gauche, je portai le diagnostic de paralysie infantile, malgré l'existence de troubles sphinctériens. Contrairement à la théorie classique, ceux-ci sont en effet, parfois observés, et leur constatation ne suffit, en aucun cas, à éliminer l'hypothèse de poliomyélite antérieure aiguë (2).

L'hémorragie méningée vous embarrassera quelquefois. Sans doute, en sa faveur, militent les arguments suivants, les uns d'ordre positif : réactions méningées, avec signe de BABINSKI, résultats de la ponction lombaire, les autres, d'ordre négatif : absence de paralysies flasques et atrophiques. Mais aucun d'entre eux n'entraîne la conviction : les réactions méningées sont fréquentes dans la paralysie infantile où l'on peut aussi, bien que rarement, observer le signe de BABINSKI; au cours des hémorragies méningées, des phénomènes paralytiques surviennent parfois, d'ailleurs rares, éphémères, et habituellement cantonnés à un muscle. Les limites, entre ces deux états morbides, sont donc parfois indécises. Elles le sont d'autant plus que certaines paralysies ascendantes produites par le médullo-virus, peuvent s'accompagner d'hémorragie méningée, comme j'ai eu l'occasion de le constater, ces jours-ci, avec mon interne M. DURUY.

Entre l'encéphalite léthargique et la paralysie infantile, que de différences, en principe! Dans celle-là, début par des phénomènes oculaires : ptosis, paralysies associées de la musculature externe, par de la salivation, par de la somnolence; à la période d'état, absence totale de paralysies flasques et atrophiques; bien au contraire, présence d'une hypertonie de type strié, avec aspect figé, perte des mouvements automatiques, myoclonies, plus tard, encore, syndrome parkinsonnien; dans celle-ci, jamais d'hypertonie de type strié; jamais de « séquelles » à type parkinsonnien, jamais de somnolence, de ptosis, de salivation : toute la symptoma-

(1) L. BABONNEIX. Diagnostic de la paralysie infantile, in *Gaz. des hôpit.*, 3 et 5 oct. 1922, n° 77, p. 1239.

(2) V. L. BABONNEIX. Données nouvelles concernant la poliomyélite antérieure aiguë épidémique, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, art. 27.501, p. 621-634.

tologie se réduit à une paralysie flasque atrophique avec réaction de dégénérescence.

A ces tableaux, combien de retouches semblent nécessaires!

1° On ne voit plus actuellement les mêmes encéphalites léthargiques que vers 1920. Les phénomènes initiaux, en particulier, manquent dans la plupart des cas. Depuis les travaux de M. Cruchet (1917), de MM. Bériel et Devic (de Lyon), de MM. Cruchet et Verger, nous commençons à connaître les formes périphériques (1), basses, de l'encéphalite. La description, qui, il y a peu de temps encore, semblait correspondre aux faits, n'est plus de mise aujourd'hui. Vérité en deçà de telle année, erreur au delà!

2° Les amyotrophies de type flasque ont été décrites dans l'encéphalite épidémique, par deux médecins dont personne ne contestera la compétence; nous avons nommé MM. Verger et Cruchet [de Bordeaux (2)]. Ajoutons que, pour ces auteurs mêmes, elles seraient exceptionnelles.

3° Les lésions histologiques ne varient guère dans leur essence, qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces affections. Montrez à un neurologiste exercé des coupes de bulbe, de protubérance, et même de région thalamique de certains cas de poliomyélite antérieure aiguë. En constatant la présence de nombreux manchons périvasculaires, comment n'affirmerait-il pas l'encéphalite?

De ces considérations, que conclure? C'est qu'en attendant un élément de diagnostic biologique qui fait encore défaut on pensera à une paralysie infantile, si chez le malade existe une paralysie flasque, atrophique, accompagnée de réaction de dégénérescence, si cette paralysie est survenue brusquement, au milieu de phénomènes généraux : fièvre, courbature, toujours « suspicious » (Lowett) surtout entre juin et septembre, et de troubles nerveux, parmi lesquels les réactions méningées occupent la première place. Si ces phénomènes morbides ont été observés en série, s'il y a, autrement dit, la notion d'épidémicité, la présomption deviendra certitude. A-t-on affaire au contraire, à une affection ayant débuté par de la somnolence et des phénomènes oculaires, et se caractérisant par une hypertonie spéciale, par des myoclonies, par un syndrome parkinsonnien, c'est que l'encéphalite léthargique est en cause. De même, le début moins dramatique, la moindre violence des phénomènes généraux, l'apparition moins soudaine des paralysies, le développement moins considérable de l'atrophie, la régression plus complète des troubles moteurs, aboutissant souvent à une guérison globale (Bériel et Devic).

En 1909, le professeur Dieulafoy adressait au professeur Hutinel un petit garçon de trois ans et demi qui venait de Leyde et qui avait été pris de paralysies diverses : paralysie de la VIe paire gauche, paralysie faciale gauche, monoplégie crurale droite. Le professeur Hutinel me faisait le grand honneur de me demander mon avis. La démarche ébrieuse, les vomissements, les paralysies alternes, ne permettaient-elles pas de penser à une tumeur cérébrale? Heureusement, la famille put nous donner le nom du confrère hollandais qui avait vu l'enfant. Prié de nous donner quelques détails, il eut l'amabilité de nous envoyer une lettre très circonstanciée, dans laquelle il nous déclarait que des accidents analogues avaient été observés *en série* et que, dans une même journée, dans la même ville, 80 enfants avaient été pris de la même façon. Le diagnostic de tumeur cérébrale ne pouvait plus être maintenu. Il s'agissait de poliomyélite antérieure épidémique. J'ai, depuis 1909, eu l'occasion de revoir l'enfant à diverses reprises. Il garde, malgré les soins qui lui ont été prodigués, une paralysie flasque et atrophique du membre inférieur droit (1).

Arrivé à la fin de ce chapitre, tâchons d'en résumer les principales données. Pour établir le diagnostic de paralysie infantile, on tiendra compte :

a. De la *notion d'épidémicité*, comme dans le cas que nous venons de rapporter ou *de contagion*. J'ai eu l'occasion de voir, avec mon collègue et ami M. Darré, un malheureux garçon de quatorze ans, complètement infirme. Dans quelles conditions avait-il été aussi durement frappé? Il jouissait d'une parfaite santé, lorsque dans sa maison était venu s'installer un jeune ménage avec leur bébé, convalescent de paralysie infantile. Les parents de l'enfant malade demandaient aux parents de l'enfant sain de leur prêter leur petite voiture. Ceux-ci avaient aussitôt consenti. Charité qui devait être bien mal récompensée puisque, par l'intermédiaire de cette voiture qui servait alternativement aux deux enfants, le malade et l'autre, celui-là n'avait pas tardé à contaminer celui-ci!

b. *De l'existence, chez les personnes de l'entourage, de manifestations pathologiques, soit générales, soit nerveuses.* — Interrogez les parents. Tâchez de savoir, si au moment où leur enfant a été atteint, ils étaient eux-mêmes bien portants, si les personnes de l'entourage n'avaient pas présenté quelque phénomène morbide. Ils commenceront par répondre négativement. Insistez! Ils se rappelleront alors qu'à cette date, ils avaient été eux-mêmes un peu « patraques », mais qu'ils avaient pu continuer à vaquer à leurs occupations. Quant à leurs enfants, l'un avait été enrhumé, l'autre avait eu une angine, le troisième, une entérite.

Dans le cas que nous avons relaté et où les réactions méningées avaient fait songer à une méningite, la mère signalait que le frère et la sœur de la petite malade avaient présenté pendant quelques jours des troubles morbides, ayant consisté, pour celui-là, en fièvre, tremblement des mains, convulsions (?), pour celle-ci, en tremblement.

(1) L. Bériel et A. Devic. Les formes « périphériques » de l'encéphalite léthargique, *Presse méd.*, 31 oct. 1925, n° 87, p. 1441-1442.

(2) Verger et Cruchet. Les formes basses de l'encéphalo-myélite épidémique, *Presse méd.*, 12 juin 1926, n° 47.

(1) L. Babonneix et A. Coyon. Un cas de paralysie ascendante aiguë chez un enfant de onze ans, *Gaz. des hôpit.*, 9 fév. 1911, n° 16.

Ne vous y trompez pas! Il s'agit là de formes frustes ou anormales de paralysie infantile, d'autant plus dangereuses que plus facilement méconnues, et qui tiennent peut-être à ce que les personnes chez lesquelles on les observe ont été jadis frappées et sont partiellement immunisées.

c. *De l'association, à une paralysie flasque qui, bientôt deviendra atrophique, soit de réactions méningées, parmi lesquelles la raideur de la nuque occupe la première place, soit de douleurs erratiques de type « rhumatismal ».*

d. *De la rétrocession des troubles moteurs*, cette rétrocession étant *précoce*, *spontanée*, *considérable* et *prolongée*.

II. *A une période tardive*, le diagnostic se pose tout autrement.

Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu d'insister longuement sur la myopathie, affection familiale, à début lent, insidieux, caractérisée uniquement par une gêne progressive de la marche, sans phénomènes généraux, sans fièvre, sans malaises. Au bout de mois ou même d'années, les symptômes pathognomoniques se dessinent : pseudo-hypertrophie portant, dans les formes les plus habituelles, sur les muscles postérieurs des membres inférieurs et aboutissent à l'atrophie, démarche en canard, lordose, difficulté quand on est à terre, pour se relever, pseudo-hypertrophie des orbiculaires des yeux et des lèvres, atrophie des membres supérieurs. Jamais de paralysie brusque, jamais de réactions méningées, jamais de réaction de dégénérescence, mais souvent une réaction galvanotonique plus ou moins nette.

Non moins aisé dans les formes pures, le diagnotic des encéphalopathies infantiles. Congénitales ou précoces, succédant souvent à quelque incident obstétrical, survenant, plus souvent encore, chez des syphilitiques héréditaires, elles se manifestent par des troubles moteurs et intellectuels. A ceux-ci appartiennent l'idiotie, l'imbécilité ou la débilité mentale; à ceux-là des phénomènes spasmo-paralytiques, mono- ou diplégiques : hémiplégie infantile dans le premier cas, diplégie cérébrale et maladie de Little dans le second, des mouvements involontaires, de type athétosique ou choréique, des épisodes convulsifs : convulsions ou épilepsie. Quand nous voyons, dans quelque asile spécial, un enfant immobilisé par des contractures ou par des rétractions fibro-tendineuses, passant ses journées sur une chaise percée, ne reconnaissant personne, ne parlant pas, occupé tout entier à échanger des regards d'inintelligence avec ses compagnons d'infortune, oh! sans doute, vous n'hésitez pas. Mais il est des cas où le diagnostic est moins simple. En effet :

1° Les phénomènes atoniques peuvent s'observer dans les encéphalopathies infantiles et dominer de très haut la scène clinique, comme l'a montré M. Foerster.

2° Il n'est pas exceptionnel que dans la paralysie infantile survienne quelque phénomène spasmodique.

3° Les deux affections peuvent coexister, soit d'emblée, un jeune sujet étant frappé simultanément d'hémiplégie organique et de paralysie infantile, le même virus ayant lésé à la fois l'écorce rolandique et les cornes antérieures de la moelle (Strümpell, P. Marie) soit que, chez un enfant atteint d'encéphalopathie infantile ancienne, se développe une paralysie infantile, comme dans les cas que nous avons observés avec MM. Lamy (1) et Lance (2) et dans ceux auxquels fait allusion M. Lowett. N'exagérons pas les difficultés! Les « coïncidences » que nous venons de rappeler sont si peu fréquentes que, dans toute son existence, un neurologiste n'a l'occasion de les rencontrer que deux ou trois fois. Dans toutes les autres autres circonstances, les anamnestiques, l'évolution, les symptômes associés permettent de porter, sans hésitation, le diagnostic exact.

« Du temps que j'étais écolier », on ne parlait que de polynévrites, les unes d'origine toxique : polynévrites alcooliques, arsenicales, béribériques, saturnines, sulfo-carbonées, etc.; les autres, d'origine infectieuse : blennorragiques, diphtériques, lépreuses, tuberculeuses, typhiques, etc. Toute paralysie flasque qui ne relevait ni d'une paralysie infantile, ni d'une myopathie était versée d'office dans leur groupe.

Période aussi brillante qu'éphémère! Aujourd'hui elles n'occupent plus, dans les meilleurs Traités, qu'une place restreinte, et bientôt s'écriera-t-on avec le poète, dont les souvenirs me hantent décidément :

Peut-être est-il bien tard pour parler encor d'*elles!*

Pourquoi cette décadence? Pour deux raisons principales. Une théorique. Comment supposer que de grosses lésions des nerfs périphériques puissent être primitives? Une de fait : dans la plupart des cas, il existe des lésions centrales décelables et par l'examen microscopique du névraxe, et par l'analyse du liquide céphalo-rachidien. Ne jouissant d'aucune existence autonome, elles ne méritent pas d'être conservées dans les cadres nosologiques. Avant qu'elles soient complètement « feues », accordons-leur une brève « citation ». De toutes, la seule qui pourrait induire en erreur, c'est la *polynévrite diphtérique* dans les cas, d'ailleurs exceptionnels, où elle revêt la forme de la paralysie extenso-progressive. Pendant la guerre, alors que je dirigeais un centre neurologique, j'ai été appelé à voir un territorial atteint de paralysie de Landry. Mon pronostic avait, comme de juste, été très sombre. Au bout de deux ou trois jours, contrairement à toute attente, légère amélioration. Nous nous étions donc trompés. En interrogeant avec soin notre malade, nous apprenions qu'il avait fait, quelque temps auparavant, une angine aiguë. Bien qu'à aucun moment, il n'ait eu dans la gorge de fausses membranes, nous prions M. Brulé, alors chef de laboratoire de l'ar-

---

(1) L. Babonneix et Lance. Association probable de diplégie cérébrale et de paralysie infantile, *Soc. de neurol.*, juillet 1922.

(2) L. Babonneix et Lamy. Paralysie infantile probable survenant chez une fillette atteinte de quadriplégie spasmodique ancienne, *Bull. de la Soc. de péd.*, séance du 17 nov. 1925, nos 8-9-10.

(3) L. Babonneix. Sur un cas de paralysie diphtérique, in *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 10 nov. 1926.

mée, de bien vouloir examiner le mucus pharyngo-nasal; il y trouva du bacille de LÖFFLER long et moyen. Il s'agissait donc de diphtérie, et non de paralysie infantile, et la sérothérapie, aussitôt appliquée, donna de bons résultats (3).

Affections ostéo-articulaires. — *Colonne vertébrale.* — La paralysie atrophique prédomine-t-elle sur les muscles d'une des gouttières vertébrales, elle produit une *scoliose*, déjà signalée par RILLIET et BARTHEZ, et qu'il faut savoir rattacher à sa véritable origine.

Le moyen fessier est-il intéressé, on est en droit, a un examen quelque peu sommaire, de penser à une *luxation congénitale de la hanche.*

Cette année même, avec MM. LAMY, DURUY et DE VADDER, j'ai vu un cas de ce genre. Il s'agissait d'une jeune fille qui, vers la deuxième année, à la suite d'une « fièvre typhoïde » avait présenté une arthrite coxo-fémorale singulière. Bien des médecins avaient été consultés. Mon collègue, M. DESCOMPS, après examen attentif et prolongé, avait éliminé l'hypothèse de luxation congénitale de la hanche et conclu à une affection médullaire. Avec combien de raison! Nous avions affaire, en effet, à une paralysie infantile évidente, avec paralysie, atonie, réaction de dégénérescence, et la soi-disant fièvre typhoïde du début, pourrait bien n'avoir été que l'ensemble des phénomènes généraux observés à la période aiguë (1).

Ne croyez pas ces cas rares! J'en ai vu un, entre autres, avec M. REEDERER. Et, surtout, n'allez pas vous imaginer qu'ils représentent une « conquête des temps modernes »! *Multa renascentur*... Ils se trouvent signalés en toutes lettres par RILLIET et BARTHEZ (2) qui n'ont pas la prétention de les avoir inventés, puisqu'ils citent, à ce sujet, les noms de WEST et de KENNEDY.

N'oublions pas, non plus, que beaucoup de *pieds creux* sont dus à une paralysie infantile ancienne s'étant cantonnée aux muscles de la plante. Il en était ainsi dans le cas auquel je viens de faire allusion.

Convient-il d'insister sur le diagnostic des paralysies radiculaires obstétricales? Assurément non : succédant à un traumatisme obstétrical qui a dilacéré les racines antérieures du plexus brachial, moins résistantes que les postérieures (P. DUVAL et G. GUILLAIN), elles apparaissent dès la naissance et se cantonnent presque toujours au groupe radiculaire supérieur : deltoïde, biceps, brachial antérieur, long supinateur, innervé par les Ve, VIe et VIIe racines cervicales.

* * *

Les formes rares de la paralysie infantile méritent d'être bien connues si l'on ne veut pas commettre de fâcheuses erreurs de diagnostic.

(1) L. BABONNEIX, L. LAMY, A. DURUY et DE VADDER. Paralysie infantile localisée au membre inférieur droit avec symptomatologie rappelant celle de la luxation congénitale de la hanche, in *Bull. de la Soc. de péd.*, séance du 21 déc. 1926, nos 8-9-10.

(2) RILLIET et BARTHEZ. Art. PARALYSIE, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 2e édition, Paris 1853, t. II, p. 561.

Dans certains cas, il s'agit de paralysie infantile secondaire, c'est-à-dire survenue au décours d'une autre maladie : coqueluche, diphtérie, fièvre typhoïde, rougeole, vaccine, variole, ou à l'occasion soit d'un refroidissement (RILLIET et BARTHEZ), soit d'un traumatisme (LOWETT). Déjà mentionnées par RILLIET et BARTHEZ, signalées par la plupart des classiques; DEJERINE et André THOMAS, LOWETT, P. MARIE et A. LÉRI entre autres, elles sont à peu près ignorées des médecins. Nous en avons vu plusieurs cas, dont un avec M. G. SCHREIBER. Il concernait le fils d'un médecin qui, au décours d'une rougeole, présenta soudain de violentes réactions méningées. Ces réactions une fois disparues, on découvrit une paraplégie flasque, bientôt suivie d'atrophie (1).

D'autres fois, la paralysie infantile se complique de phénomènes spastiques : exagération de certains réflexes tendineux, signe de Babinski, trépidation spinale, de manière à réaliser des ensembles fort curieux : monoplégie flasque du membre supérieur gauche, par exemple, avec paraplégie spasmodique; paralysie flasque avec vrai signe de Babinski, signalée par de nombreux auteurs (L. BERNARD, A. LÉRI et BASCH, SCHREIBER, TOURNAY). Ces paralysies infantiles spasmodiques sont, somme toute, assez rares. Nous en avons vu deux cas.

Dans le premier, il s'agissait d'une jeune fille qui, sans cause apparente, fut prise de troubles nerveux évoluant en deux phases; une première, de paralysie flasque avec atrophie, prédominant aux membres supérieurs; une seconde, où apparurent : 1° des phénomènes spasmodiques, surtout nets aux membres inférieurs; 2° une grosse inégalité pupillaire, due à la mydriase de l'œil gauche, dont les réactions photomotrices étaient d'ailleurs normales.

Dans ce cas, l'existence de phénomènes insolites, troubles sensoriels, manifestations d'ordre spasmodique, devait-elle suffire à faire écarter le diagnostic de paralysie infantile, pour imposer celui d'hérédo-syphilis?

Nous ne l'avons pas cru. Non seulement, il n'existait, chez notre patiente, aucun signe de spécificité, mais encore la réaction de Wassermann, effectuée sur son liquide céphalo-rachidien, était négative. Puis, il existe dans la littérature quelques rares cas de paralysie infantile avec déterminations oculaires? Nous en avons nous-même publié un cas avec M. PAGE. Enfin, l'histoire de la maladie suggérait l'hypothèse, confirmée par l'évolution, de poliomyélite antérieure aiguë (2).

L'autre concerne une fillette qui, au moment de la déclaration de guerre se trouvait à Ostende, lorsqu'elle fut prise d'entérite, puis de torticolis fébrile, et enfin de quadriplégie avec troubles vésicaux. Elle fut ramenée à Lille avec les difficultés que vous devinez, et bientôt, évacuée sur le Centre de la France. Elle a été examinée, depuis cette époque,

(1) L. BABONNEIX. Les paralysies infantiles secondaires, *La Médecine*, 1926, p. 826-827.

(2) L. BABONNEIX. Myélite aiguë non spécifique avec inégalité pupillaire, in *Monde méd.*, avril 1920, et *Gaz. des hôpit.*, 18 et 20 janv. 1921, n° 6.

par de nombreux neurologistes et pédiâtres : tous ont constaté l'existence d'un ensemble symptomatique curieux : paraplégie spasmodique, parésie des muscles du tronc, atrophie des mains à type Aran-Duchenne, anesthésie de type syringomyélique localisée aux membres supérieurs. Si l'on se rappelle le début brusque des accidents, à une époque et dans un endroit où sévissait une épidémie de paralysie infantile, si l'on tient compte du caractère de la paralysie des membres supérieurs, laquelle est flasque et atrophique, quel autre diagnostic porter que celui de paralysie infantile à lésions diffuses, ayant probablement : 1° atteint la substance centro-postérieure; 2° débordé sur les cordons antéro-latéraux?

Songez aussi aux paralysies sensitives et aux paralysies localisées qu'a décrites mon regretté ami O. WICHMANN (2); songez à ces formes frustes dont je vous ai entretenus; songez aux formes à rechutes, d'ailleurs exceptionnelles; rappelez-vous aussi que la plupart des paralysies ascendantes méritent, comme l'a montré le célèbre mémoire de CORDIER (3), relatif à l'épidémie de Sainte-Foy-l'Argentière, et, entre tant d'autres, celui que nous avons jadis observé avec M. A. COYON (4), d'être rangées parmi les formes de la paralysie infantile. Vous n'ignorez pas d'ailleurs, que toute paralysie ascendante n'est pas due au virus de la poliomyélite antérieure épidémique. Il en est qui sont dues à la rage, à des virus inconnus (TINEL), à la diphtérie, et, expérimentalement, à la plupart des septicémies microbiennes. N'empêche qu'en présence d'une paralysie ascendante, notre premier devoir est de penser à la maladie de HEINE-MEDIN! Si au lieu de porter étourdiment le diagnostic d'alcoolisme chez ce jeune militaire atteint de paralysie ascendante aiguë que l'on m'a adressé à Beauvais, où je dirigeais alors un centre neurologique de groupe d'armées, on avait songé à le soumettre sans retard à la sérothérapie antipoliomyélitique, on l'aurait peut-être sauvé, comme l'a été, en 1924, un adolescent qui paraissait bien perdu au moment où nous lui avons injecté du sérum de PETTIT! (5).

*
**

Les considérations précédentes ne sont peut-être pas sans intérêt.

Intérêt social et privé, AU DÉBUT :

Social, parce que, sans diagnostic, impossible d'éviter les épidémies qui risquent toujours, avec les moyens de communication actuels, de prendre une redoutable extension; de recourir à la déclaration obligatoire (la paralysie infantile occupe le numéro 14 dans la liste des maladies à déclaration obligatoire); de mettre en œuvre toutes les méthodes de rigueur en présence d'une infection : isolement du malade, désinfection de tout ce qui l'a touché.

Privé, pour deux raisons :

1° Jamais vous ne songerez, si vous ne savez pas reconnaître une paralysie infantile, à instituer, dès le début, c'est-à-dire à la seule période où il soit efficace, un traitement énergique, sérum antipoliomyélitique de convalescent (LEVADITI, NETTER, SALANIER) ou expérimental (Aug. PETTIT) en injections intramusculaires et surtout intrarachidiennes, puis, dès qu'il n'y a plus de douleurs ni de fièvre, radiothérapie médullaire et diathermie portant sur les muscles atteints, selon la méthode de BORDIER (de Lyon), balnéation chaude (SOUQUES).

2° Argument plus direct, plus *ad hominem*; puis qu'il concerne votre réputation : « On ne saurai « trop insister sur le caractère de la maladie à son « début parce que cette erreur (qui consiste à dia- « gnostiquer : rhumatisme, fièvre typhoïde, ménin- « gite cérébro-spinale, etc.) est fréquemment com- « mise, et que c'est une de celle que les familles « ont bien de la peine à comprendre ou à excuser « (LOWETT). »

PLUS TARD, la nécessité d'un diagnostic exact s'impose encore. Si vous avez méconnu la paralysie infantile, comment aurez-vous l'idée de la traiter par les moyens physiques : électrisation, massages, et mobilisation, bains salés? Comment songerez-vous à appeler à votre aide chirurgie et orthopédie?

(1) L. BABONNEIX. Paralysie infantile avec manifestations spasmodiques, in *Journ. de l'Assoc méd. mutuelle,* Vannes 1922, Lagueuy.

(2) O. WICHMANN. *Poliomyelitis akuta*, Berlin 1911.

(3) CORDIER. *Soc. des sciences méd. de Lyon*, 1887.

(4) A. COYON et L. BABONNEIX. Un cas de paralysie ascendante aiguë chez un enfant de onze ans, *Gaz. des hôpit.*, 9 fév. 1911, n° 16.

(5) L. BABONNEIX. Diagnostic de la paralysie infantile, *Gaz. des hôpit.*, 3 et 5 oct. 1922, p. 1239; — Paralysie bulbaire survenue au cours d'une maladie de Heine-Medin et rapidement guérie par le sérum antipoliomyélitique de PETTIT, in *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 20 fév. 1923.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1927)

A propos de l'hystérectomie vaginale. — Pour M. PETIT DE LA VILLÉON, les indications de cette opération sont des plus rares. Il emploie toujours la voie haute qui, seule, permet de contrôler le diagnostic et de pratiquer une chirurgie conservatrice. Au point de vue esthétique même, avec l'incision curviligne sus-pubienne, l'hystérectomie abdominale ne le cède en rien à la vaginale.

M. R. PETIT dit qu'il a voulu simplement apporter quelques améliorations à la technique de l'hystérectomie vaginale, opération qui doit être conservée à côté de l'hystérectomie abdominale.

De l'ostéomyélite chronique. — M. PÉRAIRE en communique quatre cas : ostéomyélite éberthienne; forme condensante avec séquestre; forme condensante sans séquestre; forme prise pour une ostéomyélite tuberculeuse avec abcès intra osseux des deux malléoles. Dans tous ces cas, trépanation large et stérilisation des foyers. Pour les os courts, au contraire, il faut donner la préférence à la résection.

Un cas de diverticule de Meckel étranglé dans une hernie ombilicale. — M. DUCLAUX fait un rapport sur une observation de M. MULLER concernant une hernie datant de vingt-

quatre ans et étranglée depuis trois jours. A l'opération, on trouve un diverticule étranglé qui est réséqué et enfoui. Guérison.

Sarcome de l'avant-bras développé, après vingt ans, au niveau d'un foyer de fracture. — M. V. Pauchet fait un rapport sur une communication de M. E. Pavie (du Brésil). Amputation haute de l'humérus. Récidive trois semaines après. Désarticulation scapulo-humérale. Guérison.

Estomac biloculaire. Gastro-entérostomie postérieure. Syncope. Massage du cœur. Résultat fonctionnel après onze ans. — M. Lavenant communique une observation d'estomac biloculaire par ulcère, pour lequel il fit une gastro-entérostomie postérieure sur la poche supérieure. L'introduction d'éther dans l'abdomen, à la fin de l'opération, provoque une syncope respiratoire qui cède au massage du cœur. Quatre jours après, l'auteur dut faire une jéjuno-jéjunostomie pour un « circulus viciosus » dont la cause était l'emploi d'une anse longue. Le malade, revu onze ans après, est en excellent état. A l'examen radioscopique, la bouche anastomique fonctionne bien, laissant passer les 9/10 de la bouillie barytée, quoique le pylore soit perméable et en laisse passer 1/10.

Rapports de la chirurgie et de la rœntgenthérapie dans le traitement des séminomes. — MM. Aubourg et Joly rappellent les travaux récents montrant, au point de vue histologique, radiologique, radiochimique, l'action du rayonnement sur les cellules testiculaires et sur les séminomes. Cliniquement, on observe trois sortes de malades : 1° le testicule seul est atteint après ablation chirurgicale, il est prudent d'irradier la chaîne ganglionnaire lombo-aortique; 2° le testicule et les ganglions sont pris : après ablation du testicule, on doit irradier la chaîne lombo-aortique; 3° le testicule a été enlevé et il y a récidive inopérable; on doit pratiquer la rœntgenthérapie. Les auteurs décrivent une technique particulière pour chacun des trois cas et présentent des observations de chaque catégorie avec persistance d'un bon état général.

Reins polykystiques. — M. Séjournet en communique deux observations, l'une chez un nourrisson de six mois mort d'accidents à allure urémique et chez lequel on trouva, à l'autopsie, deux reins polykystiques et un kyste de la rate; l'autre, chez une femme de trente et un ans. Dans ce dernier cas, il fit la néphrectomie à cause du volume de la tumeur et du nombre considérable des kystes. La malade est guérie depuis deux ans. Malgré ce résultat, l'auteur reste partisan de l'abstention opératoire dans ces cas, à cause de la bilatéralité presque constante et parfois latente des lésions.

Deux observations de tumeur du pancréas guéries par anastomose biliaire. — M. Mornard communique deux cas de tumeur pancréatique avec ictère chronique que le tableau clinique et l'aspect opératoire avaient fait nettement diagnostiquer « cancers du pancréas comprimant les voies biliaires ». Les deux malades opérés, l'un par cholécysto-duodénostomie; l'autre par cholécysto-gastrostomie, sont guéris depuis deux ans. Il s'agissait donc d'adénomes bénins.

A propos des perforations d'ulcères gastro-duodénaux. — M. Moncany communique 17 cas de perforations d'ulcères gastro-duodénaux opérés, avec 15 guérisons et 2 morts. Il insiste sur la nécessité de pratiquer l'opération, quel que soit le délai écoulé depuis la perforation et quel que soit l'état du malade, la chirurgie, dans ces cas, donnant des résultats parfois inespérés.

Greffes cutanées faciales. — M. Dufourmentel présente plusieurs opérés auxquels il a fait, aux uns, pour réparer des brûlures, des greffes cutanées libres, c'est-à-dire non pédiculées, de peau totale; et à un autre, pour une perte de substance par morsure de chien, une greffe avec lambeaux pédiculés à transplantation retardée.

Reconstitution de la région lombo-sacrée par greffe autoplastique. — M. Burty présente une jeune femme dont il a reconstitué la région lombo-sacrée ravagée par de vastes cicatrices d'escarres, au moyen de greffes autoplastiques « en jeu de patience ».

(SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1927)

A propos des tumeurs du pancréas guéries par anastomose biliaire. — M. Thévenard, à l'appui des conclusions de la communication faite à la dernière séance par M. Mornard, apporte deux observations personnelles qui confirment la difficulté qui existe parfois, même au cours de l'intervention, à distinguer un néoplasme d'une lésion inflammatoire de la tête du pancréas.

A propos des perforations d'ulcères gastro-duodénaux. — M. Mornard.

A propos des perforations d'ulcères gastro-duodénaux. — M. V. Pauchet déclare qu'il n'y a pas de perforations pyloriques, mais des gastriques et des duodénales; il est donc nécessaire d'apporter sur ce point des précisions dans les observations :

Au point de vue traitement : 1. Ulcus duodénal : suture simple, si le calibre n'est pas rétréci après suture; sinon, gastro-entérostomie; 2. Ulcus gastrique : se contenter de la suture si elle peut être réalisée facilement, mais ne pas faire de gastro-entérostomie; 3. Ulcus juxta-pylorique : faire la gastro-pylorectomie d'emblée. Il insiste pour que les opérateurs donnent les résultats éloignés de leurs interventions. Car il n'est pas possible que des ulcus duodénaux suturés simplement, sans gastro-entérostomie, que des ulcus gastriques non réséqués donnent des guérisons définitives. Tous ces malades sont à revoir et le plus souvent à réopérer.

A propos du traitement des séminomes par la rœntgenthérapie. — M. Lavenant.

Un cas d'appendicite grave avec symptomatologie réduite. — M. Buquet fait un rapport sur une observation de M. Dervaux (de Saint-Omer) : crise d'appendicite franche aiguë chez un enfant de douze ans; application de glace sur le ventre et disparition en deux heures de tout symptôme abdominal. A l'opération pratiquée malgré cette absence de signes, on trouve un appendice perforé dans un foyer de péritonite péri-cæcale. Guérison.

La rachianesthésie comme moyen de traitement de l'iléus spasmodique. — M. Bonamy fait un rapport sur un travail de M. Issaakian (d'Astrakhan, Russie) concernant trois occlusions aiguës guéries par rachianesthésie. Le rapporteur propose, dans les cas où l'évacuation n'aurait pas lieu après l'injection, de profiter de l'anesthésie obtenue pour pratiquer, soit une entérostomie, soit une laparotomie itérative.

Volvulus iliaque. — M. V. Pauchet fait un rapport sur un travail de M. Derôme (du Canada) concernant un vieillard de quatre-vingt-trois ans qui lui fut envoyé pour occlusion aiguë; à l'opération, il trouva un volvulus sigmoïdien qu'il traita par la détorsion et l'évacuation de l'anse par un tube introduit dans le rectum. Le malade mourut d'embolie pulmonaire trois jours après.

Pleurésie gangréneuse chez un bronchectasique; empyème; sérothérapie; guérison rapide. — M. H. Blanc.

A propos de l'hypertrophie dite compensatrice du rein. — M. Cathelin.

Cancer du col de l'utérus. A propos de son traitement chirurgical. — M. Haller.

Un cas de vaste alopécie traumatique. — M. Petit de la Villéon.

Occlusion intestinale primitive contemporaine d'une appendicite gangréneuse. — M. G. LÉO. Dans ce cas observé chez un malade de vingt-cinq ans, un anus iléal fait sur la première anse grêle qui se présenta se trouva situé entre deux obstacles, l'un en aval vers le cæcum, l'autre en amont vers le jéjunum. L'état général s'opposait à une laparotomie libératrice des obstacles. L'auteur introduisit par la fistule un long tube de caoutchouc qui put franchir l'obstacle situé en amont à 1m56; ce drain fut laissé pendant six jours après lesquels la circulation intestinale se rétablit normalement.

Sur une lésion rare de l'appendice. — M. R. PETIT communique cette observation concernant une jeune fille de vingt et un ans qui, en deux mois, a eu quatre crises de coliques appendiculaires, sans grande élévation thermique. L'appendice enlevé par opération montre deux portions distinctes : l'une cæcale très dilatée, l'autre terminale mince; cette dernière ne présente aucune trace de muqueuse, tandis que dans la première la muqueuse est plissée et présente des houppes épithéliales. Il y a eu glissement de la muqueuse appendiculaire sur les autres plans (véritable prolapsus muqueux).

Quelques formes anormales du cancer de l'œsophage. — M. J. GUISEZ relate parmi plus de 1.600 observations personnelles une vingtaine de cas où le cancer était tout à fait latent, sans aucune dysphagie ; dans plusieurs, ce fut une véritable trouvaille au cours de la recherche d'un corps étranger ou de l'exploration d'une dilatation œsophagienne.

L'évolution généralement lente peut être extrêmement rapide chez les sujets jeunes et très lente chez les sujets âgés.

L'exploration à l'œsophagoscopie a permis de déceler ces formes anormales et parfois de surprendre la lésion au début.

Coxa vara sans limitation des mouvements. — M. ROEDERER.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1927)

Le pain dans la ration alimentaire. — M. L. LÉMATTE étudie la part prise dans la ration quotidienne par le pain. Sa fabrication et son métabolisme soulèvent plusieurs problèmes importants de biochimie.

L'auteur passe en revue les qualités des différents pains et nous dit ce qu'il faut retenir sur l'utilisation du pain blanc et du pain avec son. Le pain est un aliment complet, mais sa haute minéralisation doit en restreindre l'emploi chez tous ceux dont les oxydations sont ralenties. Au contraire, le pain est excellent pour les enfants et pour les consomptifs. L'auteur rappelle que la formation du glycogène dans le foie est en partie conditionnée par la quantité et la qualité des minéraux qu'accompagnent les glucides alimentaires.

Du drainage de la vésicule biliaire par tubage duodénal chez les migraineux. — M. P. BLAMOUTIER précise les indications du drainage de la vésicule par tubage duodénal dans le traitement de la migraine biliaire, et apporte les résultats qu'il a obtenus par cette méthode, avec Pasteur Vallery-Radot chez vingt-deux malades.

La fréquence des vomissements pendant les crises, leur abondance, la présence d'une grande quantité de bile dans les vomissements, la sensibilité de la vésicule biliaire sont les symptômes sur lesquels il faut se baser pour conseiller cette thérapeutique. Un tiers des malades observés n'a pas été amélioré; il s'agissait de sujets n'ayant que des crises douloureuses sans vomissements, ni note vésiculaire. Un autre tiers, par contre, fut nettement amélioré. Les sept autres malades ont vu leur crise disparaître; certains de ceux-ci sont, il est vrai, obligés de faire un drainage hebdomadaire, faute de quoi les migraines reparaissent.

Il semble hors de doute que la stase vésiculaire soit à l'origine de certaines migraines dites « biliaires » et que le drainage systématique de la vésicule puisse avoir dans ces cas une action des plus favorables.

Stovarsolate de quinine sucré en injections intraveineuses. — M. Georges ROSENTHAL poursuivant l'étude de sa méthode d'injections intraveineuses en solution sucrée, présente des ampoules de 5 et 10 centimètres cubes contenant 0g12 et 0g25 de stovarsolate de quinine dissous grâce à l'uréthane dans le sérum glucoeé à 30 p. 100.

Du traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. — M. Léon SOUBEN (de Pont-l'Abbé) présente des observations de vomissements incoercibles de la grossesse, traitée par la méthode de Leven, et guéris sans délai, malgré une extrême gravité.

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1927)

Action de la cryogénine sur les globules rouges. — M. A. LUMIÈRE, à la suite d'expériences multiples faites sur des cobayes, arrive à la conclusion suivante :

« A dose thérapeutique, la cryogénine ne possède aucune nocivité pour les hématies. »

Un cas de suicide par un mélange de diéthyl et isopropylallylbarbiturate de diéthylamine. — M. H. BUSQUET relate le cas d'une jeune femme de vingt-neuf ans ayant absorbé 3g50 de substance per os. Dix minutes environ après l'ingestion se manifesta un état soporeux et un état de coma. Le pouls demeura ample et régulier jusque vers la cinquième heure, puis celui-ci devint petit, irrégulier, et la mort vint à la dixième heure, malgré tous les soins apportés.

Le pain nocif dans l'alimentation du nourrisson. — M. Ed. LESNÉ déclare que, d'après ses recherches, le nourrisson ne doit pas recevoir de pain dans son alimentation, parce que celui-ci ne mastique pas, et par suite n'insalive pas; le résultat est qu'il y a formation d'une véritable boule de pain dans l'estomac qui s'imprègne d'acide, passe ainsi dans le duodénum et ne subit alors aucune influence du suc pancréatique. L'enfant de cette façon perd chaux et phosphates (retrouvés dans les fèces et les urines), et il s'ensuit, outre de l'urticaire et du strophulus, le rachitisme infantile.

M. CHEVALLIER. Dans l'occurrence, il se forme certainement de l'acide lactique dans l'estomac, et c'est celui-ci qui entraîne la décalcification de l'enfant.

Le rôle thérapeutique de la suppression du pain. — M. G. LEVEN montre le rôle thérapeutique important et varié de la suppression du pain dans la diététique de nombreux états pathologiques, gastro-intestinaux et autres.

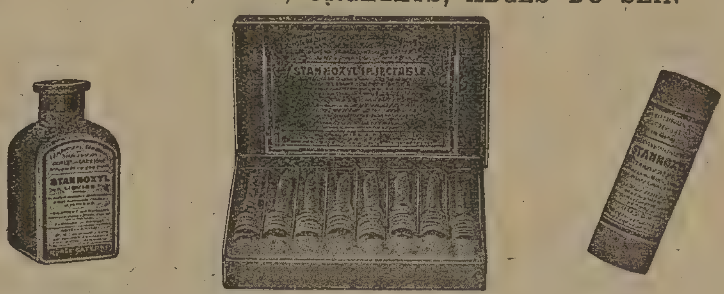
L'action nocive du pain dépend de causes multiples qui sont les suivantes : accroissement considérable de la masse alimentaire (le poids du pain représente un tiers de la masse des ingesta), indigestibilité du pain rarement mastiqué, jamais suffisamment insalivé.

Il signale aussi le rôle de l'eau contenue dans le pain, dont la masse vient s'ajouter à la ration liquide, quantité d'eau à laquelle le médecin ne pense pas.

Le médecin ne doit pas négliger l'apport de l'eau par les aliments; en effet, ceux-ci contribuent pour une très grande part à l'hydratation de l'organisme, et tel malade qui ne boit pas est susceptible d'absorber par ses aliments une quantité de liquide nocive.

Injection intraveineuse de digitaline sucrée. — M. G. ROSENTHAL continue, depuis sa communication de 1919, à utiliser la digitaline sucrée intraveineuse. Il formule :

Solution de digitaline Nativelle... x à xxv gouttes
Eau glucosée à 30 p. 100....... }
ou Eau saccharosée à 100 p. 100... } 5 à 20 cc.



L'excipient sucré semble supérieur à l'excipient glycéro-alcoolique préconisé dans les travaux récents.

Trachéofistulisation expérimentale. Osmonocivité et œdème aigu du poumon. — M. Georges ROSENTHAL précise les limites de la tolérance de la trachée aux injections d'eau salée isotonique. Les solutions hypertoniques de NaCl ou de saccharose amènent la mort rapide à des doses fixes par œdème aigu du poumon. La tolérance aux poudres, base de la trachéofistulisation pulvérulente, est l'objet des recherches en cours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1926-1927

I. DOCTORAT D'ETAT. — 361. ANTOINE. — Sur la théorie du mécanisme humoral de l'action nerveuse.

362. BAVEREL. — Contribution à l'étude du drainage transvatérien par tube perdu.

364. BESSOT. — L'anastomose colo-colique latéro-latérale après résection.

356. BRAUSCH. — Détermination de la taille d'après l'empreinte plantaire chez l'homme.

343. CABLAN. — Traitement des synéchies nasales et vélopharyngées par le procédé de la boucle d'oreille.

353. CASSE. — De l'auto-hémothérapie dans le zona. Etude critique du traitement du zona.

350. CAYOTTE. — Les troubles oculaires dans l'oxycéphalie.

357. CHATELAIN. — Contribution à l'étude de l'œsophagisme et spécialement de sa pathogénie.

344. CHAUMETTE. — Le pH en biologie médicale. Sa détermination. Ses variations pathologiques et expérimentales.

346. CRÉHANGE (Jean-Louis). — Hérédo-syphilis et glandes endocrines. Rôle et valeur des tests endocriniens.

348. CRÉHANGE (Pierre-André). — La drogue et l'esprit. Etude médico-littéraire des toxicomanies en littérature.

341. COLSON. — La microcristallographie, méthode d'identification des eaux minérales.

339. COSSERAT. — Contribution à l'étude de l'élasticité artérielle chez les hémiplégiques.

358. CRUNEL. — Les données pratiques du contrôle physiologique et médical du sport.

340. DEFOUG. — Les luxations congénitales de la hanche dites irréponibles par lésions capsulo-musculaires.

351. DELPISTOYA. — Contribution à l'étude des ruptures traumatiques du duodénum.

360. DOMBRAY. — Diagnostic biologique de la gonococcie. Méthode de culture.

367. DUPONT. — Contribution à l'étude de l'involution sénile anormale avec troubles psychiques.

365. ETIENNE (Mme), née Lucard. — Traitement des pleurésies purulentes aiguës par l'intervention temporisée et préparée.

363. HÉRITIER. — Quelques réflexions sur les explications physico-chimiques en biologie.

352. LALLEMAND. — Contribution à l'étude des fractures marginales postérieures isolées du tibia.

354. MACHON. — A propos de quelques cas de luxation congénitale de la rotule.

347. MIKLER. — Considérations sur les productions kystiques pelviennes après castration totale chez la femme.

337. MOREL (François). — La syphilis intraveineuse d'emblée.

355. MOREL (Mlle Geneviève-Marie). — Les tueuses d'enfants. Etude psycho-pathologique et médico-légale.

349. OTTER. — Contribution à l'étude du volvulus subtotal du grêle chez l'enfant et le nouveau-né.

335. PAYEN. — L'influence des eaux sulfatées calciques vosgiennes type Martigny sur la diurèse.

345. PETIT. — La réduction spontanée de l'invagination intestinale chez le nourrisson.

369. RENARD. — Glaucome et insuffisance rénale. Rétention azotée.

338. SADLER. — Epilepsie dite essentielle et troubles oculaires.

342. TACHOT. — La lithiase réno-urétérale bilatérale.

336. VALORY. — Contribution à l'étude de la paralysie isolée du muscle grand dentelé.

II. DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ. — 366. EL ESSATY. — Les séquelles orthopédiques des arthrites aiguës de la hanche du nourrisson. La pseudo-luxation ostéomyélitique.

359. MAËS. — Contribution à l'étude des dysplasies congénitales de l'oreille externe et de leur correction.

368. MÉLIK. — Documents cliniques et statistiques sur les accidents gravido-cardiaques recueillis à la Maternité de Nancy.

370. YANKOVITCH. — Contribution à l'étude des déchirures profondes du col et de leurs traitements.

LIVRES NOUVEAUX

Radiologie. — I. INTRODUCTION. TECHNIQUE DES RAYONS X. RADIO-DIAGNOSTIC (1), par A. BÉCLÈRE et P. COTTENOT. — 1re partie, t. XXXII du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* (SERGENT, RIBADEAU-DUMAS, BABONNEIX).

Le volume de la collection Sergent, traitant de la radiologie, a été complètement remanié et tellement augmenté qu'il a fallu le diviser en deux tomes : le premier traitant des généralités et du diagnostic, le second consacré à la thérapie. C'est le premier tome qui vient de paraître. Dans une magistrale préface, le Maître de la radiologie française, A. Béclère, retrace l'historique des rayons de Röntgen et du radium. Il nous donne ensuite la valeur de l'instrument que nous avons en mains : « L'exploration radiologique est comme l'auscultation... une méthode d'investigation physique, capable seulement de nous renseigner sur les caractères physiques des organes explorés... elle montre les lésions sans en révéler la nature et, à elle seule, elle ne suffit pas au diagnostic. » Il termine sa préface par des principes généraux de radiothérapie.

Cottenot, après un chapitre préliminaire sur la technique radiologique, passe en revue l'exploration radiologique des différents appareils. Il nous met au courant des derniers progrès réalisés, en particulier, dans l'exploration radiologique des affections rachidiennes par les injections d'huile iodée, dit un mot sur la ventriculographie, nous met au courant de l'état actuel de la question de l'exploration de la vésicule biliaire, avec ou sans injection, ou ingestion de sels opaques, et enfin, des techniques d'exploration de la cavité utéro-tubaire par injections de substances opaques.

Son chapitre sur la radio-diagnostic des maladies de l'appareil respiratoire mérite de retenir tout particulièrement l'attention. Après une description minutieuse de la technique de l'exploration radioscopique, de la radiographie et, enfin, des injections lipiodolées, il passe à l'étude des différentes parties de l'appareil respiratoire en comparant, pour chacune d'entre elles, les images anormales à l'image normale. Puis, il fait un tableau des principaux syndromes radiologiques.

Au sujet de la dilatation bronchique, en particulier, il ne craint pas de rompre avec les descriptions classiques pour

(1) Deuxième édition. Un volume de 423 pages avec 252 figures. — Paris, Maloine, 1928.

nous faire part de sa grande expérience de la question et nous montrer l'utilité de l'exploration lipiodolée. Traitant du radio diagnostic de la tuberculose pulmonaire, il insiste avec grande raison sur la valeur comparée des signes cliniques, de la radioscopie et de la radiographie; l'exploration radiologique décèle parfois des lésions cliniquement muettes, en particulier, certaines cavernes profondes ou mal ventilées. La radiographie décèle parfois des lésions qui avaient passé inaperçues à la radioscopie (lésions discrètes du sommet, granulie). La radioscopie montre généralement des lésions plus étendues que les procédés stéthacoustiques; la radiographie les montre plus étendues que la radioscopie.

Au point de vue du contrôle de l'évolution des lésions, Cottenot montre l'intérêt qu'il y a à comparer des images prises à un intervalle de temps plus ou moins grand, mais dans les mêmes conditions et sous la même incidence, idée qui l'a amené, depuis, à la réalisation de son sélecteur. Parlant des indications du pneumothorax, il montre l'utilité de la radioscopie pour l'étude de la cinématique du poumon malade et de la radiographie pour le contrôle de l'intégrité du poumon présumé sain.

Terminons en disant que le texte est illustré de 252 figures, qui sont, pour la plupart, de très belles reproductions de radiographies.

En résumé, excellent traité de radio-diagnostic qui a sa place sur la table de tout praticien comme de tout spécialiste de la radiologie. H. BEAU.

L'examen médical en vue du mariage (1), par les docteurs René SAND, COVAËRTS (de Bruxelles), le docteur HASKOVEC (de Prague), Mlle le docteur VAN HERWERDEN (d'Utrecht), MM. Louis FOREST, Lucien MARCH, le professeur LETULLE, les docteurs APERT, HEUYER, PAPILLAULT, QUEYRAT, Georges SCHREIBER et VIGNES (de Paris). Bibliothèque des connaissances médicales dirigée par le docteur APERT.

(1) Un volume in-18 jésus. Prix : 12 fr. — Paris, Ernest Flammarion, édit.

Sur quelles bases doit reposer cet examen? Doit-il rester libre et facultatif? Doit-il être organisé administrativement ou même imposé législativement comme cela a été réalisé dans divers pays? Sur quels éléments faut-il se baser pour donner les conseils les plus efficaces? Telles sont les questions traitées dans ce volume. Le sujet étant encore controversé, il a paru utile de recourir à la collaboration d'auteurs divers exposant chacun son point de vue. Le volume réunit ainsi toutes les opinions et agrège tous les documents et renseignements utiles sur le sujet traité et sur ce qui a été déjà fait et appliqué dans divers pays. Ainsi rédigé, ce petit livre sera lu avec le plus grand profit, non seulement, par ceux qn'intéressent les questions sociales et l'avenir de la nation et de l'humanité, mais aussi plus simplement, par les pères et mères de famille qui songent à marier leurs enfants, par les jeunes gens sur le point de fonder une famille, par les époux ayant la légitime ambition de procréer de beaux enfants. L. G.

Où en est l'embryologie? (1), par M. FAURÉ-FRÉMIÉ, docteur ès-sciences.

L'embryologie s'est considérablement modifiée au cours des soixante dernières années. Elle a reçu, de la théorie de l'évolution, une impulsion très puissante qui l'a conduite à des descriptions minutieuses destinées à vérifier le schéma du

(1) Un volume in-8 de la collection des « Mises au point ». — Prix : 20 fr. — Paris, 1927. Gauthier-Villars.

Le Traitement manuel suédois dans les maladies internes, d'après les principes d'Henrik Kellgren, par Michel Dentz, professeur de massothérapie à Genève, médaille de 3e classe de la Renaissance française, 2e édition, 1926. In-8 de 532 pages avec 495 figures. — Prix : 75 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

développement tracé par Haeckel et la loi biogénétique de P. Muller. Mais, à ce stade de son histoire, elle restait encore purement statique. L'introduction de la recherche expérimentale et l'utilisation des données relatives aux propriétés colloïdales, à la polarité, à la symétrie, l'ont orientée dans la voie dynamique, pleine de promesses, mais dont les résultats acquis demeurent encore épars et un peu confus. Une mise au point de l'état actuel de l'embryologie était donc nécessaire. Ce petit volume l'a réalisée avec une grande clarté et toute la précision possible. Elle ne peut manquer d'intéresser vivement, non seulement le biologiste, mais aussi les médecins et les chirurgiens, en leur montrant que toutes les altérations et réparations tissulaires obéissent à des lois générales qu'il est nécessaire de connaître. A cet égard, l'étude de la cicatrisation des plaies et des cultures de tissus ont déjà apporté des renseignements particulièrement précieux. C'est pourquoi il est utile de recommander, à tous ceux qui ont le devoir de se tenir au courant de ces questions essentielles, la lecture du travail de M. Fauré-Frémiet. J. L.

Où en est la chimie colloïdale? (1), par P. Bory.

Ce livre d'un savant particulièrement compétent est divisé en deux parties : la première est consacrée aux généralités, définition, propriétés et modalités des états colloïdaux, gels et sols, etc. ; la seconde, aux applications de la chimie colloïdale, verrerie, céramique, ciments, huiles et résines, caoutchouc, cellulose, soies artificielles, teinture, gélatine, colle et tannerie, etc. La première seule intéresse le médecin, qui a à agir sur des colloïdes, puisque la matière vivante est à l'état colloïdal, et qui doit en conséquence savoir apprécier leur mode de réaction et les diverses transformations qu'ils peuvent subir. Autant qu'on le sache actuellement, tous les phénomènes vitaux se ramènent à des phénomènes d'osmose et de catalyse, des gonflements, des floculations, des coagulations ou des lyses, à des changements ou à des modifications de charge électrique. On ne saurait donc négliger d'en comprendre le mécanisme. L'étude des colloïdes représente, en somme, le chapitre premier de la physiologie et de la pathologie générales. Et, dans cette étude un peu ardue, que le médecin a tendance à négliger parce qu'il l'imagine inaccessible, on ne saurait trouver un guide plus sûr et plus abordable que le livre de M. P. Bory. J. L.

(1) Un volume in-8 de la collection « Mises au point ». — Paris, 1927. Gauthier-Villars.

Pensées et contes de philosophie médicale (1), par le docteur Paul Fumouze

Livre d'une brillante fantaisie, associant la science au roman. Tous peuvent le lire facilement. Les pensées constituent un ensemble de dissertations gaies et optimistes sur l'Univers et l'existence.

Les contes sont des petits romans, dont le peuple des globules rouges fournit le plus grand nombre des personnages. Quoique ces événements se passent dans un monde de lilliputiens, plus d'un médecin a ressenti une pointe d'émotion en lisant leurs aventures. Le grand public scientifique ou lettré, ou simplement curieux, s'intéressera vivement à ces *Pensées et contes de philosophie médicale*, présentés sous une forme nouvelle, un peu révolutionnaire, mais toujours attrayante. L. G.

(1) Broché, 12 fr. ; relié, 15 fr. — Paris, Maloine.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Hatez-vous d'acheter l'agenda P.-L.-M. — Le succès de l'agenda P.-L.-M. pour 1928 est tel qu'il sera bientôt introuvable en librairie. Si vous êtes amateur de beaux livres, hâtez-vous donc de vous le procurer.

Il est en vente, au prix de 10 francs, à Paris, 88, rue Saint-Lazare, dans les agences de voyages, grands magasins, principales librairies et dans les bureaux de ville, gares et bibliothèques du réseau. Il est envoyé aussi à domicile contre mandat-poste (12 fr. 65 pour la France, 17 fr. 50 pour l'étranger) adressé à publicité P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris.

La Croissance cranio-cérébrale depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte (1), par le docteur Paul GODIN.

Le docteur Paul Godin publie en deux tableaux des renseignements précis et exacts sur l'évolution des diamètres et des bosses frontales, sur l'indice céphalique et la capacité cranienne, sur le volume du crâne et le poids du cerveau.

Ces tableaux seront fort utiles à tous les anthropologistes.

L. G.

Nos P. C. R., mœurs de guerre (2), par Etienne TARDIF. *Le roman du Pays de France.* (Editions Sansot.)

Voici un roman consacré aux infirmières, celles qu'on appelait irrévérencieusement pendant la guerre les P. C. R. ou « Poules de la Croix Rouge ». Car la reconnaissance du troupier si elle est sincère dans le fond est toujours un peu gouailleuse dans la forme. Et avec l'auteur nous pouvons être certains que les blessés regrettent « leurs gentilles infirmières aux mains douces et légères » qui furent « l'attrait et la douceur » des formations sanitaires ».

L. G.

(1) Paris, Norbert Maloine.

(2) Un volume in-8. — Prix : 15 fr. — Paris, L.-H. Alexandre, 7, rue de l'Eperon.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ADÉNOPATHIES CERVICALES CHRONIQUES

C'est un problème qui se pose fréquemment en clinique et toute la fréquence tient à deux facteurs :

L'étendue des **territoires** ganglionnaires.

La multiplicité des **portes d'entrée.**

DIAGNOSTIC POSITIF D'ADÉNOPATHIE

Reposé sur :

La localisation de la tumeur,

Sa forme ovalaire,

Sa consistance,

Sa multiplicité : c'est le caractère **essentiel**, propre à la tumeur ganglionnaire : **tumeur en chapelets.**

Se pose différemment suivant deux cas :

Adénopathie multiple : facile puisque c'est la forme caractéristique. Il faut cependant éliminer :

L'Actynomycose,

L'Adénolipomatose symétrique,

Le Phlegmon ligneux du cou.

Adénopathie monoganglionnaire. Diagnostic plus difficile. Nombreuses affections à éliminer :

Kyste sébacé.

Superficiel, tient à la peau par un de ses pôles.

Kyste dermoïde rond, régulier.

Kyste amygdaloïde mou, parallèle au sterno, avec un pédicule qui file dans sa profondeur.

Lipome, surface grenue, irrégulière.

Quelques diagnostics spéciaux à la région carotidienne :

Epithélioma branchial.

Tumeur de la glande intracarotidienne.

Anévrisme carotidien. — Surtout si l'on se trouve en présence d'un vieil anévrisme qui me bat plus.

Abcès froid du mal de Pott sous-occipital.

Au cas de tumeur angulo ou sous-maxillaire :

Diagnostic avec :

Phlegmon banal,

Tumeur mixte de la parotide d'une dureté spéciale.

Myxome.

Au cas de tumeur prélaryngée avec :

Kyste thyroïdien, goitre kystique.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

I. Cas typiques, faciles où le diagnostic ne se pose pas en pratique :

A. **Polyadénite tuberculeuse** à forme caséeuse. Chez un enfant ou un adolescent d'aspect spécial on sent de chaque côté du cou ou d'un seul côté :

Une masse avec :

Au centre : un **gâteau** adhérent, bosselé, irrégulier avec des **zones dures** et d'autres, **molles**, fluctuantes.

A la **périphérie** : **petits ganglions**, arrondis, **fermes**, **indolents** qui n'en sont qu'au premier stade.

Dans le voisinage, souvent : une chéloïde qui vient signer l'affection.

Ultérieurement et au bout d'un temps variable : ulcération avec fistule tuberculeuse caractéristique, décollements souvent étendus, suppuration longue, chéloïde.

Nécessite un examen général.

B. **Adénopathie syphilitique du chancre.** — Volumineuse, énorme, de ganglions **mobiles, durs, indolents** avec un plus **gros ganglion** au centre.

Recherche du chancre qui lui a donné naissance sur : l'amygdale, la langue, la lèvre.

C. **Certaines formes de ganglions néoplasiques.** — 1° **Les ganglions isolés**, mobiles, indolents, durs comme de la pierre accompagnant un néo évident de :

La base de la langue;

Le pharynx, le larynx, l'œsophage.

2° **La grosse tumeur dure**, qui s'accroît vite et s'immobilise rapidement :

Est-ce une adénopathie cancéro-inflammatoire d'**un cancer de la langue?**

Est-ce une adénopathie accompagnant un **cancer** qui lui est proche : **parotidien branchiome?**

Est-ce un cancer ganglionnaire, **lymphosarcome?**

II. Cas difficiles. — 1° **Masses ganglionnaires, multipliées, fermées, bilatérales**, indolentes, à évolution lente.

Diagnostic entre : le **lymphome tuberculeux** hypertrophique et le **lymphadénome** avec ses deux formes qui s'opposent :

Leucémique;

Aleucémique (lymphadénie de Trousseau).

2° **Petits ganglions disséminés** dans tout le cou.

Deux notions à discuter :

Micropolyadénopathie tuberculeuse;

Adénopathie spécifique secondaire.

3° **Un ou deux ganglions isolés** sans autre signe :

Est-ce une **adénite banale?**

Lésions **dentaires.** Amygdalite banale.

Lésion du cuir chevelu : eczéma, **impétigo du nourrisson.**

Est-ce une **adénite tuberculeuse?**

Est-ce une **adénite cancéreuse?**

Cancers **latents** au début de la **base de la langue** chez les vieux.

III. Diagnostic des adénites ulcérées. — **Tuberculeuse :** en croupion de poulet à bords violacés, décollés.

Néoplasique : bords : éversés, massifs, durs, friables, saignants.

Fond : sanieux, bourgeonnant.

Syphilitique : celle de la gomme : exceptionnelle.

C'est là que le diagnostic de l'adénopathie et de l'actynomycose est particulièrement difficile.

DIAGNOSTIC D'OPÉRABILITÉ se pose dans certains cas. (Voir Forgue, numéro du Centenaire, *Gaz. des hôpit.*, p. 37.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Littré 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache et Hendaye. — Mlles Weiss, 48; Develay, 46 1/2; Fayot, 46; MM. Bachmann, 41; Choffé, 37; Boyer et Vinceneux, 36; Deburie, 35; Benech et Lebovits, 34; Balmelle, 32.

— Sont nommés internes :

Institution Sainte-Périne : Mlle Weiss.

Fondation Chardon-Lagache : Mlle Develay.

Hospice de Brévannes : Mlle Fayot, MM. Bachmann, Boyer, Vinceneux et Deburie.

Asile d'Hendaye : M. Choffé.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Clermont-Ferrand. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Daumont, Le Rochais, Jouve, Rouchy, Boucomont, Mlle Bost, MM. Chazette, Broquin, Mlle Rochon, M. Barrier.

Internes provisoires : MM. Sabatier, Defouilhouse, Billaud, Devernoix, Mandonnet.

Internes en pharmacie : M. Garouste, Mlle Huguet, M. Beaune.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Grande Chancellerie. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Albert Carpentier, chef de laboratoire à l'hôpital de la Pitié, à Paris.

Guerre. — *A la dignité de grand officier.* — M. le médecin inspecteur général Toubert.

Au grade de commandeur. — M. les médecins inspecteurs Job, Saltet, Poye.

ÉTATS GÉNÉRAUX DU THERMALISME ET DU TOURISME. — Sur l'initiative de la Fédération thermale et climatique que préside le docteur Moncorgé, les Etats généraux du thermalisme et du tourisme se réuniront à Paris en février 1928.

Ils ont pour but de lutter contre la propagande malveillante étrangère et de créer un mouvement d'opinion en faveur des stations françaises afin d'obliger le Parlement à prendre position.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Election du bureau pour 1928 :

Première section : président, M. Zunz; secrétaire, M. Slosse; deuxième section : président, M. Beco; secrétaire, M. Lemaire; troisième section : président, M. V. Cheval; secrétaire, M. Jean Verhoogen; quatrième section : président, M. Gengou; secrétaire, M. Herman; cinquième section : président, M. Vreven; secrétaire, M. Schoofs; sixième section : président, M. Hendrickx; secrétaire, M. Gratia.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. le docteur Camillo Figaroli, premier médecin du paquebot italien *Principessa Mafalda,* coulé dans l'Atlantique Sud. Resté à son poste le dernier avec le commandant, notre confrère est mort victime du devoir professionnel; le professeur Camillo Negro (de Turin); M. Quenda (de Lanslebourg); M. le docteur Henri Ferré, ancien directeur de la Maternité départementale de Pau.

HÔPITAL LAENNEC. — M. Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laennec, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Laennec (amphithéâtre Landouzy), une conférence de clinique médicale pratique.

La première conférence aura lieu le dimanche 15 janvier 1928. Elle aura pour sujet : La colique hépatique.

CHRONIQUE

SEPT SIÈCLES D'OBSTÉTRIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

M. le professeur Paul Delmas a bien voulu nous adresser sa leçon inaugurale faite au printemps dernier à la Faculté de médecine de Montpellier lorsqu'il prit possession de la chaire de clinique d'accouchements de la Faculté (1).

Une leçon inaugurale est toujours pleine d'enseignements, mais quand elle a lieu à Montpellier, le nouveau professeur a tant de souvenirs, illustres et presque millénaires, à rappeler qu'on ne peut s'empêcher d'éprouver un grand respect pour les grands ancêtres de l'antique Faculté. Il s'y ajoute un intérêt tout particulier lorsque le nouveau professeur est un érudit comme M. le professeur Paul Delmas, et qu'il veut bien nous faire profiter de ses recherches historiques.

Les débuts de l'obstétrique à Montpellier sont obscurs, dit M. Delmas. Elle subit d'abord l'influence des maîtres arabes, puis des catalans au temps des rois d'Aragon.

La première publication obstétricale est due à Pierre d'Espagne ou mieux Petrus Lusitanus, car il venait en réalité de Lisbonne, et il est curieux de constater que l'organisation des accouchements est due à un pape, Jean XX, que M. Delmas considère comme le fondateur de l'obstétrique Montpelliérienne. L'œuvre d'Arnauld de Villeneuve devait ensuite lui donner une base solide.

A partir de ce moment les noms illustres se succèdent rapidement : Guy de Chauliac, chapelain du pape et médecin, ne croit pas déroger en opérant lui-même en matière d'obstétrique. La Peyronie élève la profession par son crédit auprès du roi; en 1741, Jean Serres, accoucheur renommé, obtient grâce à lui une place de « démonstrateur royal » et Jean Astruc brille d'un tel éclat que la Faculté de Paris l'enlève à Montpellier.

Lamartinière continue l'œuvre de la Peyronie et fait nommer les professeurs directement par le roi (1759).

En 1770 le Conseil d'Etat du Roi tenu à Versailles donne un statut au « Collège et Ecole royale de chirurgie » et pose les règles de l'enseignement de l'obstétrique, de sorte que les accoucheurs et les chirurgiens ont la même origine.

Sous la révolution l'Université devient l'Ecole de santé et nous voyons tour à tour l'enseignement donné par Laborie et André Méjan, Senaux et Vigarous.

Pendant le XIXe siècle l'enseignement obstétrical souvent modifié par des décrets impériaux ou des ordonnances royales passe des mains de Senaux, dans celles de Dugès, à la famille duquel appartenait la célèbre sage-femme Mme la Chapelle, puis ce sont Bernard Delmas, Isidore Dumas, Léon Dumas, son fils. C'est enfin Joseph Grynfeltt qui donne à cet enseignement un éclat tout particulier et soutient la thèse, qui a prévalu depuis, que l'obstétricien doit être aussi un gynécologue.

C'est à Grynfeltt que l'on doit la création de l'admirable hôpital moderne d'obstétrique et de gynécologie dont le regretté Paul Puech et M. Vallois nous donnèrent la description dans la *Gazette des hôpitaux* au moment de son inauguration.

Il faut remercier M. Paul Delmas d'avoir fait dans sa leçon inaugurale cet historique de l'obstétrique qui lui a permis de retracer en grande partie l'histoire de la chirurgie dans la vénérable Université.

F. L. S.

(1) Un volume in-8 avec de nombreux portraits. — Librairie Coulet, Montpellier.

REVUE DES THÈSES

La crésopirine. (Louis Serre. *Th. de Lille*, 1927.) — Découverte par Gérard et étudiée par Carrière, la crésopirine a pour but de remplacer le salicylate de soude et l'aspirine dans leurs nombreuses applications et serait supérieure à eux en ce sens que, à égalité d'action, elle ne posséderait aucun de leurs inconvénients.

La toxicité de la crésopirine est faible. Elle ne se dédouble pas dans l'estomac comme l'aspirine et ne provoque aucune douleur gastrique.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, fébrile, elle calme la douleur, la fluxion, fait baisser la fièvre sans jamais amener de transpirations ni aucun phénomène d'intolérance, même à des doses dépassant 6 à 8 grammes par jour.

Le rhumatisme chronique serait remarquablement influencé par la crésopirine. Les poussées fluxionnaires subaiguës seraient arrêtées en moins de deux à trois jours par des doses de 2 à 4 grammes de crésopirine par jour.

Dans le rhumatisme déformant et la cellulite les résultats seraient également fort encourageants.

Les diverses formes de névralgies d'origine névritique ou médullaire, les douleurs thoraciques des tuberculeux disparaissent rapidement sous son effet.

La crésopirine a enfin une action remarquable dans la grippe.

L. G.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DENTISTES.

M. Franklin-Bouillon, député, expose à M. le ministre de l'Instruction publique que l'article 5 de la loi du 18 août 1927 sur l'exercice de l'art dentaire par les dentistes, diplômés ou non diplômés, d'Alsace et de Lorraine, est ainsi conçu : « Pendant quatre ans, à partir de la promulgation de la présente loi les dentistes non diplômés qui rempliront les conditions stipulées à l'article 1er pourront obtenir le diplôme de chirurgien dentiste en subissant les examens prévus par le décret du 11 janvier 1909. Ils seront dispensés du titre universitaire, du stage et de l'examen de validation de stage, mais non de la scolarité » ; et demande : 1° si les praticiens qui sont dans ce cas pourront obtenir des facilités pour faire leur scolarité; ajoute que beaucoup d'entre eux, désireux d'obtenir le diplôme de chirurgien dentiste, ne peuvent, vu leur âge, leur situation de famille, abandonner leur cabinet pendant trois ans pour se rendre dans le siège d'une Ecole dentaire ou d'une Faculté donnant l'enseignement dentaire, pour accomplir leur scolarité; 2° si l'on ne pourrait, pour eux obtenir des facilités d'études. (*Question du 3 novembre 1927.*)

Réponse. — Il ressort du texte de l'article 5 de la loi du 18 août 1927 que ses bénéficiaires seront astreints à la scolarité, c'est-à-dire aux inscriptions et études afférentes aux examens à subir en vue du diplôme de chirurgien dentiste. En présence de la volonté nettement exprimée du législateur, il ne paraît pas possible de soustraire les intéressés au régime commun des études de chirurgie dentaire. (*J. O.*, 21 déc. 1927).

AU SUJET DE L'HYPOTHÈSE D'UN TEST MÉDULLAIRE

POUR L'APPRÉCIATION DE L'OPPORTUNITÉ DE LA SPLÉNECTOMIE

Par M. ÉMILE FEUILLIÉ,
Médecin des hôpitaux de Paris.

A la base de l'appréciation de l'opportunité de la splénectomie il intervient des considérations théoriques sur l'hématopoïèse : comme il serait très important d'avoir des données précises sur ce sujet, je tiens à rappeler les conclusions de recherches dont j'ai publié les premiers résultats en 1911 au sujet de la moelle osseuse et des centres clairs du tissu lymphoïde.

Etudions d'abord le tissu lymphoïde.

J'ai résumé en 1917 (1) mes idées personnelles sur ce sujet : voici la copie de ce chapitre.

Dans le tissu lymphoïde, le follicule m'apparaît avant tout comme un poste leucocytaire disposé pour le combat contre des éléments figurés ou des toxiques dissous. La bataille principale se passe dans le centre clair. Mais pour accepter cette idée, il est indispensable de ne pas rester en arrêt devant les karyokinèses des centres clairs. Il faut bien comprendre que karyokinèse n'implique pas toujours l'idée de jeune vitalité. Il est facile de réaliser (par l'action destructive des rayons X en particulier) une intrication de dégénérescence évidente et de karyokinèses. Or les mitoses des centres clairs voisinent avec de la macrophagie et de la dégénérescence indiscutable. L'ambiance me paraît infavorable ou nocive. Les cellules de Flemming dérivent de lymphocytes.

Une karyokinèse est si vite accomplie que le fait d'en trouver un certain nombre dans un champ microscopique signifie, soit que leur nombre était si grand que la fixation a pu en saisir une quantité à la fois, ou bien au contraire, que les figures retrouvées sur la coupe attendaient depuis quelque temps par arrêt du processus : il s'agissait alors de *karyokinèses en panne*. Dans le système lympho-conjonctif de l'adulte, une figure mitotique doit être parfois interprétée, au point de vue cinématique, comme une convulsion réactionnelle de la cellule menacée de mort. Je crois qu'un élément qui se met en karyokinèse peut être bien plus près de la dégénérescence que de la robuste jeunesse multiplicatrice.

Quant à sa transformation myéloïde, je considère le tissu lymphoïde uniquement comme un lieu de stagnation et de nocivité intermittente réalisant la métamorphose de lymphocytes du follicule ou d'autres éléments venus de l'organisme. La fonction myélogène ne tient en rien au dualisme de Pappenheim et de Dominici.

Dans les leucémies, ce qui domine, ce n'est pas l'hyperproduction de leucocytes, mais l'encombrement du sang et des tissus par suite de la diminution des moyens normaux de leucolyse : le sang charrie de véritables cadavres ambulants avec toutes les formes intermédiaires de pérévolution des éléments normaux.

Dans la leucémie « myélogène » la splénectomie ne ferait que supprimer à jamais le peu de pouvoir hémolytique qui reste dans l'organe : au sujet de la rate elle-même, la rœntgenthérapie leucolysante reste donc l'unique indication comme thérapeutique directe.

Je n'ai rien à ajouter à ces paragraphes que j'écrivais il y a dix ans : mes recherches ultérieures n'ont fait qu'en préciser tous les termes. Mes karyokinèses en panne des centres clairs sont du même genre que les karyokinèses atypiques décrites en 1922 par MM. Lacassagne et Monod (1) dans des cellules cancéreuses ayant subi l'action des rayons X.

Au point de vue de la discussion de l'opportunité (en dehors du cancer) de la splénectomie nous en retiendrons que la cause de l'augmentation du volume de la rate doit être recherchée, d'ordinaire, non pas dans une accentuation de l'hématopoïèse, mais dans une bataille qui se passe surtout dans les centres clairs, du fait d'une nocivité microbienne ou dyscrasique, et dans la réplétion de l'organe distensible par des éléments anormaux venus du sang lui-même quand les moyens ordinaires de leucolyse sont devenus insuffisants. Les conclusions d'après les données classiques sur le centre clair sont un contre-sens : le centre clair est un lieu de dégénérescence et non pas de natalité.

*
* *

Les théories classiques attribuent à la rate une influence sur la fonction hématopoïetique de la moelle osseuse. Il n'y a pas lieu de disserter sur ce genre d'influence car j'ai établi que la moelle osseuse n'est qu'un résidu de ce qui n'a pas fait d'os, qu'elle n'a aucun pouvoir hématopoïétique et que par conséquent la série myélogène n'existe pas comme série autonome. Pour moi, la véritable cellule embryonnaire est le lymphocyte qui provient de la cellule conjonctive : de cette origine lympho-conjonctive dérivent tous les éléments normaux et anormaux du sang y compris le globule rouge.

La cellule souche classique à protoplasma basophile est identiquement la même qu'il s'agisse de myéloblaste ou de cellule de Flemming. Elle dérive pour moi du lymphocyte : je l'appelle simplement *cellule basophile* : la basophilie de son protoplasma, de même que celle des plasmocytes provient surtout d'une surcharge de chondriome orienté vers une plus grande basophilie. Même s'il m'était démontré que parfois la cellule basophile est une cellule conjonctive libérée directement, sans passage par l'état de lymphocyte, l'origine n'en serait pas moins banale, lympho-conjonctive : mais nous allons voir s'effectuer dans la moelle osseuse le passage du lymphocyte à l'état de cellule basophile : d'ailleurs dans le sang de la leucémie aiguë il existe tous les intermédiaires. Je pense qu'on a trop tendance à comparer l'homme adulte à l'embryon : je ne crois

(1) Emile FEUILLIÉ. *Réparations fibro-conjonctives et osseuses*, brochure, Maloine, 1917.

(1) LACASSAGNE et MONOD. *Arch. franç. de pathol. gén. et expérim.*, 1922, fasc. 1.

pas qu'il existe, embusquées en certains points de notre organisme adulte, certaines cellules souches n'attendant que l'occasion de se réveiller avec telle ou telle spécialisation qui lui aura été dévolue au cours de la vie embryonnaire. Pour moi, la véritable cellule embryonnaire est la petite cellule ronde, le lymphocyte; les soi-disant retours à l'état embryonnaire n'existent pas : il ne se fait que des différenciations avec retour à l'état de cellule lymphoconjonctive. En hématopoïèse tout résulte de l'adaptation d'une même cellule : le même lymphocyte fera un ostéoblaste ou bien un globule rouge suivant le besoin local ou général.

Récemment on est arrivé à un véritable trialisme par l'étude du monocyte à granulations azurophiles dérivant du système réticulo-endothélial. Je ne mets pas en doute une telle origine du monocyte : mais je ne crois pas à la réalité des prétendues preuves de la spécificité d'une telle souche : il s'agit simplement d'adaptations de cellules conjonctives, banales à l'origine. Un lymphocyte peut tout aussi bien passer à l'état de mononucléaire et de monocyte, et c'est pour moi l'origine habituelle. Mais malgré mon incrédulité pour une telle systématisation en série autonome, je constate avec satisfaction l'engoûment actuel pour le système réticulo-endothélial : c'est déjà autant de soustrait à la série myélogène.

Dans cet article ayant en vue les indications de la splénectomie je ne peux m'étendre sur les preuves que j'ai fournies de l'absence de tout pouvoir hématopoïétique de la moelle osseuse : mais je viens chercher à en provoquer le contrôle.

L'histoire de la moelle osseuse a été faite sur le lapin. A la fin de l'infiltration médullaire mes constatations sont assurément les mêmes que celles des classiques, mais mon interprétation est complètement différente parce que j'ai pu suivre l'évolution du processus de six heures en six heures à partir de son début. Il serait facile de reprendre comme l'a fait M. Normet mes premières expériences (1) de 1912 : ma technique très simple peut être perfectionnée par l'addition de citrate de soude qui empêche la coagulation (Normet). Mais ce que je propose surtout aujourd'hui c'est de renouveler l'expérience suivante : à un lot de lapins de 3 kilos au moins (dont la moelle osseuse est graisseuse) injecter sous la peau, dans la même séance, soit 1/10 de centicube de toxine diphtérique, soit 5 centicubes d'un sérum quelconque de cheval (sérum antidiphtérique par exemple).

Nous sommes partis du néant d'une moelle graisseuse. Voici ce qu'on voit en saisissant le processus médullaire à son début : congestion, nappes hémorragiques : infiltration par diapédèse de toutes les variétés de leucocytes du sang; retour progressif à l'état mono du noyau de polynucléaires conservant leurs granulations (dans toutes mes moelles expérimentales ou humaines, je n'ai jamais trouvé dans la pulpe elle-même de polynucléaires vigoureux à noyau divisé en quatre ou cinq lobes); passage de lymphocytes plus ou moins étalés à l'état de cellule basophile et de plasmocytes; passage de lymphocytes plus ou moins volumineux à l'état de globules rouges à vrai noyau; formation de globules rouges à pseudo-noyau (d'aspect identique à des hématies à vrai noyau) aux dépens d'hématies granuleuses dont la substance granulo-filamenteuse (qui préexistait dans le lymphocyte origine et qui dépend du chondriome), vient se tasser dans le corps vitré cupulaire en formant par places de volumineux corps de Cesaris Demel et des pseudo-restes nucléaires.

L'autopsie complète des animaux montre que l'état de la moelle n'est qu'un cas particulier de ce qu'on trouve dans les autres viscères, rein et poumon surtout : congestion, hémorragies, catarrhes et infiltrations leucopathiques.

On arrive ainsi à ma conception de l'*Unicisme intégral.* L'endothélium des capillaires et le tissu réticulo-endothélial n'étant que des adaptations de cellules conjonctives, l'origine est la même pour tous les éléments du sang.

Une pratique médico-chirurgicale déjà longue est parvenue à poser les principes généraux des indications de la splénectomie : il reste un peu d'empirisme; même quand les résultats sont excellents on ne sait pas toujours exactement ce qu'on a fait. Je crois que les notions que je viens de rappeler au sujet des tissus lymphoïde et médullaire permettront de dissiper quelques obscurités théoriques.

Les travaux récents de Hellmann, de Perodi, etc., sont venus confirmer ma conception sur la signification non lymphopoïétique, mais dégénérative des centres clairs.

Il suffira de répéter l'expérience si simple que je propose pour arriver avec moi à la négation de tout rôle hématopoïétique de la moelle osseuse.

(1) Emile FEUILLIÉ. Hématies nucléées et moelle osseuse, *C. R. de la Soc. de biol.*, 16 nov. 1912; — Pseudo-noyaux de globules rouges, *C. R. de la Soc. de biol.*, 24 mai 1913; — Ostéopathies et moelle osseuse, *C. R. de la Soc. de biol*, 19 janv. 1924, p. 62-64.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1927)

Contribution à l'étude physiologique du glutathion par la méthode des perfusions. — MM. René FABRE et Henri SIMONNET.

Influence du nickel et du cobalt sur l'action hypoglycémiante de l'insuline chez le lapin. — MM. Marcel LABBÉ, ROUBEAU et F. NEPVEUX exposent des expériences d'où il résulte que les sels de nickel et de cobalt ont manifestement favorisé et prolongé l'hypoglycémie insulienne.

Sur la structure du corps parabasal des trypanosomes. — M. G. LAVIER.

Sur la composition de l'air des rues de Paris. — M. Daniel FROMENTIN. L'air des artères du centre de Paris contient pendant la journée une quantité importante d'anhydride carbonique et une petite quantité d'oxyde de carbone provenant des gaz d'échappement des moteurs d'automobile.

La pollution de l'air diminue en fonction de la hauteur. L'oxyde de carbone ne dépasse pas le 3ᵉ étage des immeubles.

L'air des quartiers périphériques et de la banlieue est nettement moins pollué.

Il serait désirable que dans le centre de Paris l'air destiné aux calorifères à air chaud soit toujours prélevé à une certaine hauteur du sol pour assurer sa pureté, tant au point de vue chimique qu'au point de vue de sa teneur en poussières.

Effets biologiques et thérapeutiques de la sérosité des vésicatoires. — M. P. LASSABLIÈRE attire à nouveau l'attention sur l'autothérapie par la sérosité des vésicatoires dans les maladies infectieuses.

L'injection au malade de la sérosité du vésicatoire que l'auteur propose d'appeler phlycténothérapie lui a donné des résultats intéressants dans la tuberculose, la syphilis et les maladies mentales.

Action de masse et défense vitale. — M. Jules AMAR.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1927)

Secret médical. — M. BALTHAZARD donne lecture de son rapport sur le secret médical. Voici ses conclusions :

1° Dans l'état actuel de la loi et de la jurisprudence, le médecin ne saurait violer le secret médical en dehors des cas où la loi l'oblige à se porter dénonciateur (déclaration des maladies évitables et des naissances). L'usage l'autorise à remettre au malade lui-même des certificats des lésions dont il a été atteint à la suite d'un accident par exemple, à la condition que le certificat ne renferme rien qui soit secret par nature et rien qui puisse nuire aux intérêts du malade.

2° Il serait désirable que le législateur fît une distinction entre la révélation de secrets faite dans le but de nuire au malade et le témoignage en justice dont l'opportunité serait laissée à la conscience du médecin. Le malade devrait toujours pouvoir délier du secret le médecin qui se garderait de rien dire de nuisible pour le malade.

Ainsi se trouverait confirmée dans la pratique la théorie d'après laquelle le secret médical n'est pas seulement la conséquence d'un contrat entre malade et médecin; qu'il est d'*ordre public relatif* devant céder le pas devant l'*ordre public supérieur*. Le législateur garde le droit d'obliger le médecin à violer le secret médical quand cet intérêt supérieur l'exige, mais il importe que l'extension de la violation du secret ne soit imposée que dans les cas où l'intérêt général est nettement démontré (déclaration de maladies évitables, de maladies professionnelles, de naissances, etc.).

Discussion. — M. Strauss demande que l'Académie ne délibère pas sur cette grave question avant que tous les académiciens aient pu prendre connaissance du texte imprimé de ce rapport.

M. Pinard partage le même avis.

M. Louis Martin montre l'intérêt supérieur qu'il y aurait à connaître la cause exacte des décès. C'est dans ce sens, pense-t-il, que devra être orientée la prochaine discussion.

La discussion est renvoyée à une date ultérieure.

De l'influence du mode de conservation des surrénales sur leur teneur en adrénaline. — MM. MOURIQUAND et LEULIER, poursuivant leurs travaux sur l'adrénaline des capsules surrénales, arrivent aux conclusions suivantes :

Le prélèvement tardif des capsules surrénales chez l'animal sacrifié montre que ces capsules s'appauvrissent progressivement de leur adrénaline, du fait de la cadavérisation. Cet appauvrissement est moindre, mais encore très net, lorsque les surrénales sont conservées à l'air sec.

Les surrénales plongées dans l'eau chloroformée se vident progressivement de leur adrénaline.

Seule la dessiccation dans l'air sec et le vide associés permet l'enrichissement de la surrénale en adrénaline par transformation progressive de l'adrénaline virtuelle en adrénaline libre.

De la prophylaxie de quelques accidents des voies digestives et aériennes supérieures, en particulier chez les jeunes enfants. — M. Jean GUISEZ. La broncho-œsophagoscopie a certainement fait faire un grand progrès à la thérapeutique des corps étrangers de l'œsophage et des voies aériennes supérieures puisque dans la statistique de l'auteur, qui porte sur 350 cas, le nombre des échecs est devenu nul dans ces dix dernières années, et la mortalité, toujours due à des complications préexistantes, atteint à peine 2 p. 100.

Mais la plupart de ces accidents sont facilement évitables.

a. Chez l'adulte, la majeure partie de ces corps étrangers est constituée par des pièces dentaires avalées pendant le sommeil ou qui se brisent pendant la mastication. Les petits os, les arêtes se fixent dans l'œsophage parce que beaucoup de gens avalent gloutonnement sans mastiquer les aliments.

b. Chez l'enfant, la prophylaxie est plus difficile, celui-ci porte à sa bouche tout ce qui est à sa portée et souvent à l'insu de son entourage, de là le nombre élevé de corps étrangers latents de l'œsophage et des bronches, révélés par hasard par une exploration aux rayons X qu'on doit faire chaque fois qu'il y a doute. L'anche de trompette chez l'enfant de trois à dix ans, et, chez le nourrisson, l'épingle de sûreté sont les corps étrangers les plus fréquents.

Les sténoses cicatricielles de l'œsophage sont dues presque toujours à la déglutition de lessive de soude mise dans des bouteilles de vin, ce qui serait facile à éviter.

De même, dans les jours qui suivent l'accident on éviterait certainement les sténoses graves en introduisant avec précaution une sonde molle en caoutchouc souple qui, laissée à demeure pendant vingt-quatre heures, empêche dans une certaine mesure la rétraction cicatricielle.

— M. BAR attire l'attention sur le danger que présentent les yeux de verre de certains animaux en étoffe. Ces yeux sont fixés par des crochets et peuvent causer des accidents graves lorsque les enfants les détachent et les portent à la bouche.

Une nouvelle méthode de guérison radicale du pannus trachomateux à la période de cécité. — M. BOURLAND.

PRATIQUE MÉDICALE

ORIENTATION THÉRAPEUTIQUE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE (1)

Par M. NICOLAS.

Malgré tous les beaux travaux faits par de multiples chercheurs, malgré les essais les plus heureux en vaccinothérapie et en sérothérapie, la thérapeutique spécifique de la tuberculose pulmonaire n'est pas encore trouvée et c'est la chimiothérapie qui toujours donne les résultats les plus constants. Comme l'a justement fait remarquer le professeur Bezançon, longtemps la chimiothérapie a été utilisée sans qu'on employât ce mot. C'est l'empirisme qui a montré les bons effets du bois de gaïac; c'est la science contemporaine qui a prouvé l'activité du gaïacol et mieux encore du thiocol, selon les travaux de Lafont, Bardet, etc. L'auteur, suivant la technique préconisée par Martinet, Vigouroux, Quénée, Allard, etc., administre le thiocol à la dose de 2 à 4 grammes par jour, de préférence au moment des repas, sous forme de sirop, cachets ou comprimés, et ce médicament lui a semblé toujours admirablement supporté, même par les malades les plus délicats et par les enfants. Il semble, en effet, que le thiocol réalise le traitement de fond, non seulement des bronchites chroniques, mais encore de toutes les affections des voies respiratoires et même de la tuberculose pulmonaire. Si l'on veut s'en servir exclusivement pour calmer la toux, on n'aura pas de résultats

(1) *Courrier méd.*, Paris 1927, p. 18.

ussi remarquables et il faudra compléter son action par l'administration d'un sédatif, tel par exemple que le pantopon, sous forme de sirop, ou encore mieux l'allonal sous forme de comprimés. L'allonal est, on le sait, l'isopropylallybarbiturate de diméthylamido-antipyrine; il ne contient donc aucun produit narcotique et cependant il présente sur l'élément toux une action sédative et calmante très nette. Administré concurremment avec le thiocol, il réalise vraiment une thérapeutique directement et doublement utile du symptôme toux, dans les bronchites et dans la tuberculose, et du symptôme douleur dans les névralgies si fréquentes dans les affections pleuropulmonaires.

LIVRES NOUVEAUX

La réaction de fixation appliquée au diagnostic de certaines maladies microbiennes ou parasitaires communes à l'homme et aux animaux (1), par Ach. URBAIN.

Ayant exposé le principe général de la réaction l'auteur en décrit la technique en un long chapitre où la minutie du détail, si importante en pareille matière, n'enlève rien à la clarté de l'exposé. Les procédés de Calmette, Massol et de Besredna ont la préférence de l'auteur qui s'étend sur les titrages préalables qui sont le gage de la fidélité de ces réactions.

Alors seulement commence le très important travail original : quels résultats donne la réaction de fixation? Comment les interpréter? Quelles causes influent sur les résultats? Quelle en est, à l'heure actuelle, l'importance pratique? C'est une revue générale très documentée d'une partie de la sérologie humaine et animale.

Dans les affections microbiennes, la réaction de fixation présente sa valeur biologique la plus grande; les conditions d'emploi et la technique influent seulement sur le secours qu'on en peut attendre. A noter l'important chapitre sur les tuberculoses, sur la réaction dans la morve où elle a un intérêt à la fois médical et médico-légal, sur les streptococcies et les pneumococcies, le chapitre sur les microbes du groupe typhoparatyphique, les mélitococcies, l'avortement épizootique, les salemanelloses. Dans les mycoses, dans les infections à parasites animaux on a affaire à des sensibilisatrices de groupe mais dans certains cas le diagnostic médical peut recevoir de la réaction de fixation un précieux secours.

Très important travail où l'on trouve pour chaque chapitre une importante bibliographie et qui forme le compendium de nos connaissances sur une technique dont l'importance est si grande dans la médecine. Nouvelle preuve aussi de la valeur pour la clinique humaine des résultats fournis par la clinique vétérinaire, quand on sait en user. L. BABONNEIX.

L'Enfer de l'histoire [IIe série] (2), par le docteur CABANÈS.

En présentant la première série de l'Enfer de l'histoire, nous faisions remarquer que le docteur Cabanès faisait figurer dans son volume d'abominables gredins dignes des flammes éternelles, mais aussi d'innocentes victimes pour lesquelles la vie n'a été qu'un long martyre. Il en est de même pour la deuxième série. A côté du BON roi Dagobert au sujet duquel nous avons tous eu des illusions que nous enlève Cabanès, voici tour à tour Louis XI, Charles IX, Henri IV, et Louis XVIII, la duchesse d'Angoulême et des régicides, la princesse des Ursins et la Brinvilliers et j'en passe...

Chemin faisant, Cabanès, suivant sa coutume, émaille ses récits d'anecdotes savoureuses et il apporte quelques précisions sur des légendes. Il nous apprend ainsi qu'Henri IV n'a jamais dit : « Paris vaut bien une messe », le mot serait de Sully. La poule au pot pour tous les paysans de France fut un désir exprimé par le roi, mais ne fut hélas, suivi d'aucune réalisation. Cela ne diminue pas d'ailleurs, les qualités du Vert Galant sur lequel Cabanès apporte de nouveaux détails curieux et intéressants. Nous ne citerons pas tous les détails que Cabanès nous apporte sur Louis XVIII et Mme de Balbi, sur Madame Royale, sur Saint-Just et Collot d'Herbois.

Une fois de plus, en étudiant les personnages qui ont pris un rôle dans notre histoire, notre ami tire de leur caractère, de leur état de santé, de leur hérédité, des traits nouveaux qui expliquent la marche des grands événements, accablent certains personnages, en justifient plusieurs autres.

Ce serait une banalité de dire que l'inépuisable talent de Cabanès va trouver un nouveau succès avec la deuxième série de l'Enfer de l'histoire. F. L. S.

Précis à l'usage des élèves de la préparation militaire supérieure. Service de santé (1), par M. le médecin-major AMOUROUX. Préface de M. le médecin-inspecteur VISBECQ.

Voici un livre élémentaire, mais très complet et vraiment pratique qui renferme tout ce qui est utile non seulement aux candidats à l'examen de la préparation militaire, mais à tous les médecins de réserve.

M. le médecin inspecteur Visbecq, en le présentant dans une élogieuse préface, en dit tout le bien que nous en pensons nous-même après l'avoir parcouru.

C'est un livre à acheter et à garder précieusement.

F. L. S.

Annuaire général des officiers du Service de santé (2).

Cet annuaire formant un volume in-8° de 478 pages vient de paraître chez les éditeurs Charles Lavauzelle et Cie. Il comprend pour tous les grades, les listes d'ancienneté complètes, à jour au 1er septembre 1927, l'état civil, la suite des services et l'affectation de tous les officiers du cadre actif du Service de santé militaire : médecins, pharmaciens, officiers d'administration. Il donne les mêmes renseignements pour les adjudants-chefs et les adjudants infirmiers et renferme la liste des élèves de l'Ecole du Service de santé militaire.

Le détail des radiations survenue pendant l'année écoulée, la répartition des médecins, pharmaciens et officiers d'administration entre les régions, enfin le tableau d'avancement et les tableaux de concours de la Légion d'honneur et de la médaille militaire pour 1927 achèvent de rendre ce document indispensable à tout le personnel du Service de santé.

L. G.

(1) Edition de la *Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale*, 276 p. — Paris, 1927.
(2) Un vol. in-8. — Prix : 15 fr. — Paris, Albin Michel.

(1) Un vol. in-8. — Berger-Levrault.
(2) Un vol. in-8. — Prix : broché, 10 fr.; relié, 12 fr. majoration en sus 20 p. 100.

TABLE DES MATIÈRES

1927

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

X

Z

TABLE DES AUTEURS

1927

A

B

C

D

E

F

G

M

N

O

P

Q

R

V

W

Y

Z

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE